

ПОСТТРАУМАТСКИ СТРЕС

Теоретски модели, типологија и етнокултурни аспекти

Кратка содржина

Трауматизираните лица се наоѓаат во континуирана „борба“ меѓу преплашеноста со мисли и чувства поврзани со траумата и отапеноста или обидот истовремено да се избегне сè што ја повикува траумата во сеќавањето. Теоретските модели за развој на посттрауматскиот стрес нудат комплементарни објаснувања за појавата на различните видови посттрауматски одговори. Познавањето на етнокултурните аспекти на посттрауматските последици е неопходно за нивна ефикасна процена и третман.

Клучни зборови: ПОСТТРАУМАТСКИ СТРЕС, ТРАУМА, ПОСТТРАУМАТСКО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО

По доживувањето на интензивен трауматски настан постои релативно предвидлив пресврт во вообичаеното функционирање на трауматизираното лице. Непосредните ефекти на траумата се најчесто комбинација на чувство на изразена психолошка ранливост, беспомошност или очај, зголемена, речиси панична вознемиреност, негативни емоционални доживувања или пак афективна отапеност, како и променета состојба на свеста, во вид на дереализација и деперсонализација.

Најголем број од лицата изложени на трауматско искуство успеваат да го интегрираат настанот во своето доживување на себе и на светот и да закрепнат за релативно краток временски период, иако суштински променети од искуството. Дел од трауматизираните лица, пак, кои не побарале никаков третман, а се добро адаптирани, продолжително доживуваат слабо изразени симптоми, кои ги прифаќаат како завештание од настанот. Процесот на закрепнување не е праволиниски и поминува низ неколку фази, но често постојат периоди на ефикасно справување и оптимално функционирање, проследени со интензивни посттрауматски симптоми и потреба за третман.

Некои лица изложени на екстреман трауматски стрес во месецот по траумата развиваат акутно стресно растројство кое го попречува нивното севкупно функционирање. Вообичаено овие акутни реакции набрзо се повлекуваат и животот се враќа во рамнотежа, но кај одреден дел, овие реакции добиваат хроничен карактер и се трансформираат во пост-трауматско стресно растројство.

Симптомите на растројството обично стануваат очигледни во текот на првите три месеци по трауматскиот настан, иако може да се јават и одложено, по неколку месеци, дури и по неколку години. Симптомите може да варираат со текот на времето, но кај речиси половина од случаите целосно исчезнуваат во рок од три месеци. Од друга страна пак, се наведува дека кај голем број случаи страдањето може да продолжи повеќе од 12 месеци (Saigh & Bremner, 1999).

Иако проспективните студии покажуваат дека во просек постои тенденција за намалување на интензитетот на симптомите, сепак текот на посттрауматското стресно растројство е варијабилен, како на индивидуален план така и меѓу луѓето (Schnurr & Friedman, 1997). За акутни случаи се сметаат оние кај кои траењето на симптомите е пократко од три месеци, додека хронични се оние случаи кај кои симптомите траат подолго од три или повеќе месеци. Одложен почеток на растројството означува појава на првите симптоми по шест или повеќе месеци од доживувањето на трауматски настан.

Студијата на Бремнер и соп. (Bremner et al., 1996 според Saigh & Bremner, 1999) покажала дека кај примерок воени ветерани кои развиле посттрауматско стресно растројство, симптомите за првпат се појавиле неколку години по изложеноста на воените стресови, и останале хронични и со несмален интензитет во следните пет години по трауматизацијата.

Студиите кои ја проценувале актуелната и долготрајната преваленција на посттрауматското стресно растројство често покажувале дека речиси половина од луѓето кои развиле посттрауматско стресно растројство во одреден момент од нивниот живот, не ги задоволувале дијагностичките критериуми во моментот на процената. Тоа не значи дека половина од луѓето со посттрауматско стресно растројство закрепнале, туку дека симптомите можат да се разрешат и потоа повторно да се реактивираат при изложеност на слични или целосно различни трауматски настани. Кај некои луѓе овие периоди на слабо изразена или непостоечка симптоматологија може да траат дури и со години. Пример за тоа се доживувањата на ветераните од Втората светска војна кои со години воопшто не помислувале на своите воени искуства, но при медиумското одбележување на 50-годишнината од војната, повторно почнале да ги

прогонуваат наметнувачки мисли, ноќни мори и други симптоми на посттрауматско стресно растројство (Schnurr & Friedman, 1997).

Во однос на хроничноста на симптомите, Кеслер и соп. (Kessler et al., 1995, според Schnurr & Friedman, 1997) во *Националната студија за процена на коморбидитетот* утврдиле дека кај повеќе од две третини од случаите посттрауматското стресно растројство траело подолго од една година, а повеќе од три години кај над една третина од случаите со посттрауматско стресно растројство. Кај овие случаи симптомите можат да опстојуваат со периодично засилување на интензитот и до крајот на животот.

Особености на посттрауматскиот стрес

Трауматизираните лица се наоѓаат во континуирана „борба“ меѓу преплавеноста со мисли и чувства поврзани со настанот и отапеноста или обидот истовремено да се избегне сè што ја повикува траумата во сеќавањето. Токму дијалектичката природа на посттрауматската состојба оневозможува интеграција на настанот и продолжително се „исхранува“ самата себеси.

Актуелните дијагностички критериуми ги категоризираат симптомите на посттрауматскиот стрес во три групи:

1. постојано преживување на трауматскиот настан (преплавеност/наметнување/интрузија);
2. избегнување на дразби поврзани со трауматскиот настан или отапеност на чувствата и реакциите;
3. зголемена вознемиреност.

Преплавување

Со завршувањето на трауматското искуство, за жал не завршува и присуството на траумата во животот на трауматизираното лице. Набрзо потоа, но не ретко и долго време по настанот, лицето живее прогонувано од слики, чувства и мисли кои повторно и повторно го повлекуваат во минатото. Понекогаш како времето да застанува во моментот на доживувањето на траумата, како сегашноста да му го отстапува своето место на минатото. Трауматските сеќавања доаѓаат ненадејно, неочекувано и во различни форми. Кај некои доминираат во будна состојба, додека кај некои се пробиваат во свеста како трауматски соништа, со различен емотивен набој - од непријатни ноќни кошмари до ужасни терори.

Обземеноста од траумата кај трауматизираните лица се огледува и во секојдневните активности. Тие честопати можат несвесно да одигруваат/повторуваат некои аспекти од трауматскиот настан во обид да се ослободат од него и да го обноват чувството на моќ и ефикасност, кое траумата им го одзела.

Реакциите на преплавеност и наметнување се појавуваат во првите неколку денови или недели по трауматскиот настан, нивниот интензитет се намалува во рок од три до шест месеци, а потоа прогресивно ослабнува со текот на времето. Но неретко првите симптоми можат да се јават со одложување од неколку месеци или години, или пак повторно да се активираат, иако своевременно „згаснале“. Како што се намалува моќта на симптомите на преплавеност, постепено се засилуваат реакциите на избегнување.

Избегнување

Повторното доживување на траумата со себе го извлекува на површина и тогаш доживеаното емоционално страдање. Токму затоа трауматизираното лице прави исклучителни напори во полето на свеста да избегне дури и најмали потсетувања на траумата. Овој обид може да биде толку интензивен што може да премине во состојба на целосна отапеност и дистанцираност од себе. Подвоената, дисоцирана свест во моментот на доживувањето на траумата служи како заштита од дезинтеграција на психата, кога таа не е способна повеќе да се брани ниту да го надвлее искуството, но подоцна таа предизвикува трауматското минато да не се доживува како лично минато, или да се набљудува како сон од кој не може да се разбудиме. Тогаш, избегнувањето се трансформира во целосна пасивност и рамнодушност со што се ограничуваат можностите за ефикасно справување со посттрауматските реакции, а се намалува и квалитетот на животот (Yehuda, 2002; Brewin & Holmes, 2003).

Кај голем дел од трауматизираните лица, долго по настанот опстојува и чувството дека животот им е скратен или дека ќе умрат побрзо од другите луѓе. Дел пак чувствуваат како со траумата да умрел и еден дел од нив, или ако страдањето е особено длабоко посакуваат да се мртви. Ова е најчесто карактеристично за случаи на хронична и пролонгирана трауматизација (Херман, 2000).

Зголемена вознемиреност

Оваа група реакции ја одразува состојбата на постојана готовност (чувство на штрек) и исчекување на повторно доживување на трауматскиот настан или на друга опасност. Се карактеризира со лесна избувливост и раздрозливост, интензивни реакции на страв или физиолошки реакции при минимални дразби кои отсликуваат или потсетуваат на одреден сегмент на траумата, некавалитетен сон, нарушена концентрација. Како одговор на траумите често се јавува: ужас, лутина, тага, посраменост и чувство на вина (Yehuda, 2002; Brewin & Holmes, 2003).

Теоретски модели за развојот и природата на посттрауматскиот стрес

Постојат неколку основни психолошки теории за развојот и текот на посттрауматското стресно растројство. Подолу се претставени бихејвиоралниот модел, теориите за процесирање на информации кои во бихејвиоралниот модел вклучуваат когнитивни концепти, потоа групата социјално-когнитивни теории, како и развојните модели и моделите на социјална поддршка.

Бихејвиорален модел

Некои автори за развојот на посттрауматското стресно растројство кај воени ветерани и жртви на силување ја примениле двофакторската теорија на учењето на Маурер (Mowrer, 1960; Keane et al., 1985; Kilpatrick et al., 1985, според Litz & Roemer, 1996). Според оваа теорија потенцијално трауматскиот настан служи како безусловна дразба што предизвикува силен страв и анксиозност. Другите дразби што се појавуваат истовремено со настанот, преку процесот на класично условување стануваат условни дразби за стравот и анксиозноста.

Поради интензивната природа на траумата, генерализацијата на дразбите и процесите на условување од повисок ред, со текот на времето водат кон широк спектар дразби што може да предизвикаат условни емоционални одговори (УЕО). Во оваа состојба трауматизираното лице е особено мотивирано да ја избегне вознемиреноста предизвикана од дразбите кои го потсетуваат на траумата. Избегнувачкото однесување станува силно негативно поткрепено бидејќи го намалува дистресот и вознемиреноста. Избегнувајќи ги потсетниците на траумата, трауматизираното лице всушност ненамерно го спречува процесот на закрепнување, што

претпоставува гаснење на УЕО (Jones & Barlow, 1990; Follette, Ruzek & Abueg, 1998; Jaycox & Foa, 1998; Ozer & Weiss, 2004).

Во студиите направени во лабораториски услови, при изложувањето на лицата со посттрауматско стресно растројство на дразби поврзани со доживеани трауматски настани, кај повеќето веднаш се регистрирале драматични покачувања на активноста на кардиоваскуларниот систем или на друг систем во организмот (Fairbank, Friedman & Basoglu, 2001).

Успешниот третман, според оваа теорија, вклучува повторено и пролонгирано изложување на обемот условни дразби, за да може да дојде до гаснење на условните реакции.

Модел на процесирање на информациите

Според овој модел емоционалните искуства се регистрираат во меморијата во добро организирани семантички мрежи што ја содржат дразбата, одговорот и нивното значење. Фоа, Штекети и Ротбаум (Foa, Steketee & Rothbaum, 1989, според Fairbank, Friedman & Basoglu, 2001; Jones & Barlow, 1990; Ozer & Weiss, 2004) понудиле модел што се заснова врз концептот за „структура на страв“, кој го опишуваат како „мрежа во меморијата“ што вклучува три типа информации:

1. информации за ситуацијата што го предизвикува стравот;
2. информации за вербални, физиолошки и манифестни бихејвиорални одговори; и
3. интерпретативни информации за значењето на елементите дразба-одговор во структурата.

Кај лицата со посттрауматско стресно растројство мрежата на траумата е особено кохерентна, стабилна и генерализирачка, како и лесно достапна и отпорна на промени. Структурите на страв се своевидни програми кои на лицата им овозможуваат да побегнат или да избегнат дразба што предизвикува страв. Овие мрежи всушност го менуваат процесирањето на информациите кај трауматизираните лица и ги прават хиперсвесни за заканувачки дразби, поради што нејасните знаци ги толкуваат како опасни и лесно се вознемируваат што понатаму води кон избегнувачко однесување. Посттрауматскиот стрес едноставно го искривува нормалниот процес на перцепција на светот и на когнитивните процени (Friedman, 1997; Jaycox & Foa, 1998; Jones & Barlow, 1990; Ozer & Weiss, 2004).

За да се случи емоционална промена, според овој модел, на лицата со посттрауматско стресно растројство им е неопходна целосна достапност до мрежата на трауматски сеќавања за да можат во неа да внесат корегирани информации. Трауматизираното лице треба да се изложи на трауматските дразби (во живо или имагинарно) и да ги доживее сите емоции поврзани со траумата. Освен тоа, за да може да се создадат нови асоцијации меѓу елементите во мрежата, лицето треба да открие и какво значење имаат за него настанот и последователните емоции (Foa et al., 1989, според Schnurr & Friedman, 1997). Некои автори моделот на третман го дополнуваат со техники на когнитивно реструктурирање, за побрзо и директно соочување со погрешните верувања и перцепции поврзани со траумата (Resick & Schnicke, 1992, според Litz & Roemer, 1996).

Социјално-когнитивни модели

Оваа група на теоретски приоди во развојот и одржувањето на посттрауматското стресно растројство ја нагласува улогата на одредени социјално-когнитивни конструкти, како што е сликата за себе.

Хоровиц зборува за постоење на два спротивставени сета на внатрешни процеси - наметнување и негација - кои се користат за справување со екстреман стресор. Бидејќи организмот е мотивиран кон заокружување или завршување, трауматските сеќавања постојано се наметнуваат сè додека не бидат интегрирани или вклопени во внатрешните когнитивни структури, односно шеми. Но овие сеќавања се проследени со екстремна вознемиреност и дистрес што го предизикнува спротивниот процес на негација или избегнување. Избегнувањето овозможува олеснување на акутната вознемиреност, но го попречува процесот на интеграција на трауматското сеќавање, кое затоа останува делумно присутно во краткотрајната меморија и се манифестира во вид на чести наметнувачки мисли и чувства (Horowitz, 1986, според Litz & Roemer, 1996; Jaycox & Foa, 1998; Jones & Barlow, 1990; Ozer & Weiss, 2004, Brewin & Holmes, 2003).

Хоровиц смета дека третман со изложување на траумата е неопходен за целосна интеграција на трауматските сеќавања, но дека тој процес мора да биде постепен за да се заштити трауматизираното лице.

Јаноф-Булман, пак, предлага модел во кој траумата ги руши базичното чувство на лична безбедност, верувањето дека светот е безопасен и дека има смисол, како и чувството на лична вредност. Според неа, основната цел на третманот треба да биде реконструкција на овие „уништени претпоставки“ преку асимилација на трауматското искуство во постоечките претпоставки и промена на претпоставките за да можат да

го акомодираат искуството (Janoff-Bulman, 1992, според Litz & Roemer, 1996; Jaycox & Foa, 1998; Ozer & Weiss, 2004; Brewin & Holmes, 2003).

Во конструктивистичката теорија на Меккен и Перлман подетално се опишани областите во кои доаѓа до промена на шемите на селфот, како последица на трауматското искуство. Тие области се: безбедноста, довербата, почитувањето, независноста, контролата, интимноста, каузалноста, надежта и локусот на контрола. Третманот што овој модел го препорачува вклучува промена на нарушените шеми, потврдување на природата на нарушувањето и охрабрување за зголемена флексибилност и прифаќање на овие шеми. За разрешување на трауматските сеќавања овој приод користи техники на визуелизација (McCann & Pearlman, 1990, според Litz & Roemer, 1996; Jaycox & Foa, 1998; Ozer & Weiss, 2004).

Резик и Шнике во својот модел на „когнитивно процесирање“, го вклопиле претходниот модел на Меккен и Перлман. Симптоматологијата на посттрауматското стресно растројство, според овој модел, произлегува од конфликтот меѓу постоечките шеми и трауматскиот настан, што создава т.н. когнитивен ќорсокак. Третманот што го предлагаат е адаптација на когнитивниот приод на Бек за третман на жртви на силување, со нагласок на модифицирањето на социјално-когнитивните теми што ги идентификувале Меккен и Перлман (Resick & Schnicke, 1992, според Litz & Roemer, 1996; Ozer & Weiss, 2004).

Според моделот на Елерс и Кларк, посттрауматското стресно растројство може да опстојува само доколку лицето когнитивно го процесира настанот како закана и откако ќе помине. Перцепцијата на актуелна закана води кон наметнувачки симптоми, вознемиреност, анксиозност и дистрес, како и кон бихејвиорални и когнитивни обиди да се намали непосредното чувство на закана, кое всушност служи за одржување на симптомите. Потиснувањето на мислите, на пример, кое служи за да се избегнат непожелните сеќавања, може да ги зголеми интрузивните симптоми. Селективното внимание за заканувачките дразби може, исто така, да ги зголеми преплавеноста и дистресот.

Во однос на третманот, авторите потенцираат дека трауматските сеќавања треба да се интегрираат во искуството на трауматизираното лице, а дека дисфункционалните процени и маладаптивните бихејвиорални и когнитивни стратегии треба да се променат (Ehlers & Clark, 2000, според Schnurr, Friedman & Bernardy, 2002).

Модели на социјална поддршка

Земајќи го предвид кумулативното влијание на стресните настани, потоа влијанието на квантитетот и квалитетот на социјалната

поддршка врз физичкото и менталното здравје, како и врз процесот на закрепнување по доживеано трауматско искуство, овој модел потенцира дека непријатните животни настани се негативно поврзани со социјалната поддршка. Имено, стресните животни настани ги исцрпуваат изворите на социјална поддршка, што последователно води до забрзана појава на болести поврзани со стрес. Во некои случаи губитокот на важни интерперсонални извори на социјална поддршка претставува стресен настан сам по себе (на пр. смрт на брачниот партнер). Многу почесто стресните животни настани ги исцрпуваат социјалните ресурси поради поставувањето превисоки барања од нив (Fairbank, Friedman & Basoglu, 2001).

Развојни модели

Овие модели ја потенцираат важноста на познавањето на развојната фаза во која се наоѓа трауматизираното лице за разбирањето на неговите реакции по доживеаната траума. Основна претпоставка на повеќето развојни модели е дека начините на манифестирање на ефектите од траумата зависат од невробилошката, когнитивната, емоционалната и психолошката зрелост на лицето во моментот на доживување на траумата (Cole & Putnam, 1992, Рупоос et al, 1995, според Fairbank, Friedman & Basoglu, 2001).

Видови посттрауматски одговори

Иако посттрауматското стресно растројство се смета за едно од најчестите и најонеспособувачки ментални растројства во општата популација, сепак се чини дека сè уште не е доволно јасно дали тоа е дистинктивна и хомогена категорија или пак е дел од спектар на растројства. Во продолжение ќе бидат разгледани неколку типови посттрауматски психолошки одговори.

Акутно стресно растројство се јавува кај лица кои доживуваат интензивни реакции во првиот месец по трауматскиот настан. Дијагностичките критериуми вклучуваат еден или повеќе симптоми на дисоцијација, еден или повеќе симптоми на преплавување, избегнување или преголема вознемиреност. Вообичаено симптомите се јавуваат во текот на првите 24 часа по траумата, но може да се јават и во било кој друг момент во првиот месец по траумата. Симптомите, освен тоа, предизвикуваат клинички значајна вознемиреност и дисфункционалност во траење од два дена до еден месец.

Посттрауматско стресно растројство со одложен почеток – симптомите почнуваат најмалку 6 месеци по трауматскиот настан. Последиците од трауматските искуства се сложени и во најголем број случаи перзистираат повеќе од 12 месеци по иницијалната траума, но постојат и наоди дека симптомите можат да се јават и неколку години по доживеаниот настан и да имаат хроничен тек во следните неколку години (Bremner et al., 1996, според Saigh & Bremner, 1999).

Парцијално посттрауматско стресно растројство - состојба кога посттрауматските симптоми не го задоволуваат дијагностичкиот праг за посттрауматско стресно растројство, иако трауматизираното лице доживува еднакво висока животна дисфункционалност. Се манифестира со присуство на два од трите типа симптоми или со задоволување на повеќето критериуми во секој од категориите симптоми. И покрај интензитетот на последиците од парцијалното посттрауматско стресно растројство, сепак најголем број од лицата кои страдаат од ова растројство не се вклучени во никаков тип на психолошки третман.

Хронично посттрауматско стресно растројство - кога симптомите траат три месеци или подолго. Повеќе студии ги потврдуваат наодите дека кога симптомите опстојуваат 6-12 месеци по траумата, постои тенденција посттрауматското стресно растројство да стане хронично (McFarlane, 1988; Solomon, 1989 и Perry et al., 1992 според Connor & Butterfield, 2003).

Националната студија за процена на коморбидитетот (Kessler et al., 1995 според Connor & Butterfield, 2003) покажала дека најголемо подобрување во симптомите се случува во текот на првата година по траумата, независно од третманот. После една година третирањето на било кој проблем со менталното здравје е поврзано со значајно подобри резултати. Но, по шест години, една третина од лицата со посттрауматско стресно растројство останале со непроменета состојба, независно од третманот.

Кај лицата со хронично посттрауматско стресно растројство, во просек, постојат 3.3 епизоди, односно периоди во животот, со траење од околу 7 години, кога интензивно ги доживуваат симптомите и ги задоволуваат критериумите за посттрауматско стресно растројство, што значи дека вообичаено симптомите се активни и присутни повеќе од 20 години (Kessler, 2000 според Connor & Butterfield, 2003; Breslau et al., 1998).

Како предиктори за хронично посттрауматско стресно растројство се наведуваат присуството на поголем број симптоми, поизразената емоционална тапост и реактивност, присуството на анксиозни или афективни растројства, присуството на медицински болести, семејната историја на антисоцијално однесување, злоупотребата на алкохол и историја

на трауматизација во детството (Breslau & Davis, 1992 и Zlotnick et al., 1999, според Connor & Butterfield, 2003).

Сложено посттрауматско стресно растројство ги опфаќа реакциите на жртвите на пролонгирана интерперсонална траума (сексуална злоупотреба во детството, семејно насилство и политичка тортура), кои се специфични и долготрајни. Оваа состојба се карактеризира со преклопување на симптомите на посттрауматско стресно растројство со симптомите на растројство на личноста од граничен тип, како импулсивност, проблеми со регулирањето на афектот, дисоцијативни симптоми, ризично и автодеструктивно однесување, абнормалности во сексуалната експресија и соматски симптоми. Ваквиот склоп на реакции претпоставува и поинаков приод во психолошкиот третман (Pelcovitz et al., 1997 и Roth et al., 1997, според Connor & Butterfield, 2003; Херман, 2000).

Фридман (Friedman, 1997) наведува дека и *синдромот Стокхолм*, кој се јавува кај жртви на киднапирање или заложници кои се идентификуваат со нивните киднапери, може исто така да претставува форма на сложено посттрауматско стресно растројство.

Поради сложената природа на посттрауматските психолошки реакции, Моро и Зисук (Moreu & Zisook, 2003) предлагаат постоењето на посттрауматскиот стрес да се разгледува во рамки на три спектри: еден што се заснова врз интензитетот на симптомите (дијагностичкиот праг), друг што се заснова врз природата на стресорот и трет што се заснова врз потенцијалните одговори на траумата:

1. **Интензитет на симптомите** - на еден крај од спектарот се наоѓаат лицата со парцијални симптоми, во средината е некомплицираниот посттрауматско стресно растројство, а на другиот крај на спектарот се наоѓаат лицата со сложено посттрауматско стресно растројство (со коморбидитет). Овој предлог авторите го поткрепуваат со фактот дека над 80% од лицата со хронично посттрауматско стресно растројство страдаат од барем уште едно ментално растројство.
2. **Природа на стресорот** - различни типови стресни настани може да доведат до појава на посттрауматско стресно растројство, иако сите не ги задоволуваат критериумите за стресор изложени во четвртата ревизија на *Дијагностичкиот и статистичкиот прирачник за ментални растројства* (ДСМ-4). На пример, Пери и сор. (Perry et al. 1992, според Moreu & Zisook, 2003) покажале дека одговорот на доживеана повреда кај жртви со изгореници била пропорционална со субјективната перцепција на повредата, а не со објективниот степен на повредата. Исто така, студиите кои го проучувале влијанието на т.н. умерено стресни настани

покажале дека развод, смрт на сакано лице и абортус можат да водат до посттрауматско стресно растројство. Истражувањата, освен тоа, покажуваат дека спектар на стресни настани, како и спектар на симптоми под дијагностичкиот праг на посттрауматското стресно растројство можат да предизвикаат значајна дисфункционалност и потреба за третман.

3. **Одговор на траумата** - одговорите на трауматските искуства се хетерогени и вклучуваат посттрауматско стресно растројство, тешко депресивно растројство, други анксиозни растројства и растројства во исхраната. Други состојби кои, исто така, се јавуваат како резултат на доживеан стрес се комплицирано тагување, соматизација, растројства на личноста и дисоцијативни растројства.

Етнокултурни аспекти

Актуелните дијагностички критериуми за посттрауматско стресно растројство се базираат, пред сè, на истражувања и клинички искуства од Северна Америка, Европа, Израел и Австралија поради што подолг период повеќе автори ги критикуваат од аспект на нивната кроскултурна применливост. Секако дека студиите спроведени во Африка, Азија, Латинска Америка и на Балканот, со примена на западни дијагностички инструменти, покажале дека посттрауматското стресно растројство е присутно кај трауматизирани лица со различна етнокултурна позадина, но прашање е какви се специфичните модели на експресија на посттрауматскиот стрес во овие средини, што понатаму би ги дефинирало и промените во приодот кон клиничките интервенции (Schnurr & Friedman, 1997; Johnson & Thompson, 2007).

Фридман и Марсела (Friedman & Marsella, 1996, според Stamm & Friedman, 2000) сметаат дека симптомите на преплавување и на вознемиреност се универзални посттрауматски индикатори за психобиолошкиот еволутивен процес, додека експресијата на симптомите на избегнување и емоционална отапеност се повеќе под влијание на културата. Некои автори воопшто не ја оправдуваат примената на дијагностичките критериуми за посттрауматско стресно растројство според ДСМ-4 во незападни култури, затоа што не ја одразуваат соодветно интеракцијата меѓу умот и телото што е често карактеристична за овие култури (Bracken et al., 1995; Lewis-Fernandez & Kleinman, 1995, според Stamm & Friedman, 2000).

Истражувањата покажуваат дека двете главни компоненти на посттрауматскиот стрес во незападните култури се соматизацијата и дисоцијацијата (Kirmayer, 1996; Jenkins, 1991; Hough et al., 1996, според

Stamm & Friedman, 2000). Соматизацијата инаку воопшто не се сретнува меѓу дијагностичките критериуми за посттрауматско стресно растројство, додека само еден од симптомите на избегнување опфаќа дисоцијација.

Фридман (Friedman, 1997) понатаму опишува специфични еквиваленти на посттрауматско стресно растројство во другите култури. На пример, кај латино-американските култури се сретнува т.н. *ataques de nervois* (нервен напад) како одговор на траума, што вклучува анксиозност, потиштеност и соматизација. Жените во Салвадор по трауматски губиток реагираат со треска, тнр. *calor*. Иако симптомите на посттрауматско стресно растројство се сретнуваат и во другите култури, сепак треба да се земе предвид дека евро-американскиот концепт за ова растројство не е единствениот облик на посттрауматски стрес, особено не во традиционалните и ниско развиените земји.

Специфичноста на психолошкиот одговор по траумата со себе повлекува и потреба од адаптација на постоечките или креирање на нови дијагностички инструменти соодветни на карактеристиките на културата, како и на концептите за ментално здравје и психопатологија инхерентни за неа (Keane, Kaloupek & Weathers, 1997; Marsella, Friedman & Spain, 1997).

Студиите за психотерапевтските искуства, исто така, укажуваат на потребата терапевтскиот приод да се приспособи кон етнокултурното потекло на трауматизираното лице (Marsella, Friedman & Spain, 1997; Stamm & Friedman, 2000).

Литература

- Breslau, N., Kessler, R., Chilcoat H., Schultz, L., Davis, G., Andreski, P. (1998). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community: *The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. Archives of General Psychiatry*, 55 (7), 626-632.
- Brewin, C. & Holmes, E. (2003). Psychological Theories of Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339-376.
- Connor, K. & Butterfield, M. (2003). Posttraumatic Stress Disorder. *Focus*, 1 (3), 247-262.
- Fairbank, J., Friedman, M. & Basoglu, M. (2001). Psychosocial models. Во книгата: Gerrity, E., Keane, T. & Farris, T. (Ed.) *The Mental Health Consequences of Torture*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Follette, V., Ruzek, J. & Abueg, F. (1998). A contextual analysis of trauma: Theoretical considerations. Во книгата: Follete, V., Ruzek, J. & Abueg, F. (Ed.) *Cognitive-behavioral therapies for trauma*. New York: Guilford Press.
- Friedman, M. (1997). Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (9), 33-36.
- Херман, Џ. Л. (2000). *Траума и закрепнување*. Скопје: Темплум.
- Јаусох, Л. & Фоа, Е. (1998). Post-Traumatic Stress Disorder. Во книгата: Salkovskis, P. (Ed.). *Comprehensive Clinical Psychology*. Oxford: Pergamon Press.
- Jones, J. & Barlow, D. (1990). The Etiology of Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Psychology Review*, 10, 299-328.
- Johnson, H. & Thompson, A. (2007). The Development and Maintenance of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in civilian and adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical Psychology Review*, 7 (5), 628-641.
- Keane, T., Kaloupek, D. & Weathers, F. (1997). Ethnocultural considerations in the assessment of PTSD. Во книгата: Marsella, A. et al. (Ed.) *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research and clinical applications*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Litz, B. & Roemer, L. (1996). Post-traumatic stress disorder: An overview. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3 (3), 153-168.
- Marsella, A., Friedman, M. & Spain, H. (1997). Ethnocultural aspects of PTSD: An overview of issues and research directions. Во книгата: Marsella, A. et al. (Ed.) *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research and clinical applications*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Moreau, C. & Zisook, S. (2003). Rationale for a Posttraumatic Stress Spectrum Disorder. *Focus*, 1 (3), 265-272.
- Ozer, E. & Weiss, D. (2004). Who develops posttraumatic stress disorder? *Current directions in psychological science*, 13 (4), 169-172.
- Saigh, P. & Bremner, D. (1999). The History of Posttraumatic Stress Disorder. Во книгата: Saigh, P. & Bremner, D. (Ed.) *Posttraumatic Stress Disorder: A comprehensive text*. Boston: Allyn and Bacon.
- Schnurr, P. & Friedman, M. (1997). An overview of research findings on the nature of posttraumatic stress disorder. In Session: *Psychotherapy in Practice*, 3 (4), 11-25.
- Schnurr, P., Friedman, M. & Bernardy, N. (2002). Research on Posttraumatic Stress Disorder: Epidemiology, Pathophysiology and Assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (8), 877-889
- Stamm, B. & Friedman, M. (2000). Cultural diversity in the Appraisal and Expression of Trauma. Во книгата: Shalev, A., Yehuda, R. & McFarlane, A. (Ed.) *International handbook of human response to trauma*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Yehuda, R. (2002). Post-Traumatic Stress Disorder. *The New England Journal of Medicine*, 346 (2), 108-114.

Katerina NAUMOVA

POSTTRAUMATIC STRESS

Theoretical models, typology and ethnocultural aspects

Abstract

Trauma survivors experience a continuous “battle” between intrusive thoughts and emotions associated with the trauma and numbness or avoidance of every recollection of the trauma. Theoretical models of development of posttraumatic stress offer complementary explanations for the occurrence of different types of posttraumatic responses. Insight of ethnocultural characteristics of posttraumatic consequences is essential for their effective assessment and treatment.

Key words: POSTTRAUMATIC STRESS, TRAUMA, POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER