

# REFLECȚII SOCIOLOGICE ASUPRA PROBLEMATICII IMPACTULUI PSIHOLOGIC AL DEZASTRELOR\*

OZANA CUCU-OANCEA\*\*

## ABSTRACT

### SOCIOLOGICAL REFLECTIONS ON THE PSYCHOLOGICAL IMPACT OF DISASTERS

The present article proposes an analytical approach to the sociological study of the psycho-social aftermath of natural disasters, an approach which aims to synthesize a dual theoretic-conceptual and methodological mode of inquiry. One of the goals of this study is to achieve a better understanding of the social implications of the disturbances to individuals' behaviors and their psychosomatic after-effects in the wake of natural disasters. Towards this goal, the present article will review some of the approaches to this specialized line of inquiry undertaken to date at an international level, and will address a number of salient aspects of this phenomenon, including individuals' emotional responses following natural disasters, and the manifestations of such responses in their various stages; factors that may lead to the greater vulnerability of certain people and populations to such traumatizing events; as well as factors both among individuals and within their social groupings that may increase the likelihood of resilience and recovery. The present study will conclude by offering a methodological approach to understanding and evaluating the psychological impact of natural disasters upon society.

**Keywords:** disaster, psychological impact, emotional reaction, psychological resilience, psychological vulnerability.

„A disaster is a severe psychological and psychosocial disruption,  
that largely exceeds the ability to cope of the affected community”  
(World Health Organization, 1992)

---

\* Acest articol a fost elaborat în cadrul proiectului: „Evaluarea riscurilor de dezastre la nivel național (RO-RISK)”, proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Capacitate Administrativă 2014–2020, beneficiar: Inspectoratul General pentru Situații de Urgență.

\*\* Researcher, the Institute of Sociology of the Romanian Academy; Bucharest; e-mail: [ocucuoancea@yahoo.com](mailto:ocucuoancea@yahoo.com).

„*Revista română de sociologie*”, serie nouă, anul XXVIII, nr. 5–6, p. 417–435, București, 2017



Creative Commons License  
Attribution-NoDerivs CC BY-ND

## 1. PREAMBUL

Aflată pe cea de-a doua treaptă a piramidei lui Maslow, nevoia de securitate a indivizilor și, totodată, a comunităților este o realitate care contribuie semnificativ la configurarea vieții sociale, atât echilibrul individual, cât și cel comunitar depinzând într-o măsură considerabilă de satisfacerea nevoilor de siguranță fizică, psihică și socială.

Oricât de bine organizată și securizată ar fi viața socială, expunerea indivizilor și comunităților, de-a lungul timpului, la diverse evenimente de risc este inevitabilă. Fie că este vorba despre riscuri cauzate de hazarde naturale (fenomene meteorologice periculoase – furtuni, inundații, tornade, secetă, îngheț; incendii de pădure; avalanșe; fenomene distructive de origine geologică – alunecări de teren, cutremure de pământ), fie despre riscuri cauzate de hazarde tehnologice (accidente, explozii, incendii, poluare etc.) sau biologice (epidemii, zoonoze), toate acestea reprezintă evenimente traumatice atât pentru indivizi, cât și pentru comunitate. Impactul lor la nivelul societății este unul deosebit de complex, cuprinzând atât aspecte legate de pagubele materiale, economice și de mediu, cât și aspecte ce țin de pagubele umane, care implică deopotrivă vătămarea fizică și psihică a indivizilor. Mai mult, în anumite circumstanțe, producerea acestor hazarde poate avea un impact și la nivelul sistemului instituțional, ajungând până la a pune în pericol stabilitatea socială.

Problematika dezastrelor constituie una dintre temele interdisciplinare, de mare interes pentru oamenii de știință din întreaga lume, studiată atât în cadrul științelor exacte, cât și de către științele socio-umane. Deși, de regulă, atenția cercetătorilor se îndreaptă către aspectele cele mai vizibile, mai dramatice ale dezastrelor – pierderea de vieți omenești, vătămarea corporală și distrugerile materiale –, afectarea psihică a indivizilor constituie, deopotrivă, o dimensiune definitorie a fenomenului, reprezentând rănila nevăzute și, câteodată, deosebit de adânci ale dezastrelor.

La nivel internațional, există numeroase studii dedicate dimensiunii psihologice a dezastrelor, fie cercetări „la cald” realizate în urma producerii unor evenimente traumatice concrete, fie cercetări teoretice, de sinteză, toate acestea ținând, în cele din urmă, să surprindă cauzalități între tipul dezastrului, factorii de risc și gravitatea impactului psihologic, în scopul ultim al elaborării unor strategii de prevenire și/sau diminuare a efectelor psihologice negative ale dezastrelor, atât la nivel individual, cât și la nivel comunitar.

Articolul de față propune o analiză sociologică asupra impactului psihologic pe care îl au dezastrele asupra societății, aducând în discuție atât aspecte de ordin teoretico-conceptual, cât și de ordin metodologic. Unul dintre obiectivele acestui studiu este cel de explorare a implicațiilor sociale pe care le au modificările comportamentale și psihosomatice provocate de dezastre, așa cum se reflectă acest subiect în literatura de specialitate existentă pe plan internațional, fiind urmărită o

diversitate de aspecte, precum reacțiile emoționale postdezastru și fazele lor, factorii de risc ai expunerii la evenimente traumatice – grupuri vulnerabile, vulnerabilități și disfuncționalități sociale cu impact asupra afecțiunilor psihologice posttraumă; factori de reziliență individuală și comunitară ai expunerii la evenimente traumatice. De asemenea, studiul va prezenta în final o schiță metodologică pentru evaluarea impactului psihologic al potențialelor dezastru asupra societății.

## 2. CADRUL GENERAL DE ANALIZĂ. CONCEPTE ȘI PERSPECTIVE

Impactul psihologic la nivelul societății desemnează traumele psihologice resimțite de populație în urma producerii unui eveniment de risc, constând în reacții psihologice, psihosomatice și comportamentale negative, exprimate, în principal, prin emoții precum cele de teamă, furie, panică, neîncredere, tristețe, apatie. Prezintă grade diferite de severitate, traumele psihologice cauzează disfuncții, pe o durată mai scurtă sau mai lungă, la nivelul individual, interpersonal și societal. Atunci când teama, furia și neîncrederea de la nivelul individual/interpersonal se generalizează la nivel societal, ele vor căpăta caracter de masă – panică, isterie de masă, vandalism, prin generalizarea stării de teamă și, respectiv, furie; apatie de masă, prin generalizarea lipsei de încredere și speranță.

Cele trei puncte de interes în studiul ecuației impactului psiho-social al dezastrului sunt: factorii de risc/agravanți ai expunerii la evenimentele traumatice, denumite și stresorii traumatici; factorii atenuanți ai expunerii; și, în fine, reacțiile psiho-sociale la expunerea traumatică. Amploarea și severitatea impactului psiho-social al dezastrului va depinde de modul în care se combină factorii de risc cu cei atenuanți.

### 2.1. REACȚIILE EMOȚIONALE POSTDEZASTRU

Conform *Psychosocial consequences of disasters*, document emis de Organizația Mondială a Sănătății, Departamentul de Sănătate Mentală, reacțiile emoționale pot fi împărțite în *trăiri imediate* în timpul dezastrului și *reacții ulterioare* producerii evenimentului, unele putând apărea mai devreme, altele mai târziu (WHO, 1992: 5).

*Trăirile imediate* reflectă primul contact al indivizilor supraviețuitori cu distrugerile palpabile ale dezastrului: vătămări fizice, asistare la moartea celor apropiați sau la vătămări și decese în masă, trăirea sentimentelor de pericol, neajutorare, lipsă de speranță, sau a unor sentimente contradictorii, rezultate din constrângerea de a alege între a-i ajuta pe alții sau a lupta pentru propria supraviețuire. Reacțiile emoționale din timpul producerii dezastrului și de imediat după sunt, de regulă, extrem de puternice și de greu de controlat, fiind în

concordanță cu starea de șoc aferentă producerii dezastrului și putând ajunge până la a pune viața indivizilor în pericol, atunci când anxietatea paralizantă, comportamentul de fugă necontrolată ori panica de grup devin copleșitoare. În acest sens, s-a constatat că a fi capabil să te mobilizezi imediat în situații traumatizante este un factor de protecție important împotriva sechelelor psihice pe termen lung: „În studiile privind comportamentul în caz de dezastre, nivelul individual de pregătire, instruirea și educarea în caz de dezastre apar ca fiind cei mai importanți factori determinanți ai unui prognostic bun” (Weisaeth, 1989, în WHO, 1992: 5).

După „eveniment”, *reacțiile emoționale* parcurg mai multe etape, de la starea de euforie și de ușurare a supraviețuitorilor, până la sentimente intense de anxietate, însoțite de coșmaruri și amintiri înspăimântătoare, care pot degenera în atacuri de panică, alternând cu insensibilitate și nepăsare, în funcție de mecanismul de autoapărare al fiecăruia. Dacă aceste reacții sunt de scurtă durată, ele pot fi considerate o reacție normală la experiența traumatică, dar dacă persistă la nivel ridicat și mai mult de câteva săptămâni, ele reprezintă o tulburare de stres posttraumatic (*post-traumatic stress disorder* – PTSD\* – WHO: 6).

Concret, consecințele psihologice ale dezastrelor sunt foarte clar sintetizate de Carol S. Fullerton și Robert J. Ursano (2005), tulburările cauzate de traumele dezastrelor fiind împărțite în două mari categorii: *diagnostice psihiatrice* și *reacții comportamentale/psihologice*:

**Diagnostice psihiatrice:**

- tulburare de stres posttraumatic;
- tulburare acută de stres;
- depresie majoră;
- tulburări legate de utilizarea de substanțe;
- tulburare de anxietate generalizată;
- tulburare de adaptare;
- tulburări mintale organice secundare în urma rănirii capului, expunerii toxice, bolii și deshidratării;
- somatizare;
- factorii psihologici care afectează boala fizică (la cei răniți).

**Reacții psihologice și comportamentale:**

- reacții de durere și alte reacții normale la un eveniment anormal;
- schimbarea interacțiunilor interpersonale (retragerea, agresiunea, violența, conflictul de familie, violența în familie);

---

\* Pentru tulburarea de stres posttraumatic (TSPT) vom folosi în continuare abrevierea din limba engleză, PTSD, aceasta fiind mai uzitată în mediul academic autohton.

– modificări ale comportamentului de muncă (schimbarea capacității de a munci, concentrarea, eficacitatea la locul de muncă, absenteismul, renunțarea la muncă);

– modificări ale utilizării asistenței medicale;

– schimbări în privința fumatului;

– schimbări în privința consumului de alcool (Fullerton & Ursano, 2005: 23).

Din punct de vedere al configurației vieții sociale, Cohen *et al.* (1987) identifică patru faze ale reacțiilor psihologice la dezastru: prima fază este cea care apare imediat după dezastru, sistemul de sprijin cel mai des folosit având în centru familia, prietenii, vecinii, oamenii entuziaști tinzând să coopereze, până chiar la apariția faptelor eroice: „Aceste reacții sunt cel mai bine înțelese ca răspunsuri normale la evenimente anormale.” (Cohen *et al.*, 1987, în Fullerton & Ursano, 2005: 27); a doua fază ține, în general, între o săptămână și câteva luni după dezastru, sprijinul trecând de la cercul imediat la agenții externi și comunitate, pentru a începe procesul de curățire/reconstrucție; a treia fază ține până la un an, sentimentul comuniunii putându-se diminua, pe de-o parte, din cauza eventualelor dezamăgiri și resentimente atunci când așteptările în ceea ce privește sprijinul și restaurarea sunt înșelate, iar pe de altă parte, din cauza faptului că indivizii se vor concentra mai mult în această etapă pe propriile probleme/îngrijorări; cea de a patra fază, reconstrucția vieții personale și sociale, poate dura ani de zile, „recuperarea după un dezastru implicând soluționarea simptomelor inițiale psihologice și somatice prin reexaminarea evenimentului, desemnarea unei semnificații și integrarea într-un nou concept al sinelui” (Cohen *et al.*, 1987, în Fullerton & Ursano, 2005: 27).

## 2.2. FACTORI DE RISC (AGRAVANȚI)

Despre riscul apariției afecțiunilor psihice postdezastru există o multitudine de studii la nivel internațional. Carol S. Fullerton și Robert J. Ursano afirmă în studiul lor amplu, *Psychological and Psychopathological Consequences of Disasters*, faptul că gradul morbidității psihiatrice în caz de dezastru depinde de un număr mare de factori, dintre care cei mai însemnați sunt: tipul dezastrului, expunerea, gradul vătămării, gradul în care viața este pusă în pericol, durata perturbării individuale și comunitare (Fullerton & Ursano, 2005: 13). Conform uneia din ipotezele de la care pleacă aceștia, cu cât „doza” de stresori traumatizanți este mai mare, cu atât mai mare este probabilitatea ca un individ sau un grup de indivizi să dezvolte rate mari de morbiditate psihiatrică.

Unul dintre elementele care influențează tipul reacțiilor emoționale legate de dezastre, fiind considerat de către specialiștii în domeniu unul dintre factori de risc relevanți, se referă la *cauza declanșatoare* a dezastrelor, în funcție de aceasta vorbindu-se, pe de-o parte, despre dezastre naturale (cauzate de fenomene naturale), iar pe de altă parte, despre dezastre antropice (provocate de om –

intenționat sau neintenționat). Literatura de specialitate legitimează ideea potrivit căreia modul de raportare emoțională a oamenilor la dezastru este diferit, în funcție de originea acestuia, astfel încât cu cât (auto)controlul situației asupra dezastrului este mai mare (și, prin urmare, hazardul mai previzibil), cu atât este de așteptat ca impactul psihologic să fie mai mic.

„În dezastrele produse de natura necruțătoare, tipul de dezastru determină, în general, modul în care durerea este percepută, iar vinovăția cuantificată. Unele dezastre sunt mai previzibile, cum ar fi, de exemplu, în zonele predispuse la uragane, erupțiile vulcanice sau inundațiile, altele fiind mai puțin previzibile, ca în cazul unor cutremure sau incendii masive” (López-Ibor, 2005: 3).

Pe de altă parte, este de așteptat ca, în cazul dezastrelor antropice, unde vinovații pot fi identificați și acuzați, furia oamenilor, precum și teama producerii unor evenimente asemănătoare, să fie mai mari decât în cazul dezastrelor naturale: „În cazul în care există o vină evidentă, neglijență umană, rea-voință sau violență, și sprijin puțin, efectul va fi probabil unul negativ” (WHO: 1992).

Cu toate acestea, există voci care susțin faptul că nu se poate vorbi despre dezastre naturale pure, impactul unui dezastru natural fiind mult influențat și de capacitatea comunității de a reacționa, de modul de gestionare instituțională și umană a acestuia. De exemplu, Steinberg (2000), care a studiat o serie largă de dezastre în SUA, este de părere că trebuie luat în calcul și gradul de dezvoltare comunitară, ca factor determinant al impactului dezastrului – inclusiv al celui psihologic, adăugăm.

„Între anii 1960 și 1987, 41 dintre cele 109 cele mai grave dezastre naturale au avut loc în țările în curs de dezvoltare, cu decesul a 758 850 de persoane, în timp ce restul de 59% au avut loc în țările dezvoltate, cu decesul a 11 441 de persoane” (Benz, 1989: 226–228).

*Gravitatea pagubelor sau pierderea resurselor* ca urmare a expunerii la dezastru reprezintă un alt element care influențează intensitatea și sensul reacțiilor emoționale legate de dezastre, definindu-se ca factor de risc important în ecuația echilibrului psihic. Acesta se referă la gradul de afectare a resurselor în urma expunerii la evenimentul de risc, evaluat în funcție de amploarea pierderii de vieți omenești, a vătămarilor, precum și a distrugerilor/pierderilor materiale (pierderea bunurilor), financiare (pierderea veniturilor) și sociale (pierderea locului de muncă, deteriorarea relațiilor sociale, afectarea timpului liber). Cu cât pagubele sunt mai mari, cu atât probabilitatea apariției afecțiunilor psihologice va fi mai mare.

„În cazul în care există mari pierderi de vieți omenești, este posibil să existe multă durere și, eventual, o perturbare a vieții familiale și a comunității. Pierderea casei și a proprietăților poate distruge sentimentul comunității și poate crea stres în asociere cu greutatea” (WHO: 8).

Un alt element notabil cu influență asupra dimensiunii emoționale a dezastrelor îl constituie *modul de expunere la evenimentul de risc*. Aici se va face diferențierea între: „expunerea directă periculoasă” (vătămare fizică și pericol de

moarte); „expunerea directă nepericuloasă” (vătămare fizică fără pericol de moarte, asistare ca martor la moartea sau suferința altora, confruntarea cu incertitudinea în ceea ce privește soarta membrilor familiei sau a prietenilor apropiați sau moartea unuia dintre membrii familiei sau a unui prieten apropiat; auzul țipetelor; vederea altor persoane rănite; vederea sângelui rezultat din rănilor provocate de dezastru; venirea în contact direct cu sângele altor persoane vătămate); „expunerea indirectă” (prezența în zona și la momentul producerii hazardului, fără expunerea la niciuna dintre situațiile descrise mai sus; absența fizică din zonă, dar expunerea la informațiile despre dezastru transmise de mass-media sau terțe persoane, în special, date și imagini cu impact emoțional puternic; absența fizică din zona afectată direct, dar prezența în zone de risc similare cu zona în care s-a produs respectivul dezastru, indiferent de depărtarea fizico-geografică; absența fizică din zona afectată direct, dar prezența unui profil socio-demografic asemănător cu cel al populației direct afectate).

În general, în cazul expunerii directe periculoase probabilitatea apariției afecțiunilor psihologice este cea mai mare. Cu toate acestea, este posibil ca și o expunere directă nepericuloasă sau chiar o simplă expunere indirectă să aibă efecte negative puternice asupra stării psihice a indivizilor, tocmai fiindcă în această ecuație sunt angrenați o multitudine de factori de natură psihologică și socială. De exemplu, afectarea directă a anumitor categorii de populație (în primul rând, copii, dar și persoane vârstnice sau suferinde) va induce efecte psihice negative mai puternice (sentimentul in justiției, și, prin urmare, furia) în rândul persoanelor expuse indirect, decât în cazul în care populația afectată este una „obișnuită”.

Fran H. Norris și Leslie H. Wind (2012) realizează o trecere în revistă consistentă a studiilor dedicate efectelor psihosociale ale dezastrilor, punând accent pe analiza factorilor agravanți (denumiți stresori traumatici), dintre care cei mai importanți sunt considerați a fi, în ordine descrescătoare: pierderea de vieți și doliul traumatic; amenințarea vieții, vătămarea și teama; asistarea ca martor la oroare; pagubele (*property damage and financial loss; resource loss*).

Dezastrul caracterizat printr-un număr mare de vieți omenești pierdute sunt, după părerea lui Norris și Wind, cel mai probabil predispus să producă afecțiuni psihologice substanțiale, doliul extins, concomitent cu durerea sufletească fiind considerate cele mai triste efecte ale dezastrilor (Norris & Wind: 29). Ei citează metaanaliza lui Rubonis și Bickman (1991), care pe baza a 31 de studii asupra dezastrilor au ajuns la concluzia că *numărul deceselor* cauzate de dezastru a fost puternic asociat cu psihopatologia, acesta singur explicând 20% din variația mărimii efectului dezastrului între studii. Ei au constatat, de asemenea, că mortalitatea crescută poate determina la rândul ei extinderea problemelor psihologice, deoarece durerea sufletească se adaugă altor stresori legați de dezastru și poate indica faptul că mai multe victime supraviețuitoare fuseseră amenințate ele însele cu moartea (Norris & Wind: 29).

O altă constatare a studiului lui Norris și Wind se referă la faptul că tipul dezastrului nu este atât de important în declanșarea afecțiunilor psihice, cât sunt caracteristicile expunerii, în special dacă participantul a resimțit teamă de moarte sau vătămare fizică. Mai mult, citând un studiu realizat de Thompson și colegii lui (1993) în urma uraganului Hugo, Norris și Wind afirmă că efectele negative ale pierderilor financiare și personale par a fi mult mai puțin durabile și consistente decât cele legate de amenințarea vieții sau de vătămare (Norris & Wind: 31).

În ceea ce privește asistarea ca martor la oroare, Norris și Wind sunt de părere că expunerea la imagini grotești ale dezastrului (a vedea oameni răniți sau morți/omorâți, a auzi țipete, a vedea clădiri prăbușindu-se, valuri uriașe venind etc.) are un impact emoțional important, chiar dacă nu emoția nu se poate disocia de amenințarea vieții și de frică: „Studiile care au avut în vedere și acest aspect au constatat, de regulă, că în cazul analizei univariate, asistarea ca martor la ororile dezastrului se corelează cu apariția mai frecventă a PTSD și a depresiei, lucru care nu se mai întâmplă în analizele multivariate, când sunt controlate panica și pagubele” (Norris & Wind: 32).

Deși distrugerea casei și a proprietății, însoțită adesea de pierderi financiare, dar și pierderea bunurilor cu valoare sentimentală, cum ar fi fotografiile și suvenirurile, reprezintă stresori tipici asociați cu dezastrul natural, cum sunt inundațiile, uraganele sau cutremurele, studiile care au luat în vedere variabila „pagube” au arătat, în general, că efectele psihopatologice ale pierderilor de diferite feluri, deși semnificative la un moment dat, își pierd în timp relevanța.

„Thompson și colegii (1993) au constatat că, la un an după uraganul Hugo, atât pagubele financiare, cât și pagubele personale au fost corelate în mod semnificativ cu depresia, anxietatea, dereglările somatice, stresul general și traumatic, însă majoritatea acestor efecte s-au disipat în următoarele câteva luni, în vreme ce efectele negative declanșate de punerea vieții în pericol sau de vătămarea corporală nu s-au diminuat” (Norris & Wind, 2012: 33).

Un alt factor de risc psihologic postdezastru analizat de literatura de specialitate este și *relocarea forțată* – găsirea unei locuințe alternative, temporară sau permanentă, în urma distrugerilor produse de dezastru. Pentru contracararea efectelor negative ale relocării, Norris și Wind sunt de părere că este important ca aceasta să se facă în sensul reînvierii comunității anterioare și a legăturilor sociale. De asemenea, trebuie ținut seama că femeile și copiii resimt, în general, cel mai mult stresul relocării (Gleser, 1981).

În fine, anumite *grupuri socio-demografice* sunt considerate a fi predispuse la riscul sechelelor psihice (sunt *vulnerabile psihic*), constituind, în consecință, potențiali factori de risc în cazul impactului psihologic al dezastrului. Acestea sunt: copiii, femeile, persoanele între 40 și 60 de ani, persoanele cu un fond psihic precar sau cu antecedente psihice și psihiatrice.

Fullerton și Ursano sunt de părere că *adolescenții* și *copiii* sunt expuși cel mai mult la riscul sechelelor psihiatrice în urma traumelor provocate de dezastru,



printre tulburările psihice identificate numărându-se: PTSD (*post-traumatic psychiatric disorders*), depresie, anxietatea separării (Nader & Pynoos, 1992), dar și producerea unui larg set de simptome și comportamente modificate (Pynoos *et al.*, 1996; Shaw, 1996). Mai mult, reacțiile adulților semnificativi (părinți, profesori), dar și expunerea la media vor avea, de asemenea, o influență asupra reacțiilor copiilor la traume (Pynoos & Nader, 1988).

„Expunerea media reprezintă o parte a tuturor evenimentelor traumatiche comunitare. Expunerea media poate fi atât liniștitoare, cât și amenințătoare. Limitarea unei astfel de expuneri poate minimaliza efectele perturbatoare, care cauzează anxietăți, în special la copii (Pfefferbaum *et al.*, 2001). Educarea soților și a celor apropiați copiilor aflați în dificultate poate ajuta la tratament, precum și la identificarea înrăutățirii sau persistenței simptomelor” (Fullerton & Ursano, 2005: 16).

În ceea ce îi privește pe cei care au fost vulnerabili din punct de vedere psihic înainte de expunerea la un eveniment traumatic, Fullerton și Ursano (2005:13) sunt de părere că aceștia pot fi acum loviți de *temeri și realități*, cum ar fi pierderea locului de muncă, navete lungi, de neconceput, sau sisteme de sprijin comunitare și interpersonale erodate de suprasolicitare (creșterea numărului de cereri).

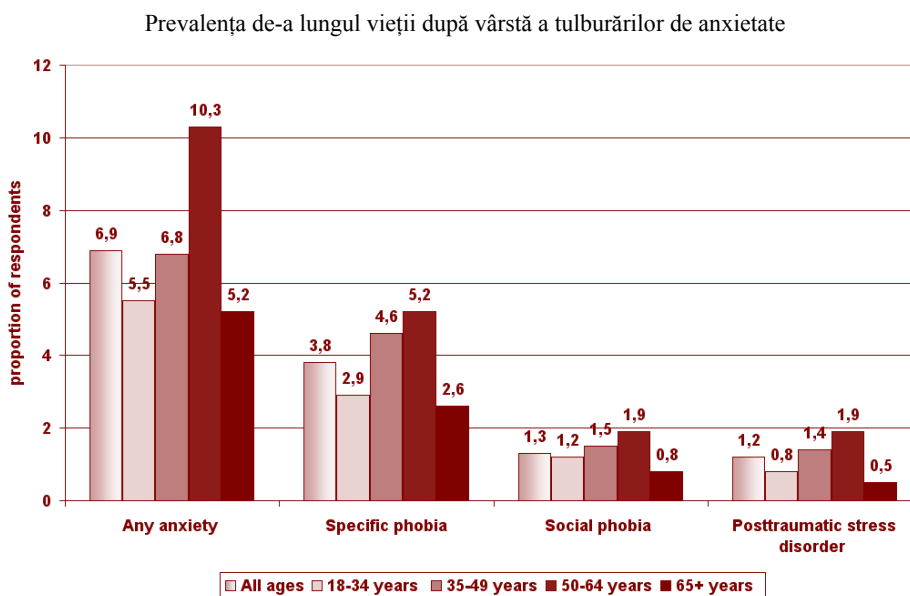
Una dintre cele mai ample cercetări semnificative pentru tema evaluării stării mentale este cea realizată de Organizația Mondială a Sănătății prin World Mental Health Survey, în mai multe țări ale lumii, printre care și România, echipa românească fiind coordonată de Silvia Florescu, de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar din București (Florescu *et al.*, 2009). Conform analizei datelor cercetării privind România (eșantionul a fost de 2 537 de subiecți, cu vârsta peste 18 ani), 13,4% dintre români au avut în viață cel puțin o afecțiune mentală, 4,5% dintre respondenți având două, iar 1,4% trei sau mai multe. Cea mai frecventă clasă de afecțiuni psihice este cea a tulburărilor de anxietate, cu o prevalență de 6,9% (fobiile specifice 3,8%, fobiile sociale 1,3% iar PTSD-ul 1,2%).

Analiza pe grupe de vârstă a datelor relevă faptul că unele dintre tulburările de anxietate, printre care și PTSD-ul, dar și tulburările de panică sau abuzul de alcool, prezintă o creștere în apariție la **vârsta adultă**, comparativ cu vârstele mai tinere, și apoi o descreștere spre bătrânețe. În cazul PTSD prevalența va varia de la 0,5% la cei de peste 65 de ani la 1,9% pentru cei între 50–64 de ani.

Cu toate acestea, Fullerton și Ursano semnalează faptul că unele studii susțin că: „*bolile sau simptomele psihiatrice preexistente nu determină în mod necesar morbiditate psihiatrică după un eveniment traumatizant și nici nu sunt suficiente pentru a o declanșa*. Cu alte cuvinte, cu cât dezastrul este mai puțin sever, cu atât mai importante vor fi variabilele preexistente, cum ar fi nevrotismul sau un istoric legat de tulburări psihiatrice (North *et al.*, 1999; McFarlane, 1986, 1988a, 1988b; Fullerton, 1999). Și, invers, cu cât mai sever este stresorul, cu atât mai puțin vor conta tulburările psihiatrice preexistente în prezicerea rezultatului/efectului” (Fullerton & Ursano, 2005: 15).

López-Ibor este de părere că impactul psihologic va fi influențat atât de amploarea disfuncționalităților socio-instituționale produse de dezastru, cât și de vulnerabilitățile sociale ale comunității în care acesta se produce (López-Ibor: 6).

Graficul nr. 1



Sursa: Prelucrări preluate din Silvia Florescu *et al.*, *The Romanian Mental Health Study*, în *Management in Health*, vol. 13, nr. 3 (2009).

În ceea ce privește legătura dintre *vulnerabilitatea socio-economică* și afecțiunile psihice, părerile sunt împărțite. Unii consideră această vulnerabilitate ca fiind un factor de risc din punctul de vedere al sănătății psihice. De exemplu, J.E. Gilbert afirmă că vulnerabilitatea descrește odată cu gradul de dezvoltare a civilizației, care, în principiu, are scopul de a proteja oamenii de consecințele negative ale comportamentelor lor sau de forțele dezlănțuite ale naturii (Gilbert, 1958). Alții susțin contrariul, constatând că țări ca Statele Unite sau Olanda, cu resurse multe, au niveluri ale PTSD (sindrom post-traumatic) mai înalte decât țări cu resurse mai puține (Columbia, South Africa) (\*\*).

Bazându-se pe datele privind vulnerabilitatea socio-economică provenite din anuarul World Risk Report, unul dintre cele mai recente studii, publicate în *The British Journal of Psychiatry* (\*\*\*, iulie 2016), semnalează un paradox al vulnerabilității, demonstrând faptul că vulnerabilitatea socio-economică se corelează negativ cu apariția sindromului posttraumatic (PTSD), spre deosebire de nivelul expunerii la traumă care se corelează pozitiv (nivelul expunerii la traumă și

nivelul PTSD fiind stabilite pe baza măsurătorilor efectuate cu ajutorul Composite International Diagnostic Interview).

Nu în ultimul rând, trebuie avut în vedere și faptul că modul în care oamenii reacționează în fața dezastrelor și deci riscul de a fi afectați psihologic sunt legate într-o anumită măsură și de o serie de factori secundari, cum sunt starea de spirit, valorile populației afectate, dar și semnificația atribuită de indivizi evenimentelor, care poate diminua sau exacerba efectele psihopatogene. Un fond de teamă, neîncredere, insatisfacție față de viață, reunite sub denumirea de *resurse psihologice* sau *personale*, va constitui un punct de vulnerabilitate pentru populație în cazul producerii unor evenimente traumatizante, cum ar fi hazardele naturale sau tehnologice. Așa cum o populație predominant religioasă ne putem aștepta să accepte și să treacă mai ușor peste astfel de evenimente.

### 2.3. FACTORII DE REZILIENȚĂ (ATENUANȚI, DE PROTECȚIE)

Definită drept capacitatea comunității de a menține niveluri relativ stabile, sănătoase ale funcționării fiziologice și psihologice (Bonanno, 2004), reziliența reprezintă un factor important al *atenuării* efectelor psihologice distructive ale dezastrelor, materializate prin afecțiuni psihologice diverse. Pe lângă factorii de risc ai expunerii la evenimente traumatice, în ecuația impactului psiho-social al dezastrelor va intra și o serie de factori care au menirea de atenuare a efectelor psihopatogene. Cei mai semnificativi dintre aceștia sunt *reziliența psihologică* și *reziliența socială*.

*Reziliența psihologică* sau stocul resurselor personale se referă la percepția asupra capacității personale de a gestiona situații de risc (concept cunoscut în literatura de specialitate sub denumirea de *coping self-efficacy*), conștiința individului că poate face față schimbărilor care ar interveni brusc în viața lui fiind considerat unul dintre factorii contracarantă esențiali în ceea ce privește traumele psihologice. Aplicând la dezastre teoria tranzacțională a stresului, formulată de Lazarus și Folkman (1984), se va vorbi despre două tipuri de *coping*: *coping*-ul centrat pe probleme, care se referă la construirea de strategii de *coping* cognitiv și comportamental destinate modificării condițiilor de mediu existente, care produc stres; *coping*-ul centrat pe emoții, care constă în eforturile interne și externe de a gestiona reacțiile emoționale la stres (Benight, Cieslak, Waldrep, 2012: 165).

*Reziliența socială* sau stocul resurselor sociale se referă, pe de-o parte, la sprijinul social (*social support*) – ajutorul psihologic, fizic și financiar, primit la nevoie de la familie, prieteni, vecini sau alți membri ai comunității, predictor important în ceea ce privește adaptarea, reziliența la stres, iar pe de altă parte, la amploarea rețelei sociale personale, definită ca set de contacte umane, cunoscute individului, cu care individul interacționează în scopul întraajutorării în diferite situații din viață. Cu cât sprijinul social perceput este mai slab, iar rețeaua socială

personală mai redusă, cu atât probabilitatea de apariție a afecțiunilor psihologice (frică, anxietate, panică) este mai mare.

Severitatea reacțiilor psihosociale la dezastru va depinde și de disponibilitatea sau indisponibilitatea unui sprijin din partea comunității.

„În cazul în care este disponibil un sprijin și se poate găsi o semnificație a ceea ce s-a întâmplat și mai ales atunci când există ocazii pentru indivizi și comunitate de a fi implicați efectiv în recuperarea lor, rezultatul va fi probabil mai bun [...] Similar, dacă există un sprijin redus sau oamenii se simt neputincioși și incapabili să se ocupe de recuperarea lor, acest lucru va avea un efect negativ în final” (WHO: 8).

După cum s-a văzut, pierderea resurselor (personale, materiale, financiare sau sociale) în urma dezastrului reprezintă un factor cu potențial psihotraumatogen important, conceptul de pierdere a resurselor apărând pentru prima oară în teoria conservării resurselor a lui Hobfoll (CORs, 1989), ca mai apoi să fie preluat și introdus în domeniul dezastrului de către Freedy, Shaw, Jarrell și Masters (1992). În ceea ce privește *pierderea resurselor sociale*, Kaniasty și Norris (Kaniasty & Norris, 1993; Norris & Kaniasty, 1996) vorbesc despre două fațete ale traumei resimțite de supraviețuitorii dezastrului, *trauma individuală*, care se referă la impactul psihic personal al dezastrului și *trauma colectivă*, care privește deteriorarea sensului general al comunității, *sărăcia resurselor* crescând potențialul pentru *conflictele interpersonale* și *retragerea socială* (Kaniasty & Norris, 2008).

În opoziție cu pierderea resurselor se va afla capacitatea de refacere rapidă a comunității după dezastru (reziliența). Norris și colegii săi (2008) formulează astfel patru factori care pot favoriza reziliența comunitară:

1. dezvoltarea economică, cu indicatorii: volumul și diversitatea resurselor; echitatea resurselor; vulnerabilitatea socială;
2. capitalul social, în termeni de structuri și legături între rețelele sociale, sprijin social, legături comunitare și angajamente sociale;
3. informarea și comunicarea, în sensul existenței unor sisteme și infrastructuri propice pentru informarea corectă și rapidă a populației afectate direct sau indirect;
4. competențele comunitare, în sensul de abilități în întreprinderea unor acțiuni colective, în luarea deciziilor și formarea unor rețele de capacități adaptative (Raphael & Maguire, 2008: 16).

### 3. SCHIȚĂ METODOLOGICĂ PENTRU EVALUAREA IMPACTULUI PSIHOLGIC AL POTENȚIALELOR DEZASTRE ASUPRA SOCIETĂȚII

Deși una dintre preocupările majore ale celor care se ocupă cu studiul dezastrului este cea de a găsi căi cât mai eficiente de prevenție a efectelor negative ale acestora și de estimare cât mai exactă a posibilelor tipuri de impact, precum și

în ciuda abundenței micro-cercetărilor empirice „la cald”, realizate în urma feluritelor dezastre petrecute peste tot în lume, la nivel metodologic nu există, deocamdată, o strategie unitară eficientă pentru evaluarea riscurilor, care să permită elaborarea unor strategii și politici comune europene sau mondiale. La nivel european, începând cu anul 2010, Comisia Europeană a inițiat un proces de creare a unui cadru metodologic unic, numeroase state membre U.E., printre care și România, alăturându-se acestei directive. În acest context, în anul 2016, ca membră în echipa proiectului pentru Evaluarea riscurilor de dezastre la nivel național (RO-RISK), proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Capacitatea Administrativă, am realizat o schiță metodologică pentru evaluarea impactului psihologic al potențialelor dezastre asupra societății.

Pentru măsurarea impactului dezastrelor la nivelul factorului „Afecțiuni psihologice”, metodologia a propus cercetarea indicatorului *traumele psihologice* (rezultate în urma producerii evenimentelor de risc) în funcție de o serie de indici, grupați în trei categorii (natura expunerii, stocul resurselor personale și stocul resurselor sociale), aceștia contribuind în egală măsură la apariția unor afecțiuni psihologice – reacții psihologice, psihosomatice și comportamentale, exprimate prin diferite emoții negative, cum ar fi teama, furia, panica, tristețea, neîncrederea, apatia.

Modalitatea de estimare și calcul a impactului psihologic al dezastrelor propuse va parcurge patru pași.

**Pasul 1. Estimarea numărului persoanelor care în urma dezastrului produs vor avea emoții psihologice negative semnificative**, identificate ca teamă, furie, panică, neîncredere, tristețe, apatie ș.a., emoții care persistă dincolo de o lună, cel puțin un an și care, de cele mai multe ori, sunt identificate ca fiind SSPT (sindromul de stres posttraumatic), cea mai frecventă afecțiune psihologică negativă declanșată de evenimente traumatice, tulburare de anxietate cu repercusiuni negative asupra sănătății și vieții familiale, sociale și profesionale a indivizilor.

Pentru estimarea acestui număr se vor lua drept reper estimările expertizelor științifice internaționale, metaanalize complexe realizate pe colecții de studii, întreprinse în ultimii 30 de ani pe dezastre din întreaga lume, privind prevalența afecțiunilor psihice postdezastru, îndeosebi a PTSD (Neria, Nandi & Galea, 2007). Conform expertizei științifice internaționale, se estimează că în urma dezastrelor, în medie, în primul an după dezastru (dar dincolo de prima lună), vor fi afectate 30–40% dintre *victimele directe*, 15–20% dintre *salvatori* și 5–10% din *populația generală*.

*Victime directe* sunt toate acele persoane expuse direct în mod periculos (vătămate fizic sau/și aflate în pericol de moarte) și nepericulos (vătămate fizic și/sau material fără a fi în pericol de moarte, evacuate/relocate, martore la moartea sau suferința altora, confruntate cu incertitudinea în ceea ce privește soarta membrilor familiei sau a prietenilor apropiați, sau cu moartea/vătămarea unuia

dintre membrii familiei sau a unui prieten apropiat). Calculul victimelor directe poate varia în funcție de tipul de eveniment traumatic produs.

*Populația generală* este formată din victimele indirecte – persoanele prezente la momentul producerii hazardului în zona afectată, fără expunerea la niciuna dintre situațiile descrise mai sus. Deși nu există încă studii concludente în acest caz, neputându-se estima un procent anume pentru acest segment, specialiștii sunt de părere că în grupul *victimelor indirecte* ar trebui incluse și persoanele influențate de mass-media, de informațiile, dar mai cu seamă de imaginile cu impact emoțional puternic transmise prin mass-media, precum și cele care, deși nu se află în zona afectată efectiv, se află în zone cu potențial risc sau prezintă caracteristici asemănătoare victimelor dezastrului respectiv, fapt ce le induce gândul că oricând ar putea cădea și ele victime unui dezastru similar. Pe de altă parte, în urma consultării experților autohtoni, cunoscători ai comportamentului postdezastru al populației din România, printr-un chestionar Delphi s-a decis ca procentul din populația generală estimat a acuza afecțiuni psihologice în urma dezastrului să se reducă de la 5% la 1%. La fel ca și în cazul victimelor directe, calculul victimelor indirecte va putea varia în funcție de tipul de eveniment traumatic produs.

*Salvatorii* sunt cei care vin în contact direct cu victimele dezastrului, imediat după producerea acestuia, în cadrul operațiunilor de salvare – pompieri, jandarmerie, poliție, personal SMURD și Ambulanță, personal medical de urgență etc.

Astfel, numărul persoanelor afectate psihologic în primul an de la dezastru (dar peste o lună – perioada minimă de la care se poate vorbi despre afecțiuni psihice semnificative, vezi PTSD) va fi calculat, în principiu, după o formulă de acest gen:

$$\text{Număr persoane afectate psihologic} = 40\% \times \text{victimele directe} + 20\% \times \text{salvatori} + 1\% \times \text{populația generală}$$

Victimele directe vor fi calculate astfel:

**Victime directe = (nr. morți + nr. răniți) × 5 + nr. evacuați + nr. persoane fără acces la serviciile de bază**

**Populația generală = populația expusă – victime directe**

Observații:

1. Întrucât nu se poate estima numărul celor care, deși nu fac parte din populația afectată (direct sau indirect), vor fi afectați psihologic, este de așteptat ca numărul persoanelor considerate a fi afectate psihologic din populația generală să fie ușor subestimat;

2. între victimele directe ar trebui incluse, în măsura datelor disponibile, de la caz la caz, și persoanele care au suferit pagube materiale (deteriorarea proprietăților, altele decât imobilele de domiciliu – alte imobile, proprietăți agricole, silvice, alte bunuri și valori) sau sociale (pierderea serviciului, statutului ș.a.);

3. s-a demonstrat științific în urma a numeroase studii faptul că pentru fiecare persoană există o rețea de egali, în medie 5 persoane (*Dumber's number*), aflate în

epicentrul emoțional al problemei. Prin urmare, este de așteptat ca numărul celor afectați psihologic în urma unui dezastru să nu se rezume la persoanele vătămate direct, ci să fie în medie de 5 ori mai mare (aici fiind incluse rudele apropiate și persoanele din cercul intim al victimei, indiferent de depărtarea acestora de epicentrul dezastrului). Așadar, dacă avem sute de morți și mii de răniți, ne putem aștepta la zeci de mii de oameni expuși la o catastrofă colectivă, care vor putea acuza probleme psihice.

**Pasul 2. Măsurarea indicelui de vulnerabilitate psihologică (intrinsecă și la risc)** se va face în funcție de o serie de indicatori, grupați în trei categorii (natura expunerii, stocul resurselor personale și stocul resurselor sociale), care sunt considerați de expertiza științifică internațională factori de risc relevanți privind apariția afecțiunilor psihologice – reacții psihologice, psihosomatice și comportamentale negative.

**Indicele vulnerabilității psihologice** se va calcula conform unui algoritm preluat din metodologia olandeză de evaluare a riscurilor (\*, 2012), calcul pe care nu îl vom detalia cu această ocazie, valorile indicelui distribuindu-se de-a lungul a cinci categorii (1, 2, 3, 4, 5), după cum urmează:

1.	Vulnerabilitate psihologică foarte mică (VP1)
2.	Vulnerabilitate psihologică mică (VP2)
3.	Vulnerabilitate psihologică medie (VP3)
4.	Vulnerabilitate psihologică mare (VP4)
5.	Vulnerabilitate psihologică foarte mare (VP5)

#### **Descriere și metode de evaluare a indicatorilor și categoriilor de indicatori:**

**A.** Prima categorie de indicatori considerată a fi un predictor relevant pentru vulnerabilitatea psihologică la nivelul factorului „Afecțiune psihologică” este **natura expunerii**, măsurată, în funcție de tipul potențialului dezastru, prin intermediul unor indicatori referitori la expunerea disproporționată a populației vulnerabile din punct de vedere socio-demografic și economic.

Expunerea disproporționată a populației vulnerabile sociodemografic și economic se referă la gradul în care sunt expuse la evenimentul de risc persoanele din grupurile vulnerabile psihologic. Din expertiza științifică internațională, reiese faptul că femeile, copiii și persoanele adulte între 40–59 ani sunt mai expuse riscului afecțiunilor psihologice postdezastru decât restul populației. În cazul secetei, persoanele ocupate în agricultură, cele ale căror locuințe nu sunt racordate la rețeaua publică de apă și zonele cu pondere ridicată a exploatațiilor agricole de subzistență constituie elemente suplimentare de risc psihologic. Așadar, dacă ponderea persoanelor din grupurile vulnerabile/exploatațiile agricole mici va fi mai mare decât valoarea medie pe țară, atunci riscul de afecțiuni psihologice va

fi mai mare în acea zonă. Dacă ponderea persoanelor din grupurile vulnerabile/exploatațiile agricole mici va fi mai mică decât valoarea medie pe țară, atunci riscul de afecțiuni psihologice va fi mai mic.

Indicatorii expunerii disproporționate vor fi evaluați pe baza indicatorilor statistici ai populației/recensământului agricol (2010), furnizați de INS. Prin urmare, este de așteptat ca aceste valori să varieze de la an la an, în funcție de evoluția populației.

**B.** Cea de a doua categorie de indicatori considerată a fi un predictor relevant pentru vulnerabilitatea psihologică la nivelul factorului „Afecțiune psihologică” este **stocul resurselor psihologice**, care măsoară gradul de vulnerabilitate psihologică prin intermediul a patru indicatori: precaritatea rezilienței psihologice, fondul anxios preexistent, severitatea reacțiilor psihice în urma expunerii la hazarde anterioare și instabilitatea psihică preexistentă.

Reziliența psihologică se referă, așa cum s-a văzut mai sus, la percepția asupra capacității personale de a gestiona situații de risc. Cu cât precaritatea rezilienței psihologice este mai pronunțată, cu atât mai pronunțate vor fi sentimentele de teamă și anxietate.

Indicatorul va fi calculat prin anchetă, printr-un item specific fiecărui hazard în parte.

Fondul anxios preexistent se referă la amploarea temerilor populației și va fi calculat prin anchetă, cu ajutorul unui item, specific pentru fiecare tip de hazard.

Severitatea reacțiilor psihice provocate de expunerea la hazarde anterioare va fi măsurată prin anchetă cu ajutorul unei scale – adaptare după scala IES-R (*Impact of Events Scale-Revised*).

Cu cât fondul anxios preexistent este mai profund, iar severitatea reacțiilor psihice avute la expunerea la hazarde anterioare este mai mare, vulnerabilitatea psihică va fi mai pronunțată, și, prin urmare, și probabilitatea de apariție a afecțiunilor psihologice.

Instabilitatea psihică preexistentă este un indicator semnificativ de risc în ceea ce privește afecțiunile psihologice postdezastru. El se referă la numărul bolnavilor psihic luați în evidență și va fi calculat pe baza statisticilor existente. Deocamdată, nu există statistici decât la nivel de județ. Când ele vor fi disponibile și la nivel de UAT, vor trebui folosite acestea. Cu cât numărul bolnavilor psihic este mai mare într-o anumită zonă, cu atât riscul apariției afecțiunilor psihice postdezastru va fi mai mare.

**C.** Cea de a treia categorie de indicatori considerată a fi un predictor relevant pentru vulnerabilitatea psihologică la nivelul factorului „Afecțiune psihologică” este **stocul resurselor sociale**, măsurat prin intermediul a trei indicatori: precaritatea sprijinului informal perceput, precaritatea sprijinului social perceput și precaritatea numerică a rețelei sociale personale.



Srijinul social perceput (*subjective or perceived social support*) se referă la autopercepția amplitudinii srijinului social – al ajutorului psihologic, fizic și financiar, primit la nevoie de la rețeaua socială informală sau instituțională – deținut la un moment dat.

Rețeaua personală se definește ca set de contacte umane, cunoscute individului, cu care individul interacționează în scopul întraajutorării în diferite situații din viață, în vreme ce rețeaua instituțională este reprezentată de instituțiile care au rolul de a srijini individul/populația în cazul unui dezastru.

Precaritatea srijinului informal va fi calculată prin anchetă, sub forma unui indice care include indicatori relevanți ai srijinului informal (familia, prietenii, vecinii, Dumnezeu).

Precaritatea srijinului instituțional va fi calculată, de asemenea, prin anchetă, sub forma unui indice care include indicatori relevanți ai srijinului instituțional (pomierii, ambulanța, SMURD, jandarmeria, spitalele, primăria localității, guvernul și biserica).

Evaluarea numerică a rețelei sociale personale (*amount of support*) se va face prin anchetă și va avea la bază autoestimarea numărului persoanelor, care aparțin rețelei sociale personale, dispuse să ofere ajutor la nevoie.

Cu cât srijinul social perceput este mai slab, iar rețeaua socială personală mai redusă, cu atât probabilitatea de apariție a afecțiunilor psihologice este mai mare.

### **Pasul 3. Estimarea impactului psihologic – factorul afecțiunii psihologice**

Luând drept reper metodologia unitară elaborată în cadrul proiectului Ro-Risk și pragurile propuse de aceasta în privința raportului dintre impactul psihologic (afecțiuni psihologice) și numărul populației afectate (calculate conform formulei enunțate la pasul 1), rezultă cinci categorii de impact: 1, 2, 3, 4, 5.

Acestea sunt grupate astfel:

<b>1.</b>	Sub 100 persoane	Impact psihologic foarte mic (IPF <sub>3</sub> 1)
<b>2.</b>	101–1 000 persoane	Impact psihologic mic (IPF <sub>3</sub> 2)
<b>3.</b>	1 001–10 000 persoane	Impact psihologic mediu (IPF <sub>3</sub> 3)
<b>4.</b>	10 001–100 000 persoane	Impact psihologic mare (IPF <sub>3</sub> 4)
<b>5.</b>	Peste 100 001 persoane	Impact psihologic foarte mare (IPF <sub>3</sub> 5)

### **Pasul 4. Corecții aplicate**

*Impactul psihologic* calculat la pasul 3 va fi corectat în funcție de scorul *indicelui de vulnerabilitate*, calculat la pasul 2.

–1. Dacă *indicele de vulnerabilitate* este foarte mic (VP1), atunci *impactul psihologic* calculat la pasul 3 va scădea cu o unitate de scală.

+1. Dacă *indicele de vulnerabilitate* este foarte mare (VP5), atunci *impactul psihologic* calculat la pasul 3 va crește cu o unitate de scală.

Pentru stabilirea radiusului de impact și a formulei de calcul a numărului de persoane afectate psihologic s-au folosit metoda documentară și metoda Delphi (cu experți).

Dacă *mediatizarea* dezastrului va fi mare și/sau dezastrul va afecta (vătămă și/sau pune în pericol) în mod evident *grupuri cu impact emoțional puternic* la nivelul populației (cum ar fi copii, persoane vârstnice sau în dificultate, personalități simbol ș.a.) sau *clădiri cu valoare simbolică (repere identitare, biserici, clădiri statale ș.a.)*, atunci este de așteptat ca impactul psihologic pe segmentul populației generale (victimele indirecte) să fie ceva mai mare decât cel estimat prin modelul propus.

Pentru o estimare cât mai precisă a impactului dezastrului asupra stării psihice a populației este necesară cunoașterea cât mai amplă a caracteristicilor și modului de reacție/manifectare a populației de referință în situații de criză. În acest sens, pentru pregătirea cadrului de interpretare a unor scenarii concrete de dezastru, vor trebui folosite analize secundare și studii de caz, relevând punctele de vulnerabilitate/reziliență a populației României.

#### BIBLIOGRAFIE

1. BENIGHT, CHARLES C.; CIESLAK, ROMAN; WALDREP, EDWARD (2012). Social and Cognitive Frameworks for Understanding the Mental Health Consequences of Disasters. În Yuval Neria, Sandro Galea, Fran H. Norris (eds.), *Mental Health and Disasters*. Cambridge University Press, New York.
2. BENZ, G. (1989). List of major natural disasters. 1960–1987. *Earthquake and Volcanoes*, 20: 226–228.
3. BONANNO, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*, 59(1): 20–28.
4. COHEN, R.; CULP, C.; GENSER, S. (1987). *Human Problems in Major Disasters: A Training Curriculum for Emergency Medical Personnel*. US Government Printing Office, Washington, DC.
5. FLORESCU, SILVIA; CIUTAN, M.; POPOVICI, G.; GĂLĂON, M.; LADEA, M.; PETHUKOVA, M.; HOFFNAGLE, A. (2009). The Romanian Mental Health Study. *Management in Health*, vol. 13, nr. 3.
6. FREEDY, J.R.; SHAW, D.L.; JARRELL, M.P.; MASTERS, C.R. (1992). Towards an understanding of the psychological impact of natural disasters: An application of the conservation of resources stress model. *Journal of Traumatic Stress*, 5: 441–454.
7. FULLERTON, C.S.; URSANO, R.J. (2005). Psychological and Psychopathological Consequences of Disasters. În López-Ibor & al., *Disasters and Mental Health*. John Wiley & Sons Ltd.
8. FULLERTON, C.S.; URSANO, R.J.; KAO, T.C. (1999). Disaster-related bereavement: acute symptoms and subsequent depression. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 70: 902–909.
9. GILBERT, J.E. (1958). Human behaviour under conditions of disaster. *Med. Serv. J. Can.*, 14: 318–324.
10. GLESER, G.; GREEN, B.; WINGET, C. (1981). *Prolonged psychological effects of disaster: A study of Buffalo Creek*. New York: Academic Press.
11. HOBFOLL, S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44: 513–524.

12. LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
13. LÓPEZ-IBOR, J.J.; CHRISTODOULOU, G.; MAJ, M.; SARTORIUS, N.; OKASHA, A. (eds.) (2005). *Disasters and Mental Health*. John Wiley & Sons Ltd.
14. MCFARLANE, A.C. (1986). Posttraumatic morbidity of a disaster: a study of cases presenting for psychiatric treatment. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 174: 4–14.
15. MCFARLANE, A.C. (1988a). The longitudinal course of posttraumatic morbidity: the range of outcomes and their predictors. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 176: 30–39.
16. MCFARLANE, A.C. (1988b). The phenomenology of post-traumatic stress disorders following a natural disaster. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 176: 22–29.
17. NADER K., PYNOOS R. (1992). School disaster: planning and initial interventions. *J. Soc. Behav. Personal*, 8: 1–21.
18. NORRIS, FRAN H.; WIND, LESLIE H. (2012). The Experience of Disaster: Trauma, Loss, Adversities, and Community Effects. În Neria, Yuval, Galea, Sandro, Norris, Fran H. (eds), *Mental health and disasters*. Cambridge University Press.
19. NORTH, C.S.; NIXON, S.J.; SHARIAT, S.; MALLONEE, S.; MCMILLEN, J.C.; SPITZNAGEL, E.L., et al. (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA*, 282: 755–762.
20. PFEFFERBAUM, B.; NIXON S.J.; TIVIS, R.D.; DOUGHTY, D.E.; PYNOOS, R.S.; GURWITZ R.H.; FOY D.W. (2001). Television exposure in children after a terrorist incident. *Psychiatry*, 64: 202–211.
21. PYNOOS, R.S.; NADER, K. (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: research implications. *J. Trauma Stress*, 4: 445–473.
22. PYNOOS, R.S.; STEINBERG, A.M.; GOENJIAN, A. (1996). Traumatic stress in childhood and adolescence: recent developments and current controversies. În B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress: the Effect of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*, p. 331–358. Guilford, New York.
23. RAPHAEL, BEVERLY; MAGUIRE, PAUL (2012). Disaster Mental Health Research: Past, Present, and Future. În: Yuval Neria, Sandro Galea, Fran H. Norris (eds.), *Mental Health and Disasters*. Cambridge University Press, New York.
24. RUBONIS, A.; BICKMAN, L (1991). Psychological impairment in the wake of disaster: The disaster-psychopathology relationship. *Psychological Bulletin*, 109: 384–399.
25. SHAW, J.A. (1996). Twenty-one month follow-up study of school-age children exposed to Hurricane Andrew. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35: 359–364.
26. STEINBERG, T. (2000). *The Acts of God: The Unnatural History of Disasters in America*. Oxford University Press, New York.
27. THOMPSON, M.; NORRIS, F.; HANACEK, B. (1993). Age differences in the psychological consequences of Hurricane Hugo. *Psychology and Aging*, 8, p. 606–616.
28. World Health Organization (1992). *Psychosocial Consequence of Disasters – Prevention and Management*. World Health Organization, Geneva.
29. NERIA, Y.; NANDI, A.; GALEA, S. (2007): <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/55743/Neria?sequence=1>
30. GALEA, S.; NANDI, A.; VLAHOV, D. (2004). <http://epirev.oxfordjournals.org/content/27/1/78.full>.
31. Ministry of Security and Justice (2012). Working with scenarios, risk assessment and capabilities in the National Safety and Security Strategy of the Netherland.
32. <https://trauma-recovery.net/2016/07/28/posttraumatic-stress-disorder-a-greater-risk-in-rich-countries>.
33. <http://bjp.rcpsych.org/content/early/2016/07/11/bjp.bp.115.176628>.

