

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧНИ ОСНОВИ НА ПОСТТРАВМАТИЧНОТО СТРЕСОВО РАЗСТРОЙСТВО

Д.пс. Красимир Иванов
ВСУ “Черноризец Храбър”

В практиката на психолозите все повече се налага на работата с едно известно, но трудноразпознаваемо за специалистите разстройство. Въпреки че то се среща по различни данни от 1 до 3 % като клинично проявено разстройство и от 5 до 15 % като субклинично разстройство, неговото диагностициране все още затруднява специалистите по психично здраве. Тези фактори провокираха разработването на настоящата студия, насочена както към специалистите, така и към по-широкия кръг специалисти, занимаващи се с тази проблематика.

Психофизиологична характеристика на факторите, влияещи на посттравматичното стресово разстройство

Следващите точки представят най-съществените характеристики и анализи, които досега са направени на всеки фактор спрямо ПТСР.

1. Фактор Резилианс

Понятията „резилианс” и „ригидност” са противоположни дори по своя речников превод – “resilience” е „гъвкавост”, докато „rigidity” означава „твърдост, скованост”. Според концептуалната рамка на (Polk, L.V., 1997) резилиантното копиращо поведение се отнася до тенденцията за ефективно използване на когнитивните оценяващи умения по гъвав начин при активното разрешаване на проблемите въпреки стресиращите обстоятелства.

Kumpfer също акцентира върху пластичното, креативно решение на проблемите като елемент от диспозиционалните резилиантни характеристики (Kumpfer, K., 1997). Моделът за семейната резилиантност на Фрома Уолш съдържа като аспект на фамилната резилианс „флексабилността” (пластичността) или капацитета за промени на семейната организация (Walsh, F., 1998). В „Ригидността – едно пластично понятие” Sheila Chown дава следното сбито определение на ригидността – терминът се използва за описанието на поведение, което се характеризира с невъзможността да се променят навици, тенденции, нагласи и гледища. Авторката добавя, че ригидността е особено очевидна, когато човешкото поведение не успява да се промени, дори ако изискванията на новата ситуация се нуждаят от различно поведение. Ригидността на когнитивната сфера или „тунелното мислене” (Schneidman) или „стесняването на когнитивната сфера при суицид” (Orbach) съдържат четири характеристики:

- Склонност към проблемно обобщаване – екстраполиране на отделни случаи върху широк кръг явления и събития.
- Произволна дедукция – изводите не се извличат от реален, конкретен и доказателствен материал.
- Селективна концептуализация – оценка на базата на незначителни и случайни събития и явления.

Негативно преувеличаване и позитивно подценяване.

J. Piaget в своите трудове показва как новите когнитивни схеми се развиват чрез сблъсъка на две противоположни когнитивни тенденции: асимилация и акомодация. Пиаже посочва как ранното мислене се характеризира от прекомерна асимилация или акомодация и как малките деца и изостаналите подрастващи употребяват едностранчиви, ригидни и центрирани когнитивни стратегии.

На базата на проучвания от Jew, C. L., Green, K. E., Kroger, J. (1999) е доказана корелационна връзка между резилиантността и редица други психологични феномени. Отрицателна статистически значима корелация е намерена между резилианс и три фактора, които могат да бъдат наречени „нерезилиантни“:

- Безпомощност
- Психологична ранимост
- Катастрофични нагласи.

Положителни статистически значими корелационни коефициенти са получени между нивото на резилиантност и следните фактори:

- Оптимистична нагласа
- Възприемане на здравни съвети
- Справяне с физическа болка
- Преоценяване
- Активност при решаване на проблеми
- Търсене на социална подкрепа
- Позитивен афект
- Удовлетвореност от живота.

Според автори като Osman, A., Gutierrez, P. M., Muehlenkamp, J. J., Dix-Richardson, F., Barrios, F. X., Kopper, B. A. (2004) има три глобални фактора на резилиантността:

- Интернална протективна област (личностови атрибути) – представя позитивните вярвания или чувства за себе си и за собствения си живот.

- Екстернална протективна област (това са социалните ресурси на обкръжаващата среда). Тази област отразява позитивните вярвания или чувства, които индивидът може да разпознае или да търси в ресурсите от

външния свят, които биха помогнали, когато личността се сблъсква с трудности или суицидни мисли.

- Област на емоционалната стабилност (конституционални ресурси) – позитивните вярвания за собствената способност да се регулират деструктивни и суицидно-насочени мисли и поведение, когато личността е изправена пред емоционални или психологични стресиращи събития (депресиращи симптоми, интерперсонални конфликти и др.).

2. Фактор Разстройства на привързаността

Привързаността при възрастните обикновено е изследвана чрез Интервю за привързаност на възрастни (AAI) и самооценъчни въпросници. Самооценъчните въпросници са идентифицирали две дименсии. Едната е свързана с тревожност относно взаимоотношенията, а другата – с избягващото поведение. Разстройствата на привързаността в най-голяма степен кореспондират с риска от травматични преживявания и фиксиране на негативните последици от тях. През 1969г. Боулби дефинира термина “attachment” като “наличие на продължителна психологическа свързаност между човешки същества”. В първите месеци след раждането съществуват някои специфични поведенчески активности от страна на бебето, които провокират определени действия от страна на майката. Тези отношения са основата за развитието на детското его и идентичност. Специфичната поведенческа активност от страна на детето и майката са предпоставка за формиране на нормална привързаност. Когато този, който се грижи за детето, отговаря адекватно на неговите потребности, то започва да формира у себе си доверие към света. Този процес е известен като “цикъл на доверие”. Децата, които развиват способността си да интернализират сигурност и безопасност и могат да “боравят” с емоциите си, умеят да приемат и да се

учат от несполуките си. Децата, които развиват реактивно разстройство на привързаността по някакви причини, не успяват да създадат здрава психологическа привързаност с този, който се грижи за тях, и не се научават да се доверяват. При тези деца е възможно обичайните затруднения в развитието и социалната адаптация да се преживеят като болезнени и травматични, защото нямат свързаност към сигурен обект, който да окаже метаподкрепа.

Ainsworth (1978) определя три основни модела на разстройства на привързаността:

- Поведение на сигурна привързаност
- Несигурно-избягващо поведение
- Несигурно-амбивалентно (резистентно поведение).

Bretherton (1985), Main, Solomon (1990) добавят и четвърти модел на дезорганизационно-дезориентирани, при които се загубва корехентността на поведение.

В DSM-IV са формулирани два типа разстройство на привързаността в ранното детство – инхибиран и дезинхибиран.

При инхибирания тип децата са амбивалентни, противоречиви, с инхибирани или свръхбдителни отговори. При дезинхибирания тип децата са недискриминативни, свръхсоциабилни, със загуба на селективна привързаност. Често те са фамилиарни с непознати хора, а студени с родителите си. Симптомите и на двата типа се появяват преди петгодишна възраст. Диагностицирането на такъв тип разстройство предполага история на патогенни грижи за детето и наличие най-малко на един от следните фактори:

- Постоянна липса на внимание относно детските базисни емоционални нужди от комфорт, стимулация и обич.
- Постоянна липса на внимание относно детските физиологични нужди.
- Повтаряща се смяна на грижещия се, което пречатства формирането на стабилна привързаност.

Наблюдават се три типа нарушена привързаност:

– Непривързаност – децата демонстрират невъзможност за формиране на емоционални отношения с родителя , което резултира в тежки увреди в капацитета за формиране на отношения, когнитивни функции и импулсен контрол.

– Амбивалентна, тревожна привързаност – детето е способно да формира отношения с фигурата на привързаност, но отношенията се характеризират с тежки конфликти, отнасящи се до емоционалната и физическата съвместимост.

– Прекъснатата привързаност – тя е следствие от значителни и вредни сепарации и загуби на фигурата на привързаност, което провокира интензивна тревога и продължителни негативни ефекти върху развитието на доверие.

Добра поведенческа активност от страна на детето и майката е предпоставка за формиране на нормална привързаност. Когато този, който се грижи за детето, отговаря адекватно на неговите потребности, то започва да формира у себе си доверие към света. Този процес е известен като “цикъл на доверие”. Децата, които развиват способността си да интернализират сигурност и безопасност и могат да” боравят” с емоциите си, умеят да приемат и да се учат от провалите си, преживяват по емоционално

съразмерен начин житейските затруднения и загуби. Това създава личностова зрялост, която ограничава травматичната уязвимост.

3. Фактор Вина

Психологичните аспекти на преживяването на вина при ПТСР остават все още отворени и дори противоречиви при различните школи и автори.

Freud омаловажава ролята на вината, която възниква в резултат на процесите, свързани със самонаказанието (егото приема наказанието от суперегото за неприемливите импулси) и е свързана с детския страх от загубата на любовта на родителите (Freud, 1923, 1959). Според него психопатологията произтича от свръхразвитото суперего и прекалената вина, която причинява.

Lewis (1971) предполага, че хората притежават различни афективни стилове (склонност към срам срещу тенденция към вина), които карат индивидите да преживяват в различна степен вина и срам според ситуацията. Склонността към срам поражда уязвимост към афективни разстройства, а тенденцията към вина води до уязвимост към разстройства, свързани с мисленето (PTSD, параноя, obsесивно-компулсивни синдроми).

Erikson (1950) споменава повече или по-малко обратното. Той диференцира срама и вината в своята теория за развитие на егото като инстанция, осъществяваща адаптация спрямо културната и социалната среда. Ериксон определя решаващото значение на синтетичната функция на егото. Като резултат от тази функция е чувството за идентичност, което помага на човек да интегрира своя жизнен опит на всеки етап от развитието си.

М. Клайн (2005) описва параноидно-шизоидна и депресивна позиция в личностовото развитие на детето. С отдръпването на проекциите и достигането на едно по-цялостно възприемане на обекта се бележи навлизането на детето в депресивната позиция, при което то разбира собствената отделеност от обекта и разпознава майка си като цялостен обект, носещ удоволствие и болка. Едновременно с това детето разбира собствената си амбивалентност към обекта (любов и омраза), което поражда страха от загуба и вина. Паралелно с това се заражда и стремежът за възстановяване (репарация) на увредения, загубен във фантазията обект. Именно оформянето на конфликта между любовта и омразата активира страха от загубата на обичания обект, а преживяванията на вина и разочарование пораждат стремежа да се възстановят любимите хора, които във фантазиите са били разрушени или наранени. Така, според Клайн, „този елемент на правенето на репарации или възстановяването е един от най-важните за изграждането на всички човешки взаимоотношения и любовта”.

Фоа и Rothbaum (1997) заявяват, че ПТСР симптоми са резултат от трудностите на индивида в процеса на емоционалното преживяване на стресиращо събитие и че тези затруднения са последица от ригидни възгледи относно сигурността на Аз-а и околния свят преди и след травматичното преживяване. Трите когнитивни изкривявания, които се свързват с ПТСР, са: че Аз-а е напълно некомпетентен, че светът е опасен и че Аз-а е виновен за травматичното събитие.

4. Фактор Активиран архетипен модел на поведение при житейско затруднение (Юнгианската анализа)

Архетиповете са мотиви и символи с изключително голям заряд, имащо отношение към най-дълбоките слоеве на колективното несъзнавано. Първоначално Юнг ги нарича “първообрази” (1912), а по-късно “доминанти на колективното несъзнавано” (1917). През 1919 г. той за първи път използва понятието “архитипове”. Според Юнг архитипът няма само статичен начин на проява, изразена чрез някакъв конкретен праобраз, но и чрез диманично развиващ се начин на проявление чрез някоя функция на съзнанието. Всъщност всички проявления на живота имат архитипна основа, независимо на какво равнище се проявяват. Посттравматичното стресово разстройство може да се интерпретира като активиране и индивидуално проявление на Архетипа на героя.

Компоненти на Архетипа на героя:

– Невинен – моделът за преживяване на първоначалния етап на Адам и Ева в Рая; животът на ембриона в утробата; латентен стадий на развитие на детето, когато то максимално е закриляно от семейството и няма психичен и физически ресурс за справяне и не може да експериментира.

– Роб – енергията на либидото е насочена към усвояване на правила и създаване на приятелски отношения.

– Сирак – изпитва болка по загубения рай; скърби и търси помощ, но в много отношения е зависим от този, който му предлага помощта си; в определени моменти може да стига до отчаяние, дори до цинизъм; има нужда от своеобразна бавачка или авторитет, който да му дава отговори; сиракът търси спасение от страданието и може да стигне до скитничество, като начин да облекчи страданието си, или до мъченичество, като потапяне в страданието.

– Мъченик – преобладава пасивността, вниманието и отговорността; склонен е към саможертва към другите, лишава се и страда, за да радва другите; може да преживее чувства на гняв, поради това, че не оценяват неговата саможертва; може да тръгне да търси път за избавление чрез скитничество, но по-вероятно е да се опиянява от мъченичеството; може да се породи автоагресия или нелепи конфликтни ситуации с другите, но това още повече задълбочава чувството на изоставеност или стимулира поведение за себепренасяне в жертва; смъртта примамва мъченика с обещание за спокойствие и сигурност.

– Скитник – отхвърля конформизма и се стреми към независимост, той живее сам, търси и изследва нови идеи, не вярва в класиката, не вярва на експертите; търсенето и изследването на новото е начин за излизане от страданието на сирака или мъченика.

– Войн – висока мотивация от активност, съревнование, битка, постижение; упорит, целенасочен, смел.

– Магьосник – силно интегрирана и цялостна личност; обединява два свята – външен и вътрешен; рационален и ирационален обединител, учи другите и усъвършенства себе си и другите, но не за друга цел, а за да изпита радост от това; цени различията, противопоставянето, предизвикателствата.

5. Фактор Неврокогнитивни дисфункции

„Двуфакторната теория” на Horowitz дълго време се счита за основна теоретична концепция, обясняваща механизмите за възникване на ПТСР. В основата ѝ, в качеството на първи фактор, е положен класическият принцип на условно-рефлекторната обусловеност на ПТСР. При това основна роля във формирането на синдрома се отнежда на травмиращото събитие, което

изпъква в качеството си на интензивен безусловен стимул, предизвикващ у човек безусловно-рефлекторна стресова реакция. Съгласно това другите събития или обстоятелства, сами по себе си неутрални, но по някакъв начин свързани с травматичното събитие-стимул, могат да послужат като условно-рефлекторни дразнители. Те „събуждат” първичната травма и предизвикват съответната емоционална реакция (гняв, страх) по условно-рефлекторен тип.

За обяснение на подобни проявления на ПТСР Р. Питман предлага теорията на патологичните асоциативни емоционални мрежи, в основата на която стои теорията на Ланг. Специфична информационна структура в паметта, нар. „мрежа”, осигурява развитието на емоционалните състояния; включва три компонента: 1) информация за външните събития и условията за тяхната поява; 2) информация за реакцията към тези събития, включително речевни компоненти, двигателни актове, висцерални и соматични реакции; 3) информация за смисловата оценка на стимулите и реакциите (действени актове).

Тази асоциативна мрежа при определени условия започва да работи като едно цяло, продуцирайки емоционален ефект. В основата на ПТСР лежат аналогично формирани, патологично построени асоциативни структури. По такъв начин, с помощта на теорията за асоциативните мрежи, е описан механизмът на развитие на flashback-феномена, макар че такива симптоми като натрапливи спомени и нощни кошмари и в този случай трудно се поддават на обяснение. По тази причина се изказва предположение, че патологичните емоционални мрежи при ПТСР-синдром трябва да имат своя самопроизволна активация, механизма на който следва да се търси в невроналните мозъчни структури и биохимичните процеси, протичащи на това ниво.

Пластовете на паметта могат да се разделят на два основни компонента: съзнателен и несъзнателен. В първите две години от раждането на детето мозъчният център на паметта – хипокампуса, не се задейства, паметовите ендграми не се преработват и остават скрити дълбоко в подсъзнанието. Изгласкани в подсъзнанието в зряла възраст остават и преживените травматични събития, които също не се обработват от хипокампуса. Това е подсъзнателна форма на паметта, съдържаща чувства, възприятия, мисли, реакции, които остават капсулирани в нашия несъзнаван психичен свят, но без да ги разберем и осмислим. Тези спомени се активират в несъзнаваното от емоционалните асоциативни вериги на преживявания в актуалните събития. Така тези минали травматични спомени оцветяват нашето актуално преживяване и създават една изкривена психична реалност, която не можем да коригираме и контролираме. Тази изкривена психична реалност е провокирана от изкривените невронални вериги и блокираната дейност на важни за паметта мозъчни центрове. (Kalin, N., 2002; Le Doux, Joseph, E., 2002). След втората година на детето и при обичайни емоционални преживявания хипокампусът и амигдалата помагат на мозъка да намери смисъл на изживяното, да го разбере и да го приключи в края на събитието.

Посредством методите на невровизуализация се установи, че при пациентите с ПТСР е намалена активността във вентромедиалната префронтална кора при стимул, свързан с психичната травма, дори размерът на тази зона при тях е по-малък.

6. Фактор Психотравма

Съществена част от разбирането за ПТСР през последните години е свързано с късните последици от преживяна психотравма, която не е

психологично преработена в острия етап, непосредствено след травматичното събитие.

Определение за психотравма

Приетото в психологичното консултиране и психотерапия определение за травматично събитие е дадено от психоанализата. Всяко събитие, което много надвишава потенциала на индивида за справяне и когато околната среда не подпомага процеса на справяне, се превръща в психотравма. Дали едно събитие ще бъде психотравма за индивида зависи от неговата личностова predisposition: натрупан житейски опит и ефективни стратегии за справяне спрямо проблемните събития; нива на устойчивост и издръжливост. Психотравмата може да нанесе тежки увреждания на индивида както на физическо, така и на психично ниво. Психотравмата може да блокира или разруши, т.е. по психопатологичен вариант да стопира развитието и социалното функциониране на индивида. Психотравмата може да остави тежки „белези“ в психичните преживявания, възприемането, преживяването и оценяването на житейските проблеми и стратегии за справяне.

7. Травматичен стрес

В ситуации на преживяване на травматичен стрес се преминава през три основни стадия:

- стадий на тревога (стадий на мобилизация);
- стадий на съпротива (стадий на резистентност);
- стадий на изтощение.

Тези *три стадия* се придружават от типични реакции от страна на организма, които се развиват последователно и имат за цел адаптация и

защита на организма и възстановяване на нарушението под влияние на стресорния агент равновесие.

В стадия на тревога артериалното налягане се понижава, температурата на организма също се понижава, диурезата спада, спада и броят на лимфоцитите в кръвта. Нивото на кръвната захар и на редица електролити (калий, натрий, хлор) в кръвния серум понижава. Алкалният резерв на кръвта спада чувствително. Веднага след тази шокова реакция следва контрашок, при който тези промени изчезват и показателите се нормализират.

В стадия на съпротива всички неспецифични адаптационни и компенсаторни реакции на организма в отговор на дразнителя се сумират и съпротивата достига своя максимум.

Третият стадий настъпва, когато адаптационните възможности на организма в отговор на дразнителя се претоварват в резултат на постоянни прекомерно силни дразнители.

Основният механизъм, по който се осъществява адаптационният синдром в различните стадии и фази, протича под влиянието на предния дял на хипофизната жлеза върху хормоналната дейност на кората на надбъбречната жлеза. Защитните физиологични механизми срещу дразнещия агент зависят от продължителността на функциониране на кората на надбъбречната жлеза. Когато се развиват свръх адаптационни механизми, тогава настъпват т.нар. болести на адаптацията, включително язвена болест и артериална хипертония.

В началния стадий започва отделянето на основен *хормон на стреса* *CRF* – кортикотропин рилизинг фактор. Мозъкът го секретира в случай на *реакция “бягай или се бий”*. Гликокортикоидни хормони се отделят от кората на надбъбречната жлеза под активиращото действие на секретирания

в този стадий адренострофотропен хормон от предния дял на хипофизната жлеза. Сега е установено, че в отделните стадии и фази се секретират и редица други хормони (от щитовидната жлеза, инсулин и други), както и че невроендокринни механизми обясняват реакциите на различните органи и този хормон е установен като наличен при хора страдащи от ПТСР. Твърде много CRF наводняват тялото с химикали, които пораждат същите емоции като тези при първоначалната травма.

Адреналинът и норадреналинът се отделят поради дразнене на симпатиковата нервна система, която се нарича система на „борбата“ или на „аварийните ситуации“. Отделните хормони обуславят и промените в обмяната на веществата по време на стрес.

Адреналинът е хормон от групата на катехоламините, който се секретира от медулата на надбъбречната жлеза и от невроните. Адреналинът е най-мощният стимулатор на алфа- и бета-адренергичните рецептори и предизвиква ускоряване на сърдечната честота и контрактилитет, вазоконстрикция или вазодилатация, отпускане на бронхиалните и чревните гладки мускули, гликогенолиза, липолиза и други метаболитни ефекти. Използва се за лечение на бронхиална астма, остри алергични реакции, глаукома, сърдечен арест и като локален вазоконстриктор.

Норадреналинът е хормон от групата на катехоламините, който е химически медиатор (посредник) в синапсите на постганглийните неврони на симпатиковата нервна система и в някои части на централната нервна система. Секретира се и от медулата на надбъбречната жлеза, в много по-малки количества от адреналина, в отговор на понижено кръвно налягане и физически стрес. За разлика от адреналина има малко влияние върху гладката мускулатура на бронхите, метаболитните процеси и сърдечния

дебит, но има силен вазоконстрикторен ефект и се използва като вазоконстриктор във фармакологията.

Завладяващият ужас при травматичното преживяване може да доведе до промени в *опиоидната система на мозъка, която секретира ендорфини, притъпяващи чувството на болка*. Новите проучвания върху деструктивните пътища, които завладяващото преживяване изсича в невроналните структури на мозъка, подсказват, че “вземането в ръце” е равносилно на чудо. Хормоните, които наводняват мозъка в ситуации на ужас, вероятно са *токсични към клетките на хипокампа – мозъчната структура, която е от витално значение за процесите на учене и паметта*. Хормоните буквално сгърчват хипокампа и го намаляват във времето.

При ПТСР имунната система може да доближи неимоверно точката на изчерпване на възможностите си, жлезите – да се изтощат и да намалят своята секреция. Силно нараства податливостта на инфекции. Организмът е отслабен и поради това рискът от увреждане на вътрешните органи под влияние на продължителната възбуда е голям. Това е фазата на “изтощение”, дистрес. За нея са свойствени невъзможността за внимание и концентрация спрямо опасността. Възможно е да настъпи колапс и дори смърт.

При състояние на силно възбуждане на нервната система, състояния, продуцирани от травма, *лингвистичното кодиране на спомена е деактивирано* и води до това ЦНС да се върне към *сензорна форма на паметта* като в ранния детски живот. (Някои емоционални реакции и емоционални спомени могат да се формират, без каквото и да е съзнателно или когнитивно участие).

Логичната половина на мозъка се „изключва” при: силен афект (страх, гняв и др.), сензорна депривация, изтощение на организма, медитация и релаксация, монотонно пеене или повтаряне на думи, музика (особено с

определен ритъм), потапяне във виртуална реалност (например при гледане на филми или телевизия, компютърни игри). По такъв начин може да се блокира реалната преценка и да се възпрепятства критичното мислене. Най-общо казано, целта на манипулаторите е чрез различни методи, първо, да изключат (да „приспят“) аналитичната половина на мозъка ви чрез атакуване на дясното полукълбо посредством въображението и емоциите, и второ – в това променено състояние на съзнанието, при което лявата хемисфера не функционира ефикасно, да ѝ предложат невярна, неточна или изкривена информация (която може да изглежда логична и достоверна на пръв поглед) и да манипулират в ума ви такъв начин на интерпретация на събитията, какъвто те желаят.

Информацията, която се подава на десния мозък под формата на определени образи и символи, въздейства върху подсъзнанието (например чрез стимулиране на първичните инстинкти и страхове или на приятни изживявания). Човек изпада в полухипнотично състояние и тогава „спящото“ ляво полукълбо трудно различава действителност от виртуалност (става дума за изпадане в т.нар. алфа-състояние, което се характеризира с висока внушаемост). Създава се *въображаем* свят, който човек възприема като свой собствен и реален. Ето защо повечето телевизионни програми използват различни изразни средства, въздействащи върху въображението и силните емоции, като в определени моменти се вмъкват и внушенията, които стигат до обезоръжената лява хемисфера.

Историческо развитие на концепциите за ПТСР

В историческата литература са описани реакции на хора, които са страдали от ПТСР. Като термин ПТСР е официално въведен през 1980 г. Преди това проблемът е бил наричан с много имена – синдром на травмата

от изнасилване, реакция на боеви стрес. Във връзка с откриването на железниците се появяват стресовите реакции като гръбначно сътресение, железопътен гръбнак, но по-често биват свързани с военни действия – нервен шок, травматична невроза, тревожна невроза, страхови неврози и контузен (снаряден) шок. От тези термини най-добре познат като последствие от травмено събитие е контузионният шок. Първоначално той се отнася до убеждението, че свързаното със сражение разстройство е причинено от незначителни мозъчни хеморагии в резултат от експлозии, но наблюдението, че войниците могат да изпаднат в контузиционен шок дори при липса на експлозии, води до убедеността, че контузиционният шок загатва за слабост на характера. Това води до убедеността, че тези войници, които днес биха били диагностицирани като страдащи от ПТСР, би трябвало да бъдат екзекутирани заради малодушие. Този възглед еволюирал и се установява, че в резултат на травматично събитие всеки може да развие тежко и понякога хронично психологическо нарушение. До Втората световна война се правят допълнителни описания на посттравматични стресови реакции, например посттравмен синдром, травматифобия, военна невроза. Така например посттравматичният синдром включва засилени чувства на раздразнителност и агресивни изблици, повишен старт рефлект и фиксация върху травмата, разстроено личностово функциониране и нарушен сън. Подобни реакции са описани и от Адлер. Той се позовава на травма, свързана с натрапливо мислене, кошмари, безсъние, както и поведение на отбягване. Други работи, които документират нарастването на психологичните симптоми сред цивилните, са след инциденти – оцелели в Хирошима, при природни бедствия, при транспортни произшествия, сражения, изнасилвания, сексуален тормоз над деца. Резултати, натрупани след изследвания, недвусмислено доказват, че децата и подрастващите могат

да развият посттравматични стресови реакции вследствие на разнообразни стресори като наблюдаването на сексуално нападение и насилие над майката, концентрационни лагери, сексуален тормоз и т.н.

Диагностични критерии за ПТСР

ПТСР има, когато индивидът е преживял травматично събитие, което включва и двата изброени компонента:

- индивидът е преживял, бил е свидетел на или се е сблъскал със събитие, което е представлявало реална смъртна или увреждаща опасност за него или за други;
- отговорът на индивида включва страх, безпомощност или ужас.

Травматичното събитие се преживява отново по един или повече от изброените начини:

- интензивни смущаващи спомени на събитието, включващи оживени образи, мисли и усещания;
- смущаващи сънища за събитието;
- действия или чувства, като че ли събитието се повтаря (усещане, илюзии, халюцинации и оживени представи и сцени, че събитието се повтаря);
- интензивен психологически дистрес при излагане на външни или вътрешни стимули, които символизират или наподобяват с нещо травматичното събитие.

Постоянно избягване на стимули, свързани с травмата, и усиляване на общата реактивност (неприсъща преди травмата), представено поне от три от изброените симптоми:

- усилия за избягване на мисли, чувства или разговори, свързани с травмата;

- усилия за избягване на дейности, места или хора, които извикват спомени за травмата;
- неспособност за спомняне на някои важни елементи от травмата;
- изразено понижение на интереса или участието в значими дейности;
- чувство за изолиране и странене от околните;
- чувство за обреченост в бъдещето.

Острото стресово разстройство трае минимум два дни, а максимум – четири седмици. Появява се в рамките на четири седмици след самото травматично събитие.

Симптоми на ПТСР

Ретроспекции:

Насилствено, интрузивно припомняне на травматичното събитие или елементи от него, “флаш бек”; те са с много ярки образи, мисли и други усещания.

Сънуване на кошмари, които имат интензивността или по-изразена заплаха и ужас от травматичното събитие.

Избягващи симптоми:

Да останеш далеч от места, събития или обекти, които напомнят травмата

Отбягване на разговори, книги, филми и среща с хора, които напомнят травмата

Усещане за емоционална вцепененост и невъзможност за емоционални преживявания

Чувство за силна вина, депресия, или притеснение

Загуба на интерес към дейности, които са били приятни в миналото
Усещане за откъсване и отчужденост от другите
Усещане за скъсяване на бъдещето
Затруднения за запомняне на събития или текстове, които имат асоциативна връзка с травмата
Повишена възбудимост – Да бъдеш „нащрек”
Непрекъснато е нащрек. Внимава през цялото време, оглежда се за някаква опасност
Свръхвъзбудимост, не може да се отпусне
Раздразнителност и гневни реакции
Често обилно изпотяване “hypervigilance”
Висока тревожност и трудно заспиване
Други хора ще забелязват промяна в настроението и поведението.
Емоционални реакции на стрес често придружени от:
Болки в мускулите и болки
Диария
Нарушения на сърцето
Главоболие
Чувство на паника и страх
злоупотреба с много алкохол
Употреба на наркотици (включително обезболяващи).

Допълнителни симптоми:
Стрескане, напрегнатост, обща страхова напрегнатост.
Депресия, тъга, и липса на енергия. Спонтанен и безповоден плач.
Чувство на отчаяние и безнадеждност.

Усещане за “разпръснатост” или “извън центъра”, не може да се съсредоточи върху работа или ежедневни дейности.

Затруднено вземане на решения или провеждане на планове.

Раздразнителност, възбуда или чувство на гняв и възмущение.

Усещане за емоционална “нелепост”, отстраненост, изключеност от другите.

Свърхпротектиране на любими хора, или от страх за сигурността на близките си.

Не е в състояние да се справи с някои аспекти на травмата и за избягване на дейности, места и дори хора, които ви напомнят за събитието.

Посттравматичното стресово разстройство (ПТСР) е преживяване, при което миналото подкопава основите на настоящето. При ПТСР травмата непрекъснато се повтаря „тук и сега”, тя става едно завладяващо *минало, което е настояще*.

Съвременни схващания за ПТСР в МКБ и DSM

Проблемът за стресовите реакции се разглежда още в първия DSM-I. Там се съдържа определението “голяма стресова реакция”, за която (независимо от това, че се характеризира с излагането на индивида на краткотраен емоционален и физически стрес) се счита, че стихва бързо, освен ако не бива поддържана от предболестни личностови черти. В DSM-II категорията “голяма стресова реакция” бива изличена, а свързаният с травмата стрес се разглежда в контекста на приспособителните реакции при възрастните, където може да бъде поставена диагнозата “предходно ситуационно разстройство”, където стресовите отговори се обсъждат като ограничени във времето явления с продължителни реакции на стреса, чиито корени са в ранната анамнеза на индивида и в неговата личност. В рамките

на DSM-III за ПТСР симптомите биват групирани в три раздела: (1) възпроизвеждане, т.е. повторно преживяване на травматичното събитие; (2) вцепеняване, т.е. невъзможност за реагиране или намалена заангажираност с външния свят; (3) раздел “други”, който включва паметови нарушения, затруднена концентрация, хипервигилитет или повишен старт-рефлекс. Пациентите с ПТСР се описват с психофизиологична свръхвъзбуда и като такива, които показват засилване на симптомите след излагане на свързани с травмата събития.

Критериите по DSM-IV за диагнозата посттравматично стресово разстройство са в няколко основни точки:

A. Изисква се лицето да е било изложено на травматично събитие, при което е било налице едно от следните неща:

- лицето е било подложено или е било свидетел или е било конфронтирано със събитие, което е включвало действителна или заплашваща смърт;
- отговорът на лицето включва интензивен страх, безпомощност или ужас.

B. Травматичното събитие постоянно се преживява отново по следните начини:

- повторно и нахлуващо дистресиращо припомняне на събитието чрез представи, мисли или възприятия;
- повторно дистресиращи сънища на събитието;
- действие или чувство сякаш травматичното събитие се повтаря (включвайки чувство на повторно преживяване, илюзии, халюцинации);
- интензивен психологичен дистрес с поява на вътрешни или външни загатвания, които символизират или напомнят за вида на травматичното събитие.

С. Постоянно избягване на стимули, свързани с травмата, чрез три или повече от следните неща:

- усилия да се избегнат мислите, чувствата или разговорите, свързани с травмата;
- усилия да се избегнат проявите, местата или хората, които провокират припомняне на травмата;
- неспособност да се припомни важен аспект от травмата;
- очевидно снижаване на интереса или участието в значими прояви;
- отделяне или отдалечаване от другите;
- ограничен обхват на афекта (напр. пациентът не е в състояние да обича);
- намаляване на перспективата за бъдещето (не очаква успешна кариера, създаване на семейство, да има деца или да има нормален живот).

Д. Персистиране на симптомите на възбуда (които не са били налице преди травмата), което се индицира от наличието на два или повече симптома от следните симптоми:

- трудно заспиване и нарушение на съня,
- възбуда или избухване в гняв,
- трудно концентриране,
- усилено бодърстване,
- преувеличен отговор с уплаха.

Е. Нарушенията причиняват клиничнозначим дистрес или нарушения на социалното, професионалното или други важни области на функциониране.

ПТСР може да започне часове или месеци или години след стреса. Неговата продължителност е най-малко над един месец. Разстройството е хронично и продължава 40 или повече години в някои случаи.

Психологична оценка и методи за диагностика на ПТСР

Психологичната диагностична оценка трябва да бъде релевантна на диагностичните критерии в МКБ X ревизия, която сега се използва в медицинската и психотерапевтичната практика. Едновременно с това диагностични критерии по DSM IV дават много добра оценка за целите на практическото психологичното консултиране.

В първите стъпки са важни психодиагностичните оценки за преживените от индивида детско-юношески психотравми и зрелостта на личностовата predisпозиция.

Психотравмите в детския и юношески етап от развитие на личността могат да бъдат наречени Първостепенни фактори на риск за ПТСР. Най-важните аспекти на тези психотравми са:

- Психотравми в ранен жизнен цикъл, когато не е изграден интелектът и възможностите за съзнателно преработване на преживяването. В първия жизнен цикъл травматичните преживявания остават на несъзнавано, интенционално ниво „емоционални белези”, които се активират при следващи провокиращи събития. Човешкият мозък до двегодишна възраст не може да преработва през хипокампа и амигдалата емоционално интензивните събития, но ги „впечатва” като емоционално несъзнавани вериги, които се активират при всеки по-интензивен емоционален стимул през целия живот.

- Психотравми, които многократно надвишават потенциала на индивида и блокират развитието на емоционалното съзряване. Такива индивиди могат да развият интелектуалните, рационалните аспекти на своя психичен свят, но остават емоционално инфантилни и лабилни през целия живот.

- Висока честота на психотравмите, независимо в каква възраст, която не позволява възстановяване и личността функционира в състояние на регрес.

- Липса на социална подкрепа и сигурност от социалното обкръжение, което „впечатва” страх, тревожността, песимизма, безпомощността.

- Специфична личностова предиспозиция на уязвимост като последица от преживени сериозни соматични заболявания или физически и психични травми, които оставят тежка инвалидност или нисък праг на фрустрация.

Зрелостта на личностовата предиспозиция се диагностицира в областите на умствената, емоционалната и социалната компетентност.

Умствена компетентност:

- Интелектуално равнище
- Екзекутивни процеси.

Емоционална компетентност:

- Обхват и интензитет на емоционалните преживявания
- Емоционален резонанс към хора и събития
- Емоционален самоконтрол.

Социална компетентност:

- Умения за комуникация
- Копинг стратегии.

В оценъчното интервю или с приложени психодиагностични тестове се определят равнищата на изградената в индивидуалното развитие компетентност.

Много важна е оценката за уязвимостта на личностовата предиспозиция, определяща високия риск за ПТСР. Основни компоненти на тази уязвимост са пет основни фактора:

- Резилианс
- Разстройства на привързаността
- Преживяване на вина
- Стабилизирани архетипни модели на неефективно справяне с предизвикателства и травми
- Минимална мозъчна дисфункция.

Въпросът за оценката на симптомите на ПТСР е включен в няколко структурирани интервюта, например: Скала за диагностично интервю, Структурирано клинично интервю. Поради техния обем само за оценка на ПТСР са разработени инструментите интервю за ПТСР и приложена от клиницист скала за ПТСР.

Интервюто за ПТСР

Интервюто за ПТСР включва въпроси, дали интервюираният е преживял необикновено, крайно мъчително събитие. Следват запитвания за подробности и отразява критериите, включени в параграф А на DSM. Следват седемнадесет рубрики, отразяващи симптомите на ПТСР. Отговаря се по седемточковата скала на Ликерт, сортираща от „не“; „никога“ до „изключително“; „винаги“. Това дава информация за честотата на симптомите. Резултат от четири пункта се считат за достатъчен, за да отговоря на критериите по DSM. Задават се два допълнителни въпроса, отговарящи на изискването на критерии Е за продължителност поне от един

месец. Това интервю се определя за много надежден тест за диагностика на ПТСР.

Скала за ПТСР

Приложената от клинициста скала за ПТСР се състои от седемнадесет въпроса. Оценява се съществуването на ПТСР както назад във времето, така и понастоящем, както и честотата и интензитетът на симптомите на ПТСР. Тази скала е доста сполучлив инструмент за оценка на ПТСР, като съществува и версия, която е разработена за деца. И двата инструмента са на базата на DSM. Поради практически ограничения широко приложение намират оценъчните скали.

Въпросник за ПТСР

Въпросник за ПТСР е самооценъчна скала, отговаряща на седемнайсетте симптома на ПТСР, изброени в DSM-III-R. Тази скала показва както задоволителна вътрешна надеждност, така и конвергентна валидност със SCID.

Въпросник на Пен

Въпросникът на Пен е 25-рубриков инструмент, който дава възможност за непрекъснато измерване на степента, честотата и интензивността на симптоматиката на ПТСР.

ММРІ-2

ММРІ-2 е на базата на РК-ММРІ и въз основа на това се прави нова скала за ПТСР – PS-ММРІ-2. Това е скала с 60 рубрики, 14 от които са нови и именно те са дискриминиращи по отношение на ПТСР. Няма данни за

валидността на PS-MMPI-2. Скала за въздействие на събитието е един от най-широко използваните инструменти за оценка на ПТСР. Разработено е на базата на двуфакторната теория на Хоровиц, която би могла да бъде свързана с няколко специфични житейски събития и засяга:

- 1) натрапливо преживявани идеи, представи, чувства и сънища;
- 2) избягването на идеи, чувства или ситуации.

Рубриките на тази скала са разработени въз основа на описанията на хора, преживели дистресиращи житейски събития. Надеждността на тази скала се потвърждава и от изследвания на отделни фактори на натрапване и избягване, корелира много добре с други инструменти, използва се при жертви на сексуален тормоз, малтретиране на жени. За съжаление тази скала не оценява пълния набор симптоми на ПТСР.

Скала за дисоциативни преживявания

Скалата за дисоциативни преживявания представлява самооценъчен инструмент, съдържащ 28 рубрики, измерващи чертата дисоциация. Скалата оценява абсорбцията, деперсонализацията и дереализацията и амнестичните преживявания. Въпросник за перитравматични дисоциативни преживявания включва осем рубрики, които дават ретроспективни данни относно деперсонализацията, дереализацията, амнезията, променено възприятие за време. Дисоциацията се оказва черта от сексуалния тормоз и обособява една съставна част на въпросника за травмен симптом. Този въпросник се използва и като инструмент, измерващ последиците от сексуална травма. За оценка на ПТСР са разработени няколко самооценъчни скали. Една от тях е самооценъчният въпросник за посттравматичен стрес. Той съдържа 47 рубрики, отразяващи критериите на DSM-III-R. Този тест има отлична надеждност и валидност, но въпреки това се налага необходимостта от

допълнителна проверка. Наред със симптомите, диагностициращи ПТСР, такова изследване се налага и на придружаващите симптоми. Това са: Въпросникът за общо здраве, Въпросник за депресия на Бек, Въпросник за тревожност като състояние-черта. В България е разработен Самооценъчен въпросник за измерване на тревожността като психично състояние.

Проблемът за изследването на децата не е разработен достатъчно. За щастие търпи развитие. Такъв инструмент е Индексът за реакция на ПТСР. Той е 20-рубриково структурирано интервю на базата на DSM-III за оценка на детско ПТСР. Той е подходящ инструмент за изследване, с цел да се сравнят отговорите на децата и възрастните. Освен това е подходящ и за крос-културно приложение. Тъй като изследването на ПТСР при деца е трудно са разработени няколко скали за оценка на тяхното поведение от родители и учители. Това са Въпросник за поведенчески проблеми, Въпросник за детско поведение и Родителски и учителски оценъчни скали на Ритер. Препоръчва се данните, получени чрез оценка от родители и учители, да се съобразят с данните от самооценката на децата. Задължително е въпросите към децата да са отправени ясно, правилно и точно, за да се получи обективна оценка. Скалата за въздействие на събитието бива успешно използвана при деца и се описва като най-добрия в момента въпросник за диагностициране на детско ПТСР. Симптоматиката, последвала травмата, е в доста широк диапазон, поради което са разработени и приложени и други скали. Това са: Скала за депресия на Бирлсън, Ревизирана скала за проявена тревожност при деца. Сексуалният тормоз при деца може да се каже, че отговаря на критерия за ПТСР. За изследване на сексуалния тормоз се използват: Въпросник за депресия при деца, както и специфични инструменти като преценка на страха при сексуален тормоз,

Въпросник за детско сексуално поведение, въздействие на травматични събития при деца.

Скала за клинична диагностика на ПТСР

Скалата за клинична диагностика е разработена в два варианта. Първият вариант диагностицира тежестта на ПТСР за момента и в течение на няколко месеца, както и в целия посттравматичен период. А вторият вариант се използва за диференциална диагностика на симптоматиката в течение на последните две седмици. Скалата се използва като допълнение на структурирано клинично интервю, като в хода му се измерва наличието на посттравматична симптоматика като цяло.

Скалата измерва честотата, интензивността на проявените индивидуални симптоми на разстройството, както и влиянието му върху социалните дейности и трудовите възможности на пациента. С помощта на тази скала се определя състоянието на пациента, като при повторно изследване се прави сравнение на предишните резултати, валидността им и общата интензивност на симптоматиката. Желателно е скалата да се използва заедно с други методики. Необходимо е да се помни, че времето, през което трябва да се е проявило ПТСР, трябва да е минимум 1 месец. Ключов момент в скалата е как пациентът определя честотата и интензивността на симптома, за да бъдат максимално коректни резултатите. Оценката за честотата и интензивността отразяват реалния проблем и дават основание да се заключи, че е налице ПТСР. Друго важно условие е критериите по другите точки да не са се появили преди психотравмата.

Скала за оценка на травматичните събития

Тази скала се състои от 15 пункта, основани на самооценката и влиянието на избягването и възпроизвеждането на травматичното събитие. Като се анализира връзката между травматичните събития и последващите психотравматични симптоми, които могат да се проявят след дълъг период, авторът (Хоровиц) изучава тези симптоми чрез различни показатели като тревожността например. Преимуществото на тази скала е, че съдържа самооценка на свързаните специфични жизнени събития, както и спецификата на изменящите се показатели.

Скала Мисисипи за оценка на посттравматичните реакции

Скала Мисисипи е разработена като инструмент за оценка на пораженията при посттравматични сресови реакции при ветерани от войните. Сега този инструмент се използва за оценка на признаците на ПТСР. Скалата се състои от 35 твърдения, които се оценяват по петобалната скала на Ликерт. След това резултатите се сумират и се образува показател на степента на въздействие на травмата върху индивида. Съдържанието на скалата се разделя в 4 категории, които се отнасят към основните диагностични критерии на DSM. Тези категории отговарят на твърденията от скалата, като 11 от тях се отнасят за поражения от психотравмата; 8 се отнасят за физиологичната възбуда; 11 се отнасят за избягването на психотравмените моменти, а останалите са за суицидните намерения и мисли и чувството за вина.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящата разработка се направи опит да се разкрият основните психофизиологични аспекти свързани с възникването и протичането на ПТСР. Направен бе кратък преглед на ефективните интервенции при ПТСР, със своите теоретични основи и принципи на практическа работа.

В предложеният анализ е представено многообразието от теоретични подходи и методически инструментариум. На тази база се открие разбирането, че психофизиологичните фактори са в началото на една каскадна верига отключваща емоционални и поведенчески проблеми на личността, страдаща от ПТСР. Тези нарушения водят до промени в цялата семейна система, тъй като поведението на индивида пряко засяга когнитивната, емоционалната и социалната сфера на живота.

Консултативните и клиничните психолози трябва да са добре запознати с тревожните разстройства, тъй като те съпровождат човешкия живот от раждането до смъртта и нерядко представляват сериозен диагностичен проблем. За съжаление изучаването на проблемът ПТСР в български условия е слабо застъпен, което налага по-нататъшни изследвания, в диагностицирането и терапията на ПТСР.

Използвана литература

1. **Бренър, Ч.** Увод в психоанализата. Планета 3, С., 1999.
2. **Георгиев, М.** Адаптация към стресови ситуации. НСА-прес, С., 2003.
3. **Дерогатис, Л., Т. Уайз.** Тревожни и депресивни разстройства при соматично болни пациенти. Лик, С., 2000.
4. **Енциклопедия** по психология. Под ред. на Дж. Корсини. Наука и изкуство” С., 1998.

5. **Каплан & Седок.** Спешна психиатрия. БПА, С., 2002.
6. **Коган, Б. М.** Стрес и адаптация. Медицина и физкултура, С., 1982.
7. **Когс, Т.** Стрес. Медицина, М., 1981.
8. **Люис, Д.** Стресът. Прозорец, 1994.
9. **Маджаров, Г.** Развитие на психиката в детско-юношеска възраст. УИ “Св. Св. Кирил и Методий”, В. Търново, 2001.
10. **Маджирова, Н.** Детска психопатология. СЕМА-2001, Пловдив, 2003.
11. **Маджирова, Н.** Клинична психология. СЕМА-2001, Пловдив, 2003.
12. **Международна класификация на болестите.** СЗО, 1993.
13. **Обща и клинична психиатрия.** Под ред. на М. Ачкова. Знание, 1999.
14. **Попов, Хр.** Посттравматичен стрес. ЛИК, С., 2003.
15. **Практическа психотерапия.** Под ред. на Хр. Христозов. Медицина и физкултура, С., 1988.
16. **Речник по психиатрия.** Под ред. на Ж. Постел. ЕА, Плевен, 2003.
17. **Речник по психология.** Наука и изкуство, С., 1989.
18. **Селие, Ханс.** Стрес без дистрес. Наука и изкуство, С., 1982.
19. **Стаматов, Р.** Детска психология. Хермес, Пловдив, 2000.
20. **Темков, Ив., Хр. Попов.** Стрес и кризи на личността. Медицина и физкултура, С., 1987.
21. **Тарабрина, Н. В.** Практикум по психологии посттравматического стресса. Питер, Москва, 2001.
22. **Узунов, Н.** Стрес и психотравма. Знание, Ст. Загора, 2000.
23. **Фройд, З.** Неврози. Евразия, С., 1993.
24. **Христозов, Хр.** Ръководство по психиатрия. Медицина и Физкултура, С., 1987.
25. **Шарфетер, Кр.** Обща психопатология. ЕА, Плевен, 1999.

26. **Allen, S. N.** Psychological assessment of post-traumatic stress disorder. Psychiatric Clinics of North America, 1994.
27. **Allen, S. N., Bloom, S. L.** Group and family treatment of post-traumatic stress disorder. Psychiatric Clinics of North America, 1994.
28. **APA.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (1st edition). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1952.
29. **APA.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd edition). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1968.
30. **APA.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd edition). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1980.
31. **APA.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd edition). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1987.
32. **APA.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994.
33. **Arroyo, W. & Eth, S.** Children traumatized by Central American warfare, Post-traumatic stress disorder in children. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1985.
34. **Blake, D. D. Albano & Keane.** Twenty years of trauma. Journal of Traumatic Stress. 1992.
35. **Breslau, N. & Davis, G. C.** Post-traumatic stress disorder: The etiological specificity of wartime stressors. American Journal of Psychiatry. 1987.
36. **Каплан & Седок.** Synopsis of psychiatry, 8th Edition, 1998.
37. www.google.com/stress
38. www.stress.hit.bg
39. www.psychology-bg.com/texts/stress.htm
40. www.psychology.org
41. www.ncptsd.org/facts/treatment/fs_treatment.html

42. www.aboutarkids.org/disorders/ptsd.html

43. www.johnbriere.com/tsc.htm