

# Raport de consiliere expert (AI) TES

Examinator **Ticu Constantin**

Persoană evaluată **Alius Anonimus, masculin, 59 ani, operator prompter**

Data evaluării **25.01.2026**



# Cuprins

1. Descriere inventar
2. Profil sintetic
3. Sugestii de consiliere
4. Analiză pe factori
5. Indicatori statistici
6. Concluzii finale

# 1. Descriere inventar

**Chestionarul TES** (*Traumatic Experiences Symptomatology*) este un instrument de evaluare psihologică orientat spre identificarea „**dezvoltărilor de tip traumatic**”, în sensul existenței unor *pattern-uri de reacții și dificultăți psihologice* care pot rămâne active după expunerea la evenimente sau experiențe adverse, dar fără a echivala cu un *diagnostic de tip PTSD*.

**Chestionarul TES** vizează, mai degrabă, identificarea „**urmelor active**” ale unor **experiențe adverse** decât confirmarea unui eveniment de tip traumatic, măsura în care, în prezent, **există o simptomatologie disfuncțională post-eveniment semnificativă** și permite identificarea dezvoltărilor de tip traumatic care merită explorate, mai ales atunci când simptomatologia este mixtă, difuză sau dificil de legat de o singură cauză. Atunci când apar scoruri ridicate pe una sau mai multe dimensiuni TES, acestea trebuie înțelese ca **indicatori ai unor dezvoltări de tip traumatic ușoare sau medii, adesea „non-clinice” sau sub-prag**, care pot reflecta *vulnerabilitate, activare reziduală ori mecanisme de menținere*, nu neapărat un tablou de tip PTSD.

În instrucțiunile de completare a chestionarului, persoana este solicitată să evalueze „*în ce măsură (cât de des sau cât de intens), în ultima lună*” au fost prezente anumite manifestări (*”trăiri, gânduri sau reacții”*), ceea ce poziționează Chestionarul TES ca fiind un **instrument centrat pe starea actuală**, spre deosebire de Chestionarul TEC, care vizează identificarea existenței unor evenimente de tip traumatic în trecutul persoanei evaluate sau Chestionarul TCC care verifică existența unor indicatori de traumă propriu-zisă, de tipul PTSD.

**Chestionarul TES** include 84 de itemi organizați în **14 dimensiuni (dezvoltări de tip traumatic)**, fiecare dimensiune fiind compusă din câte 6 itemi exprimând simptome specifice, ancorate în contexte traumatiche particulare, facilitând astfel diferențierea între diferite tipuri de dezvoltări de tip traumatic, consecințe a unor evenimente traumatiche de tip: *abuz fizic, abuz emoțional, neglijare, violență domestică, control coercitiv, abuz sexual, accident/eveniment violent, existențial, moral/etic, pierdere, de atașament, vicariant, medical și de discriminare*.

**Chestionarul TES** are un rol important în procesul de evaluare de profunzime, atunci când rezultatele clinice sugerează dezvoltări de tip traumatic semnificative, dar încă neclare ca statut clinic. Utilizarea TES devine, astfel, o *etapă intermediară într-un proces secvențial*: mai întâi o analiză a gradului de expunere la evenimente adverse (**TEC - Traumatic Experiences Checklist**), urmate de evaluarea în profunzime a unei simptomatologii specifice dezvoltărilor de tip traumatic (**TES - Traumatic Experiences Symptomatology**) și, în final, confirmarea/ infirmarea diagnosticului de sindrom al stresului post-traumatic (**TCC – Traumatic Core Components**). Toate rezultatele obținute cu ajutorul instrumentelor standardizate trebuie completate cu cele obținute prin alte surse, corelându-le cu cele din *anamneza, interviul clinic sau observația clinică*.

**Chestionarul TES** este util în special în etapa de **diagnostic clinic preliminar și de conceptualizare a cazului**, deoarece relevă rapid ariile simptomatologice care „*cer atenție*” și pot ghida interviul clinic fără ca persoana să fie obligată să ofere detalii exhaustive de la început. De exemplu, scoruri ridicate la variabila *control coercitiv* pot orienta clinicianul către explorarea autonomiei, limitelor, siguranței actuale și a *triggerilor* relaționali; scoruri ridicate la dimensiunea *doliu/ pierdere* pot orienta către procese de doliu complicat, „*longing*”, ruminații și reorganizarea identității; scoruri ridicate la variabila *traumă morală* pot orienta către rușine, culpabilizare, evitare morale și și dificultatea de a se reconecta la propriile valori.

**Beneficiile utilizării TES** (pentru clinicieni, psihoterapeuți și cercetători) sunt multiple: (1) *obținerea unui profil diferențial* pe 14 posibile dezvoltări de tip traumatic ce permite rafinarea analizei dincolo de un scor global de stres traumatic; (2) *identificarea ariilor cele mai active în ultima lună*, facilitând focalizarea pe țintele terapeutice prioritare; (3) *monitorizarea schimbării (pre și post intervenție)* prin folosirea opțiunilor de reaplicare periodică/ lunară; (4) *dezvoltarea cercetării clinice* prin studii diferențiale privind tiparele de reactivare traumatică în funcție de tipul de experiență adversă.

Clinic, un astfel de instrument este valoros atunci când **simptomatologia este polimorfă** sau dificil de articulat, atunci când **există indicii de traumă** și este nevoie de explorarea unor teme sensibile orientate pe **identificarea mecanismelor** dominante care mențin distresul și afectarea funcțională.

**Timpul mediu** de completare a chestionarului online: *15 minute*.

**Vârsta minimă** de la care se poate realiza evaluarea: *peste 14 de ani*.

## 2. Profil sintetic

0

### VIOLENȚĂ - CONTROL

---

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

#### Simptome de abuz fizic

Reapar frecvent amintiri intruzive și reacții corporale de alarmă legate de episoade de agresiune fizică din trecut, însoțite de tendința de evitare a situațiilor asociate lor, hipervigilență și dificultăți de reglare emoțională.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

#### Simptome de abuz emoțional

Se activează frecvent neajutorarea, anxietate socială, neîncrederea în propriile judecăți și scăderea stimei de sine, cu tendințe de autocritică accentuată și umilire, ca ecou al unor experiențe repetate din trecut.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

#### Simptome de abuz sexual

În registrul intim, apar frecvent amintiri intruzive, reacții emoționale intense și blocaje corporale, cu tendința de evitare a apropierei fizice și dificultăți de a se simți în siguranță în contexte cu încărcătură intimă sau sexuală.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

#### Simptome de violență domestică

În relațiile cu cei apropiați se activează frecvent reacții de alertă și teamă, de anticipare a conflictului sau de monitorizare anxioasă a semnelor de tensiune, pentru a preveni o posibilă escaladare a violenței în cuplu.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

#### Simptome de control coercitiv

Hipersensibil(ă) la semnele de dominare sau intruziune (întrebări insistente, verificări, solicitări de explicații), se activează rapid încordarea și reținerea dată de frica de a fi controlat(ă), izolat(ă) sau limitată libertatea personală.

0

### APARTENENȚĂ - RELAȚIONARE

---

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

#### Simptome de neglijare

Trăiește frecvent nesiguranța și sentimentul lipsei de importanță personală, anticipând ca nevoile sale emoționale să nu fie observate sau susținute de cei apropiați, însoțită de retragerea afectivă și dificultatea de a cere sprijin.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

#### Simptome de respingere

Retrăiește stări de insecuritate relațională pronunțată, frică de respingere sau de abandon, interpretând ca fiind amenințătoare semnele ambigui și având oscilații dureroase între apropierea afectivă și retragerea defensivă.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

#### Simptome de pierdere

Trăiește episoade de dor intens și tristețe profundă, cu revenirea intruzivă a amintirilor, rumații despre persoana pierdută și dificultatea de a-și găsi echilibrul, energia și funcționarea obișnuită după o pierdere dureroasă.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

#### Simptome de discriminare

Retrăiește frecvent stări de rușine, furie și nesiguranță date de reamintirea involuntară a unor experiențe discriminatorii din trecut, reacționând intens, uneori exagerat, la prejudecăți și având tendința de a-și "ajusta" identitatea.

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**Simptome de accident**

Este surprins(ă) deseori de retrăiri involuntare și reacții fiziologice intense legate de un accident sau eveniment violent din trecut, activând stări de hipervigilență, evitare a declanșatorilor și episoade de blocaj sau panică.

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**Simptome de expunere**

Este încă marcat(ă) de expunerile repetate la suferința și traumele altora, ceea ce îi provoacă gânduri intruzive, oboseală compasională, hiperactivare, tendința de a se detașa afectiv sau dificultăți de reglare emoțională.

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**Simptome de spitalizare**

Retrăiește stări de alertă și de vulnerabilitate legată de sănătate, cu amintiri intruzive legate de boală sau spitalizare, cu tendința de a evita sau de a amâna evaluări sau investigații medicale, din cauza experiențelor trecute.

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**Simptome moral-etice**

Retrăiește sentimente de vinovăție și rușine morală, cu ruminații persistente despre decizii sau acțiuni din trecut percepute ca fiind profund greșite sau imorale, având tendința de a suferi și a se pedepsi ca act recuperatoriu.

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**Simptome existențiale**

Marcat(ă) de experiențe existențiale negative din trecut, retrăiește momente de neputință și de pierdere a sensului vieții, cu dificultăți de a vedea viitorul coerent, acesta fiind perceput ca fiind incert, „închis” sau greu de imaginat.

### 3. Sugestii de consiliere

**În urma completării chestionarului TES nu au fost identificate dominante în profilul psihologic, dar pot fi formulate câteva sugestii utile, sintetizate mai jos.**

Evaluarea psihologică inițială a clientului relevă prezența unor simptome de abuz emoțional și control coercitiv, manifestate prin sentimente de inferioritate, anxietate intensă, îndoială de sine și dificultăți în menținerea unor relații sănătoase. Clientul prezintă o tendință de a-și subestima abilitățile și de a se simți copleșit de controlul și manipularea din partea celor din jur. Impactul emoțional negativ al acestor experiențe se reflectă în starea de bine generală a clientului și interferează cu funcționarea sa cotidiană.

#### OBIECTIVE TERAPEUTICE

1. Conștientizarea tiparelor de abuz emoțional: Clientul va învăța să recunoască și să înțeleagă tiparele de comportament care constituie abuz emoțional și control coercitiv.
2. Dezvoltarea abilităților de comunicare asertivă: Clientul va învăța să-și exprime nevoile și dorințele într-un mod clar și respectuos, diminuând impactul controlului coercitiv.
3. Întărirea încrederii în sine: Prin diferite tehnici, clientul va dezvolta o imagine de sine mai pozitivă și va obține încrederea necesară pentru a lua decizii autonome.
4. Îmbunătățirea abilităților de gestionare a emoțiilor: Clientul va învăța strategii eficiente pentru a-și controla emoțiile și a face față anxietății și stresului.
5. Consolidarea rețelei de suport social: Clientul va fi îndrumat să-și extindă și să consolideze rețeaua socială, pentru un suport emoțional pozitiv.

#### ETAPE ALE INTERVEȚIEI

##### **Etapă 1: Conștientizarea și Educația**

Durata acestei etape este de aproximativ 4-6 ședințe. În această etapă, accentul va fi pus pe obiectivul de creștere a conștientizării și identificării tiparelor de abuz emoțional. Se vor folosi tehnici de psihoeducație pentru a-i oferi clientului informații despre dinamica abuzului emoțional și controlului coercitiv. Rolurile de joc și discuțiile ghidate vor ajuta la clarificarea experiențelor personale ale clientului. De exemplu, clientul ar putea fi rugat să noteze cazuri din experiența sa unde s-a simțit manipulat, urmând apoi să analizăm aceste experiențe împreună.

##### **Etapă 2: Dezvoltarea abilităților de comunicare**

Această etapă se desfășoară pe parcursul a 4-5 ședințe, vizând obiectivul de dezvoltare a abilităților de comunicare asertivă. Prin exerciții de comunicare și tehnici de joc de rol, clientul va învăța cum să-și exprime afirmațiile într-un mod clar și non-agresiv. Tehnica DESC (Describe, Exprimă, Specifică, Consecințe) va fi folosită pentru a structura conversațiile importante. În sesiune, clientul ar putea practica o conversație în care să-și exprime limitele în relația cu unul dintre membrii familiei.

##### **Etapă 3: Întărirea încrederii în sine**

În această etapă, de aproximativ 6-8 ședințe, focusul va fi pe întărirea încrederii în sine și dezvoltarea unei imagini mai bune despre sine. Tehnici de restructurare cognitivă, cum ar fi identificarea și reformularea gândurilor negative, vor fi utilizate pentru a modifica auto-percepțiile distorsionate ale clientului. Un exemplu ar fi atunci când clientul găsește o afirmație negativă despre sine și o reformulează într-o manieră mai realistă și pozitivă.

##### **Etapă 4: Gestionarea emoțiilor**

Această etapă se desfășoară pe parcursul a 4-6 ședințe și este focusată pe îmbunătățirea abilităților de gestionare a emoțiilor. Se vor folosi tehnici de mindfulness și exerciții de relaxare pentru a-i oferi clientului instrumente de reglare emoțională. Identificarea și modificarea tiparelor de gândire catastrofale prin tehnici CBT vor fi, de asemenea, explorate. De exemplu, clientul ar putea învăța cum să-și observe emoțiile fără a reacționa imediat, utilizând tehnici de mindfulness.

### **Etapa 5: Consolidarea rețelei de suport social**

Această etapă finală, cu o durată de aproximativ 4-5 ședințe, urmărește consolidarea rețelei de suport social. Clientul va învăța să identifice și să mențină relațiile pozitive și să evite relațiile toxice. Se vor discuta modalități de a se conecta la grupuri de suport și de a construi relații bazate pe susținere reciprocă. De exemplu, clientul poate fi încurajat să participe la activități sociale sau grupuri de susținere pentru a întâlni persoane cu interese comune.

### **CONCLUZII**

Aceste intervenții cognitiv-comportamentale oferă un cadru clar și structurat pentru a aborda simptomele de abuz emoțional și control coercitiv ale clientului. Prin atingerea obiectivelor stabilite, clientul va învăța să gestioneze și să diminueze efectele negative ale acestor experiențe asupra sa, construind o viață mai sănătoasă și autonomă. Succesul terapiei depinde de implicarea activă a clientului și de adaptarea intervențiilor la nevoile sale specifice.

## 4. Analiză pe factori

### VIOLENȚĂ - CONTROL

0

#### Abuz fizic

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Simptome de abuz fizic:** În activitățile cotidiene se observă o activare recurentă a sistemului de alarmă, cu tendința de a interpreta unele situații ca potențial periculoase și de a rămâne „în gardă”, chiar și atunci când contextul este relativ sigur. Pot apărea episoade de retrăire mentală (imagini, fragmente de amintire, senzații corporale), declanșate de stimuli aparent neutri (tonuri ridicate, gesturi bruște, apropiere fizică neașteptată), urmate de reacții fiziologice intense (tensiune musculară, tahicardie, transpirație, tremor). Comportamental, devine mai probabilă evitarea locurilor, discuțiilor sau persoanelor care amintesc de episoadele respective, precum și o limitare a participării sociale pentru a reduce riscul perceput. Pe fondul hipervigilenței, pot apărea iritabilitate, dificultăți de somn, reactivitate crescută și scăderea toleranței la frustrare, cu impact direct asupra funcționării și a relațiilor apropiate. (Simptome experiențe de abuz fizic)

#### Abuz emoțional

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Simptome de abuz emoțional:** La nivel psihologic, domină o sensibilitate crescută la critică și o predispoziție de a interpreta feedbackul sau reacțiile celorlalți ca semne de respingere, dispreț ori evaluare negativă. Sunt probabile ruminații persistente („ce am făcut greșit?”, „cum am părut?”), împreună cu o voce internă severă, care amplifică greșelile minore și reduce accesul la auto-compasiune. Emoțional, pot apărea episoade frecvente de rușine, anxietate socială, neîncredere în propriile judecăți și scădere a stimei de sine, uneori cu senzația de „micșorare” sau blocaj în situații evaluative. Comportamental, devine mai probabilă evitarea expunerii (a cere ajutor, a vorbi în grup, a susține un punct de vedere), căutarea excesivă de reasigurare ori, dimpotrivă, retragerea defensivă. Această dinamică poate conduce la limitarea exprimării autentice, la relații inegale și la vulnerabilitate crescută la epuizare emoțională.

#### Abuz sexual

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Simptome de abuz sexual:** În plan psihologic pot apărea reactivări involuntare sub formă de imagini, senzații corporale sau fragmente de amintire, mai ales în contexte cu încărcătură de intimitate, vulnerabilitate sau apropiere fizică. Se pot observa reacții de tip „freeze” (îngheț, blocaj, detașare), alternând cu hiperactivare (panică, greață, tahicardie, tremor), ceea ce face dificilă menținerea unui sentiment de control asupra propriei reacții. În relații, poate fi prezentă o ambivalență între nevoia de apropiere și nevoia de protecție, cu evitarea anumitor gesturi, poziții, situații sau discuții care pot funcționa ca declanșatori. Emoțional, sunt posibile rușinea, vinovăția, neîncrederea, autoînvinuirea sau sentimentul de „murdărie”, împreună cu o scădere a confortului în exprimarea dorințelor și a limitelor. Acest profil tinde să afecteze calitatea intimității, spontanietatea și sentimentul de siguranță interpersonală, iar pe termen lung poate menține distanțarea, hipervigilența și evitarea experiențelor asociate.

#### Violență domestică

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Simptome de violență domestică:** În viața de zi cu zi se conturează un tipar de „hiperatenție” la indiciile de iritabilitate ale celor din jur (ton, pași, mimică, zgomote), însoțit de trăirea că siguranța poate fi pierdută rapid și imprevizibil. Pot apărea reacții de tip startle, tensiune musculară, neliniște și dificultăți de relaxare chiar și în contexte aparent neutre, deoarece corpul rămâne setat pe prevenție și control al riscului. În relații, este probabilă adaptarea excesivă a comportamentului („să nu provoc”, „să nu greșesc”), evitarea discuțiilor sensibile și renunțarea la exprimarea nevoilor pentru a reduce probabilitatea unui conflict. De asemenea, pot persista amintiri intruzive și ruminații după situații tensionate, precum și dificultăți de somn sau iritabilitate. Pe termen mai lung, acest tipar poate conduce la retragere socială, sentiment de neputință, scăderea încrederii în oameni și afectare a funcționării, mai ales în contexte ce implică apropiere, autoritate sau evaluare.

## Control coercitiv

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**Simptome de control coercitiv:** În context relațional, devine probabilă o atenție crescută la semnele de dominare sau intruziune (întrebări insistente, verificări, solicitări de explicații), însoțită de sentimentul că libertatea personală poate fi restrânsă sau contestată. Pot apărea reacții rapide de anxietate, agitație sau „încordare”, chiar și la solicitări aparent normale, deoarece ele sunt asociate cu experiențe anterioare de supraveghere, manipulare, amenințare sau condiționare emoțională. Comportamental, se poate manifesta nevoia de a oferi justificări detaliate, de a anticipa reacțiile celuilalt și de a evita exprimarea unui refuz clar, pentru a preveni consecințe negative. Această dinamică poate conduce la autocenzură, la limitarea inițiativei și la dificultăți de asumare a autonomiei (decizii, timp, bani, relații), uneori cu ruminație ulterioară („am spus prea mult?”, „o să fie interpretat?”). Pe termen lung, se poate instala un sentiment de neputință, scăderea încrederii și o vulnerabilitate crescută la relații inegale sau la evitarea relațiilor apropiate.

## APARTENENȚĂ - RELAȚIONARE

0

### Neglijare

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**Simptome de neglijare:** În viața de zi cu zi se poate manifesta un sentiment persistent că sprijinul celorlalți este nesigur, condiționat sau indisponibil, împreună cu convingeri de tipul „nu contez”, „nu merită să cer”, „oricum voi fi ignorat(ă)”. Această schemă relațională se asociază cu reactivitate emoțională la semne de distanțare (întârzieri, lipsa răspunsului, anulări), care pot fi trăite ca respingere sau abandon, chiar dacă explicațiile alternative sunt plauzibile. Comportamental, poate apărea autosuficiența rigidă (a face totul singur(ă), a minimaliza nevoile), evitarea vulnerabilității și dificultăți în a primi îngrijire sau ajutor fără disconfort. În plan afectiv, sunt frecvente tristețea, golul interior, dificultatea de a identifica și verbaliza nevoi emoționale și o stare de „desincronizare” în relații. Pe termen scurt, această strategie reduce riscul de dezamăgire; pe termen lung, poate menține izolarea și poate scădea calitatea relațiilor și sentimentul de siguranță interpersonală.

### Respingere

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**Simptome de respingere:** A trăit o tensiune repetitivă în relațiile apropiate, în care semnalele neutre (tăcere, întârziere, schimbare de ton) pot fi percepute rapid ca respingere, distanțare sau risc de abandon. Este probabilă preocuparea mentală crescută pentru stabilitatea relației (ruminație, nevoia de reasigurare, verificări), dar și dificultatea de a se simți în siguranță atunci când apare vulnerabilitatea. Uneori, apropierea poate declanșa anxietate sau suspiciozitate, iar alteori distanța poate declanșa neliniște, ceea ce favorizează un tipar de apropiere–retragere și o dificultate de reglare în cuplu sau în relații semnificative. Se pot observa inhibiții în exprimarea nevoilor, teamă de conflict, evitarea discuțiilor emoționale sau, dimpotrivă, intensificarea solicitărilor de confirmare. Acest profil poate eroda încrederea, spontaneitatea și sentimentul de stabilitate interpersonală, cu efecte asupra stimei de sine și funcționării cotidiene.

### Pierdere

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**Simptome de pierdere:** S-a confruntat cu o activare emoțională persistentă legată de pierdere, în care dorul, tristețea și golul interior revin frecvent și sunt greu de calmat prin strategii obișnuite. Pot apărea ruminații repetitive despre circumstanțe, momente sau detalii asociate, alături de senzația că „viața s-a rupt în două” și că viitorul a devenit mai greu de imaginat sau de construit. În anumite contexte, amintirile pot apărea intruziv (imagini, fragmente de conversații, senzații), uneori însoțite de reacții fiziologice (nod în gât, presiune în piept, lacrimare), iar expunerea la declanșatori (locuri, obiecte, aniversări, melodii) poate intensifica reacția. Funcțional, este posibilă scăderea motivației, retragerea socială, dificultăți de concentrare și diminuarea interesului pentru activități, cu impact asupra relațiilor și rutinei zilnice.

## Discriminare

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**Simptome de discriminare:** A fost expus(ă) la un stres identitar persistent, în care episoadele de discriminare, stigmatizare sau microagresiuni rămân active psihologic și pot reveni sub formă de amintiri intruzive, ruminații și anticiparea unor noi situații de nedreptate. Este probabilă o vigilență crescută la indicii subtile (glume, ton, priviri, excludere), împreună cu efortul de a „citi” rapid intențiile celorlalți și de a preveni vulnerabilizarea. Comportamental, pot apărea evitarea anumitor contexte (instituții, grupuri, situații sociale), autocenzura și comportamente de camuflare (a nu spune, a nu arăta, a nu cere), pentru a reduce riscul de etichetare sau respingere. Emoțional, acest tipar poate întreține furie, rușine, anxietate, tristețe și neîncredere, iar funcțional poate afecta inițiativa, performanța, sentimentul de apartenență și calitatea relațiilor. În timp, stresul acumulat poate duce la epuizare, izolare și o percepție mai fragilă a siguranței sociale.

## EVENIMENTE ACCIDENTALE

0

### Accident

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**Simptome de accident:** A trăit o activare recurentă a memoriei traumatice, care se manifestă prin imagini intruzive, fragmente de amintiri sau senzații corporale ce apar „din senin”, mai ales în prezența unor stimuli asemănători cu cei din eveniment (zgomote bruște, mirosuri, trafic, locuri, obiecte, știri). Sunt plauzibile reacții fiziologice marcate – tahicardie, transpirație, tensiune musculară, senzația de sufocare – însoțite de un startle crescut și de dificultăți de relaxare. Comportamental, poate deveni predominantă evitarea (anumite trasee, activități, discuții, imagini), ca strategie de protecție față de reactivarea emoțională, dar această evitare poate restrânge autonomia și viața socială. Pot apărea episoade de „freeze” (îngheț, blocaj, incapacitatea de a reacționa rapid), iritabilitate și tulburări de somn, inclusiv coșmaruri. Întregul tablou indică o sensibilitate ridicată a sistemului de alarmă și o reactivitate post-eveniment care poate afecta funcționarea zilnică și sentimentul de siguranță.

### Expunere

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**Simptome de expunere:** A îndurat efecte cumulative ale contactului indirect, dar intens, cu experiențele dureroase ale altor persoane, astfel încât anumite imagini, detalii sau povești pot reveni involuntar sub formă de gânduri intruzive, vise sau senzații persistente de neliniște. Pot apărea semne de hiperactivare (iritabilitate, startle crescut, dificultăți de relaxare), alături de oboseală compasională și de o scădere a resurselor de reglare emoțională după perioade de expunere. Ca mecanism de protecție, se poate instala o formă de „anestezie” afectivă sau distanțare, cu diminuarea empatiei spontane, retragere și reducerea implicării sociale, uneori însoțite de vinovăție pentru această schimbare. Funcțional, sunt posibile dificultăți de somn, scăderea capacității de concentrare și o sensibilitate crescută la știri, imagini sau situații care amintesc de suferința asistată, ceea ce poate afecta semnificativ starea de bine și eficiența în rolurile cotidiene.

### Spitalizare

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**Simptome de spitalizare:** A fost cuprins(ă) de reacții emoționale și fiziologice intense atunci când apar teme medicale (investigații, proceduri, discuții despre diagnostic, simptome), chiar și atunci când riscul obiectiv este moderat sau incert. Pot apărea intruziuni sub formă de imagini, gânduri catastrofice sau senzații corporale amplificate, asociate cu interpretări amenințătoare ale unor semnale somatice obișnuite. Comportamental, se poate observa fie evitare și amânare (programări, controale, analize, spitale), fie, la polul opus, căutarea repetată de reasigurări (întrebări insistente, verificări medicale frecvente, consultarea repetată a informațiilor despre simptome), ambele strategii având rolul de a gestiona anxietatea, dar cu costuri funcționale. În plus, pot fi prezente dificultăți de somn, iritabilitate și scăderea capacității de concentrare, mai ales în perioadele de incertitudine medicală. Pe plan relațional, preocupările legate de sănătate pot conduce la dependență de validare, retragere sau tensiuni, iar la nivel global poate fi afectat sentimentul de control și siguranță corporală.

## Moral/etic

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**Simptome moral-etice:** Au revenit frământări cu o încărcătură internă puternică legată de standarde morale și de sentimentul că a încălcat, a trădat sau nu a putut respecta ceea ce consideră „corect”, iar această temă revine repetitiv în gânduri și în auto-evaluare. Pot apărea ruminații intense („aș fi putut face altfel”, „nu merit iertare”), interpretări globale negative despre sine și o tendință de autopedepsire (prin retragere, renunțare la oportunități, autocritică severă). Emoțional, sunt frecvente rușinea, vinovăția, dezgustul de sine, tristețea și anxietatea anticipativă față de judecata celorlalți, chiar dacă expunerea externă este redusă. Comportamental, poate exista evitare a contextelor care amintesc de situația morală (persoane, locuri, roluri), precum și dificultatea de a menține implicarea în activități valorizate, deoarece acestea devin contaminate de auto-condamnare. În plan identitar, această dimensiune poate produce o ruptură între „cine ar trebui să fiu” și „cine am fost atunci”, cu impact asupra stimei de sine, încrederii în propriile decizii și capacității de a construi sens după eveniment.

## Existențial

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**Simptome existențiale:** S-au reactivat stări persistente în care întrebările despre sens, control și direcția personală devin dominante, iar viitorul este perceput ca incert, „închis” sau greu de imaginat. Pot apărea ruminații existențiale („de ce mi s-a întâmplat?”, „care mai e rostul?”), însoțite de demoralizare, scăderea motivației și dificultatea de a iniția sau susține proiecte personale. În plan emoțional, se poate contura alternanța dintre tristețe, gol interior, anxietate și o formă de detașare defensivă, ca și cum implicarea ar fi riscantă sau inutilă. Comportamental, este probabilă evitarea planificării pe termen lung, amânarea deciziilor importante și limitarea angajamentelor, pe fondul impresiei că efortul nu va produce rezultate predictibile. Totodată, poate exista o sensibilitate crescută la teme de pierdere, fragilitate și imprevizibilitate, cu impact asupra identității și a sentimentului de continuitate personală. Această dimensiune indică o rană la nivelul sensului și al perspectivelor, nu doar o reacție emoțională punctuală.

## 5. Indicatori statistici

### Durată evaluare

00h 00min 00s

### Răspunsuri pe itemi

|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. a  | 2. c  | 3. c  | 4. a  | 5. c  | 6. c  | 7. a  | 8. c  | 9. c  | 10. b |
| 11. e | 12. e | 13. e | 14. e | 15. a | 16. c | 17. a | 18. b | 19. a | 20. b |
| 21. a | 22. b | 23. b | 24. a | 25. b | 26. a | 27. b | 28. a | 29. a | 30. a |
| 31. a | 32. a | 33. e | 34. e | 35. a | 36. c | 37. a | 38. b | 39. a | 40. b |
| 41. a | 42. a | 43. a | 44. a | 45. a | 46. a | 47. a | 48. b | 49. b | 50. a |
| 51. b | 52. b | 53. a | 54. b | 55. a | 56. d | 57. a | 58. e | 59. e | 60. e |
| 61. a | 62. e | 63. a | 64. e | 65. a | 66. b | 67. a | 68. b | 69. a | 70. b |
| 71. a | 72. b | 73. a | 74. a | 75. b | 76. a | 77. a | 78. b | 79. a | 80. b |
| 81. a | 82. a | 83. a | 84. a |       |       |       |       |       |       |

## 6. Concluzii finale

De redactat de către psiholog pe baza concluziilor parțiale.

---

---

Data: duminică, 25 ianuarie 2026

Psiholog/Consilier: