

Катерина НАУМОВА

УДК: 159.944.4.019.4

КОГНИТИВНИ МОДЕЛИ НА ПОСТТРАУМАТСКИ СТРЕС

Кратка содржина

Когнитивните концептуализации на посттрауматскиот стрес се фокусираат на улогата на субјективната компонента при процесирањето и осмислувањето на трауматското искуство. Судирот на постојните верувања за себе и за светот со доживувањето на трауматски настан, нарушеното процесирање на информациите и емоциите поврзани со траумата, како и специфичниот систем на трауматско помнење се дел од основните механизми преку кои овие теоретски модели ги објаснуваат појавата и текот на посттрауматските последици. Во трудот се дискутираат предностите и ограничувањата на повеќе когнитивни модели на посттрауматското стресно растројство, како и нивните импликации во однос на терапевтскиот третман.

Клучни зборови: ПОСТТРАУМАТСКИ СТРЕС, ПТСР, БАЗИЧНИ ПРЕТПОСТАВКИ И ВЕРУВАЊА, ШЕМИ, ТРАУМАТСКИ СЕЌАВАЊА, ПРОЦЕСИРАЊЕ НА ИНФОРМАЦИИ, СИСТЕМИ ЗА РЕПРЕЗЕНТАЦИЈА

Кон почетокот на 20 век вниманието на стручната јавност било привлечено од психоаналитички ориентираните психијатри кои работеле посветено на проучување и лекување на трауматизирани лица. Нивните теоретски согледувања и пристапи во третманот биле спротивставени на доминантните објаснувања за органското потекло на трауматските реакции. Всушност, елементи од денешните актуелни теории за развојот и одржувањето на посттрауматското стресно растројство (ПТСР) може да се препознаат во делата на Фројд, Жане, Адлер и други (Monson, Friedman & La Bash, 2007).

Теориите за органското потекло на траумите прв пат се појавиле за време на Американската граѓанска војна и резултирале со опис на синдроми како што се „војничко срце“, „синдром Да Коста“ и „невроциркулаторна астенија“, додека во текот на Првата светска војна бил конципиран синдромот „шок од граната“ (DePrince & Freud, 2007). Во тој период почнале да се појавуваат и психолошките теории за објаснување на истите феномени, кои вклучувале конструкти како што се „носталгија“, „воена невроза“, „воен замор“ и „воена исцрпеност“ (Monson, Friedman & La Bash, 2007). Всушност, најголемиот напредок во проучувањето на трауматскиот стрес бил инспириран од истражувањето на последиците од изложеност на различни видови воени стресори.

Актуелно доминантните теоретски објаснувања за природата, текот и можностите за третман на посттрауматските последици се засновуваат врз претпоставки што произлегуваат од когнитивните и бихевиоралните пристапи. Во текстот се дискутираат предностите и ограничувањата на повеќе когнитивни модели на посттрауматското стресно растројство, како и нивните импликации во однос на терапевтскиот третман.

Теории на шеми

Шемите ги содржат базичните претпоставки и верувања за себе, за меѓучовечките односи и за местото на поединецот во светот, кои понатаму ги одредуваат перцепцијата и толкувањето на информациите што пристигаат до нас. Заеднички елементи на овие теоретски модели се идеите дека (1) *трауматските настани обично не се во согласност со постојните претпоставки* и дека (2) *процесирањето на трауматското искуство бара промена на постојните претпоставки*, што може да се постигне преку механизам на асимилација или на акомодација (Cahill & Foa, 2007; Bergner, 2009).

Првиот модел, чиј автор е Хоровиц, претставува интеграција на психоаналитичките концепти со концептите за процесирање на информациите (Horowitz, 1986, според Cahill & Foa, 2007; Horowitz, 1990, според Lee & Turner, 1997). Овој модел ја објаснува посттрауматската психопатологија преку базичната потреба на луѓето да ги усогласат информациите поврзани со траумата со внатрешните модели засновани врз стари информации. Процесот на закрепнување, всушност, се состои од континуирана ревизија на двата извора на информации сè додека тие не се усогласат. Овој процес е предводен од „тенденцијата за довршување“, како што ја нарекува Хоровиц, што воедно ги објаснува и симптомите на преплавување. Ако информациите поврзани со траумата одговараат на постојните внатрешни модели, тогаш тие ќе служат за зацврстување на овие модели. Но, доколку тие не се усогласени, тогаш во секоја ситуација кога овие информации ќе се процесираат, ќе се случуваат промени во внатрешните модели и ќе се создаваат планови за адаптивно дејствување.

Истовремено со тенденцијата за довршување постои и тенденција за избегнување на вознемиреноста предизвикана од интрузивните симптоми, што ги објаснува симптомите на избегнување карактеристични за ПТСР. Но, избегнувачките стратегии го попречуваат усогласувањето меѓу постојните внатрешни модели и новите информации.

Основната импликација од моделот на Хоровиц е дека избегнувањето ја одржува неусогласеноста меѓу трауматското искуство и внатрешните ментални структури, што е средиштен елемент на одржувањето на посттрауматската симптоматологија.

Повеќе теоретичари нудат претпоставки за тоа кои шеми се особено важни за појавата и развојот на посттрауматските реакции. На пример, Елстајн смета дека по

доживување трауматски настан, се случуваат промени во четири клучни верувања: *светот е безопасен, светот има смисла, јас сум достоин за почитување, може да им верувам на луѓето* (Epstein, 1991, според Cahill & Foa, 2007). Под влијание на овие концепти, Џеноф-Булман предлага дека базичните претпоставки што се присутни кај сите луѓе се: *светот е милослив и има смисла, и јас сум достоин за почитување* (Janoff-Bulman, 1992). Со оглед на тоа што овие претпоставки не се усогласени со трауматското искуство, тоа води до нивно уништување (Janoff-Bulman, 1989, според Monson, Friedman & La Bash, 2007). Затоа по доживувањето трауматски настан, поединецот мора или да го приспособи искуството на веќе постојните претпоставки за себе и за светот или да ги промени претпоставките за да можат да го вклопат искуството, што, всушност, почесто се случува.

Следниот модел е на Меккен и Перлман (McCann & Pearlman, 1990), според кој по доживувањето траума, се случува нарушување на осум базични психолошки потреби: *референтна рамка, безбедност, зависност/доверба во себе и во други, моќ, почитување, интимност и независност*. Луѓето развиваат шеми што вклучуваат верувања, претпоставки и очекувања поврзани со секоја од овие базични потреби, а референтната рамка претставува надредена потреба слична на претпоставката „*светот има смисла*“.

Терапевтските импликации од овој модел се фокусираат на приспособување на шемите кон новите информации. Меккен и Перлман сметаат дека трауматските настани можат да предизвикаат и непријатни чувства, мисли или слики кога ги зацврстуваат постојните негативни шеми, како во случај на лице кое доживува повторени трауми.

Под влијание на овој модел, Резик и Шнике (Resick & Schnicke, 1993) ја изложиле идејата дека посттрауматската психопатологија може да се јави не само како последица на неуспех да се акомодираат информациите поврзани со траумата, туку и како последица на претерано приспособување на овие информации. Во согласност со тоа, развиле терапевтски приод што вклучува когнитивно процесирање за да се коригираат нарушавањата во шемите.

Придонесот на овие теоретски модели, пред сè, се огледува во идејата дека трауматските искуства го менуваат начинот на доживување на себе, на другите луѓе и на светот, воопшто, и дека закрепнувањето од траумите се одвива преку усогласување на постојните шеми со новите трауматски информации. Но, оваа група теории имаат две основни слабости. Прво, се фокусираат исклучиво на влијанието на траумата врз верувањата, но не и на останатите домени на посттрауматските последици. Исто така, не ги објаснуваат разликите во потенцијалот на одредени трауми да предизвикаат појава на ПТСР. Втората слабост е што механизмот преку кој ја објаснуваат појавата на ПТСР е уништувањето на позитивните претпоставки за природата на светот, другите луѓе и за себе. Овој механизам може да биде валиден само за неколкумина кои никогаш не биле соочени со интензивни животни стресори пред траумата. Но, епидемиолошките студии покажуваат дека повеќето луѓе доживуваат повеќе трауми во животот. Тогаш какво е влијанието на новата траума врз постоечката шема кај лица со историја на мултипла трауматизација? Според овие

теории, кај тие лица треба да постои совпаѓање меѓу внатрешните модели за светот и новата траума, односно шемата не треба да претрпи промени и тие треба брзо да закрепнат. Сепак, истражувањата не ги потврдуваат овие претпоставки. Напротив, мултиплата трауматизација ја зголемува веројатноста за појава на хронично ПТСР, состојба кога симптомите на растројството траат неколку месеци или години (Kessler et al., 1995, според Cahill & Foa, 2007). Покрај тоа, Брајант и Гатри утврдиле дека постоечките негативни шеми за себе го зголемуваат, а не го намалуваат интензитетот на симптомите на ПТСР, дури и по 20 месеци од изложеноста на траумата (Bryant & Guthrie, 2005, според Cahill & Foa, 2007).

При лонгитудинално следење на текот на посттрауматскиот стрес кај лица кои доживеале физичка повреда, О'Донел и соработниците (O'Donnell et al., 2007) забележале дека негативните мисли за себе, со текот на времето, имале посилено влијание врз засилувањето на симптомите на ПТСР во споредба со негативните мисли за светот. Тоа значи дека внатрешното чувство на загрозеност е посилен механизам во развојот и одржувањето на ПТСР отколку надворешните карактеристики на закана, барем кај дел од трауматизираните лица. Теоретскиот приод на Фоа и Ротбаум (Foa & Rothbaum, 1998) може да го објасни овој наод. Имено, тие сметаат дека постои интеракција меѓу верувањата за светот и за себе. Доколку трауматизираното лице се доживува како сосема неспособно, тогаш светот станува поопасен. Оттука самопроцените се наоѓаат на повисоко хиерархиско место и влијаат на другите системи на верување.

Ценоф-Булман вели дека позитивните базични претпоставки се фактор на ризик за поинтензивно психолошко страдање, но дека долгорочно се поврзани со поефикасен процес на закрепнување (Janoff-Bulman, 1992). Ова толкување, сепак, не објаснува зошто кај лицата со историја на мултипла трауматизација почесто се јавува ПТСР, ниту, пак, е во согласност со истражувањата што покажуваат дека почетната истакнатост на симптомите е силно поврзана со подоцнежниот тек на растројството (Rothbaum et al., 1992, според Cahill & Foa, 2007).

Меккен и Перлман прифаќаат дека претходно доживеаните трауми и негативните шеми се фактори на ризик за развојот на ПТСР, но истовремено сметаат дека во одредени случаи трауматското искуство, всушност, го унапредува личниот развој и дека постоечките позитивни верувања се фактори на заштита од патолошки одговор (McCann & Pearlman, 1990). Останува нејасно во кои случаи траумата ќе ги разурне позитивните претпоставки, а во кои тие ќе имаат заштитна функција.

Когнитивни теории

Според класичниот когнитивен приод кој примарно се фокусира на депресијата (Beck, 1972; Beck et al., 1979; Ellis, 1977, според Cahill & Foa, 2007), а подоцна ги опфатил и анксиозните растројства (Beck, Emery & Greenberg, 1985, според Cahill & Foa, 2007), емоционалните реакции се одредени од субјективната перцепција на настаните, а не од нивните објективни карактеристики (Lee & Turner,

1997). Тоа значи дека еден настан може да биде толкуван на различни начини и да предизвика различни емоции, а секоја емоција е поврзана со одреден тек на мисли. Кога станува збор за анксиозноста, перцепцијата на опасност е средиштето околу кое се „собираат“ карактеристичните мисли. На пример, мислите што предизвикуваат лутина се засновуваат врз перцепцијата дека другите луѓе се однесуваат на погрешен и нефер начин, мислите што предизвикуваат чувство на вина се засновуваат врз перцепцијата дека сопственото однесување е погрешно и несоодветно, а мислите што предизвикуваат тага вклучуваат перцепција на значајна загуба. Понекогаш се случува емоционалните одговори да бидат посилни и подолги од очекуваното, нарушувајќи го притоа секојдневното функционирање. Овие емоции се последица на искривени или дисфункционални толкувања.

Иако авторите на когнитивната теорија на анксиозните растројства не се фокусирале на ПТСР, сепак, тие сметаат дека луѓето кои страдаат од трауматска невроза не успеваат да направат разлика меѓу безбедни и опасни сигнали, и дека во нивното размислување доминира концептот на опасност (Beck et al., 1985, според Cahill & Foa, 2007). Исто така, предлагаат дека кај нив трауматскиот страв се одржува поради чувството на неспособност да се справат со стресни настани.

Елерс и Кларк нудат когнитивен модел за ПТСР што се засновува врз класичната когнитивна теорија (Ehlers & Clark, 2000). Според овие автори, ПТСР, како и другите анксиозни растројства е резултат на постојано исчекување на закана, во овој случај поврзана со претходно доживеан настан. Со цел да објаснат како овој минат настан создава чувство на закана во сегашноста, тие предлагаат дека лицата со хронично ПТСР го процесираат настанот и/или неговите последици на специфичен начин што овозможува појава на чувство на актуелна закана. Сметаат дека за тоа се клучни два процеса: субјективната процена на трауматскиот настан и/или последиците и природата на трауматското сеќавање и како таа се интегрира со другите автобиографски сеќавања на трауматизираното лице.

Во однос на субјективната процена, овој модел го следи моделот на Бек (Beck, 1976, според Cahill & Foa, 2007), нагласувајќи го каузалното влијание на негативните мисли врз развојот на емоционалните растројства. Во однос на ПТСР, Елерс и Кларк сметаат дека процените кои се релевантни може да се однесуваат на закана што доаѓа однадвор (процена на светот како опасно место) или однатре (процена на лична неспособност). Овој модел ги поставува мислите и верувањата на клучно место во полето на свесноста, што значи дека трауматизираните лица може да бидат конфронтирани во однос на нив преку разговор.

Вториот клучен процес според овој модел е специфичната природа на трауматското сеќавање кај лицата со ПТСР. Фрагментираната природа на трауматското сеќавање, доживувањето дека траумата се случува во сегашноста, а не во минатото и неуспехот да се интегрира ова сеќавање со другите автобиографски сеќавања објаснува како настан што се случил во минатото создава чувство на актуелна закана. Елерс и Кларк користат концепти од теориите на асоцијативни мрежи и сметаат дека она што го прави трауматското сеќавање специфично е присуството на многу силни врски меѓу две дразби и меѓу дразби и реакции, што

овозможува лесно да се повикуваат сеќавањата поради големиот број потсетници. Понатаму, предлагаат дека повикувањето содржини запомнети на асоцијативен начин е несвесно и дека лицето не е секогаш свесно за поврзаноста меѓу емоционалните реакции и трауматското сеќавање. Неуспехот да се идентификуваат симптомите на преплавување може да го попречи процесот на увидување дека потсетниците сами по себе не се опасни.

Иновативниот елемент во овој модел е постоењето однос на реципроцитет меѓу природата на трауматското сеќавање и процената на траумата и нејзините последици. Елерс и Кларк предлагаат дека кога лицата со хронично ПТСР се сеќаваат на траумата, нивното сеќавање е искривено како последица на субјективните процени и тие селективно ги повикуваат информациите што се во согласност со овие процени. Таквото селективно помнење ги попречува да се сетат на аспекти на траумата што не се во согласност или се контрадикторни со процените, со што спречуваат промени во процените.

Покрај тоа, природата на траумата може, исто така, да влијае врз процените. На пример, дезорганизирано, фрагментирано сеќавање, може да предизвика негативни процени за себе („Со мене нешто не е во ред штом не можам да се сетам на детали од настанот“).

Овој модел наведува два фактора: негативните процени на траумата и природата на трауматското сеќавање. Односот на реципроцитет меѓу нив создава своевиден маѓелсан круг што го поттикнува опстојувањето на симптомите на ПТСР преку одржување чувство на постојана закана (Harman & Lee, 2010).

За Елерс и Кларк избегнувањето е од секундарна важност. Тие гледаат на него повеќе како на последица отколку како на причина за постојаното чувство на загрозеност. Поради тоа, третманот што тие го конципираат ги нагласува когнитивните процедури.

Она што овој модел не успева да го објасни е фактот што вметнувањето когнитивна терапија во третман со изложување не ја подобрува ефикасноста на третманот (Foa et al., 2005; Marks et al., 1998; Paunovic & Ost, 2001, според Cahill & Foa, 2007), туку, напротив, вметнувањето интервенција со изложување ја подобрува ефикасноста на когнитивната терапија (Foa & Cahill, 2006, според Cahill & Foa, 2007).

Теории што се повикуваат на структури за мултипла репрезентација

Теоретичарите што ја користат оваа перспектива за да го објаснат развојот на патолошките процеси тргнуваат од претпоставката за постоење најмалку два (но, можеби и повеќе) одделни системи на помнење. Оттука овие автори се обидуваат да ги идентификуваат поединечните карактеристики на различните системи за репрезентација и да ја објаснат нивната меѓусебна поврзаност.

Теорија на двојна репрезентација. Бревин, Далглиш и Џозеф (Brewin, Dalgliesh & Joseph, 1996; Brewin & Holmes, 2003, Monson, Friedman & La Bash,

2007; Ford, 2009a) се автори на модел според кој постојат два одделни система за репрезентација во помнењето што функционираат паралелно, како за време на доживување на траумата, така и потоа. Тоа се *системот на вербално достапно помнење* (ВДП) и *системот на ситуациски достапно помнење* (СДП). Сеќавањата во ВДП содржат информации кои трауматизираното лице ги регистрирало пред, за време и по трауматскиот настан и кои биле доволно свесно процесирани за да преминат во долготрајното помнење, и тоа во форма што подоцна може намерно да се повика и лесно да се пренесе вербално на друг (Brewin & Holmes, 2003).

Тоа значи дека системот ВДП е одговорен за способноста на трауматизираните лица наративно да го споделат трауматското искуство. Сеќавањата во ВДП содржат податоци за тоа што се случило за време на трауматскиот настан и какви емоции се доживевани за време на траумата (наречени примарни емоции, вообичаено страв и беспомошност). Со оглед на тоа што сеќавањата во ВДП можат намерно да се повикаат и разгледуваат, со нивната последователна процена може да се создадат секундарни емоции (на пример, лутина, срам, вина). Покрај тоа, информациите за траумата може да се интегрираат со други сеќавања во ВДП.

Спротивно на овој систем, сеќавањата во СДП содржат информации што може да се добијат од поширок обем на послабо перцептивно процесирање на трауматската ситуација, како што се звуците, сликите, телесните реакции, на кои вниманието свесно се задржало пократко (Brewin & Holmes, 2003). Овие сеќавања не може свесно да се повикаат. Напротив, тие се јавуваат несвесно со помош на надворешни и внатрешни потсетници на траумата. Оттука системот СДП е одговорен за симптоми како што се флешбек и зголемена физиолошка вознемиреност. Покрај тоа, бидејќи овие сеќавања не се кодирани вербално и не може свесно да се повикаат, тие потешко се споделуваат и потешко се интегрираат со други сеќавања.

За разлика од Фоа и Козак (Foa & Kozak, 1986), кои процесирањето на емоциите го дефинираат како промени во структурата на страв што поттикнуваат закрепнување, за Бревин и соработниците (Brewin et al., 1996) тоа во најголем дел е свесен процес во кој репрезентациите на минати и идни настани, и свесноста за телесни состојби поврзани со овие настани, постојано навлегува во работното помнење и активно манипулира со него, без оглед на тоа дали состојбата се подобрува и симптомите се повлекуваат. Бревин и соработниците (Brewin et al., 1996) наведуваат три потенцијални исходи од процесирањето на емоциите: довршување/интеграција (односно закрепнување), хронично процесирање и прерана инхибиција на процесирањето. Закрепнувањето, според овие автори, има две цели: (1) промена на негативните секундарни емоции што резултираат од бескорисните процени на траумата и личните реакции за време на трауматското искуство и потоа, и (2) превенција на автоматската активација на сеќавањата за траумата во СДП. Теоретската претпоставка вели дека тоа може најефикасно да се постигне преку комбинација на когнитивно реструктурирање и терапија со изложување. Фокусирајќи се на идентификација и процена на бескорисните верувања на кои може да им се пристапи вербално, когнитивното реструктурирање се чини дека го поттикнува процесот на елаборирање и интегрирање на информациите за траумата вградени во системот

ВДП. Истата интервенција може да му помогне на трауматизираното лице да создаде нови, поадаптивни процени, што ќе се спротивстават на постоечките и ќе го инхибираат системот СДП. Од друга страна, изложеноста на информации вградени во системот СДП може дополнително да го стимулира процесот на реструктурирање на информациите во системот ВДП, така што тие ќе овозможат пристап до информации што се кодирани во системот СДП, но кои не биле свесно процесирани за време на трауматското искуство, поради што не се дел од ВДП. Авторите, покрај тоа, велат дека терапијата со изложување, во која се активира системот СДП во присуство на нови информации (на пример, во отсуство на силна физиолошка вознемиреност или во комбинација со ефикасни стратегии за справување), резултира со создавање нови сеќавања во СДП што се спротивставуваат на постоечките.

Но, закрепнувањето не е единствениот можен исход. Неуспехот да се интегрира траумата може да се јави во две форми. Кај хроничното процесирање на емоциите постојано се јавуваат трауматските сеќавања од СДП и ВДП, но со минимални или никакви промени. Последица на оваа состојба на континуирано процесирање на трауматските сеќавања е продолжително присуство на изразени симптоми поврзани со траумата и силна вознемиреност, како и појава на дисфункционални начини за справување со симптомите (на пример, злоупотреба на алкохол). Ова може да се случи поради дискрепанца меѓу траумата и претходните верувања, преголеми барања за когнитивните ресурси, несоодветен когнитивен развој, недостаток на социјална поддршка или неможност да се спречи навлегувањето на сеќавања од СДП во свеста.

Кога станува збор, пак, за прерана инхибиција на процесирањето, трауматизираните лица развиваат стратегии на избегнување што служат за ограничување на активацијата на трауматските сеќавања во СДП и ВДП, што повторно оневозможува промени на овие сеќавања. Но, со оглед на тоа што трауматизираното лице не им пристапува често, тоа може да страда од релативно малку симптоми на ПТСР, а да доживува нарушувања во помнењето, искривување во процесот на насочување на вниманието, за да може брзо да регистрира појава на закана, претерано избегнување и дисоцираност. Покрај тоа, бидејќи трауматските сеќавања не се изменети, ниту се развиле нови, овие лица се изложени на висок ризик од релапс при следно изложување на ситуации или емоционални состојби слични на оние присутни за време на траумата.

Прераната инхибиција на процесирањето се јавува во слични услови како и хроничното процесирање, со тоа што дисоцијацијата за време на траумата и претходно постоечка тенденција за избегнување на процесирање негативни информации дополнително ја поттикнуваат појавата на овој дисфункционален процес.

Модел ШПААСР. Далглиш (Dalglish, 1999; Power & Dalglish, 1997, 1999, според Cahill & Foa, 2007) конципираше модел на нормално емоционално искуство кој подоцна го проширил со цел да го објасни и ПТСР (Dalglish, 2004). Според овој модел постојат четири *нивоа* или *типови ментална репрезентација*: *шематски*,

пропозиционален, аналоген и асоцијативен систем на репрезентација, од кои е составена кратенката ШПААСР.

Информациите складирани на пропозиционално ниво се вербално достапни, слично на системот на ВДП, додека информациите на аналогно ниво се складираат како слики во рамки на сите сетилни системи (што ги вклучува и внатрешните сензации), слично на системот СДП. Асоцијативните репрезентации опфаќаат информации складирани на едно ниво кои се асоцираат со информации складирани на друго или на истото ниво.

Постои заемна поврзаност меѓу процесирањето на сите нивоа на репрезентација, но аналогниот и пропозиционалниот систем се ограничени на релативно основни манипулации со информациите, додека на шематско ниво се изведуваат посложени ментални репрезентации. Информациите од аналогното и пропозиционалното ниво можат да навлезат во шематското ниво директно или преку асоцијативна поврзаност, и таму може да бидат интегрирани и проценети од аспект на личните цели. Покрај тоа, процесирањето на шематско ниво влијае врз тоа кои информации ќе се активираат или инхибираат на пониските нивоа на репрезентација и служи како филтер за прием на нови информации што се во согласност со доминантните шеми.

Според овој модел, емоциите се јавуваат на два начина. Првиот е автоматска појава на емоција преку асоцијативна репрезентација, додека вториот е резултат на процес на процена на шематско ниво. При овие процени се земаат предвид очекувањата за исходите поврзани со личните цели. На пример, процена за закана се јавува кога лицето очекува попречување или неуспех во реализирањето на одредена цел, што предизвикува појава на емоцијата страв. Од аспект на ПТСР, трауматските настани претставуваат закани за личниот опстанок.

Во однос на појавата на симптомите на повторно доживување на трауматското искуство, моделот ШПААСР нуди две објаснувања. Повторното доживување може да биде автоматски предизвикано од асоцијативни репрезентации или да рефлектира шематско процесирање при обид за асимилација на нови информации. Се претпоставува дека информациите за траумата се складираат паралелно на шематско, пропозиционално и аналогно ниво, како за време на трауматското искуство така и потоа. Овие информации се поврзани со асоцијативни врски во рамки на секое ниво, но и меѓу поединечните нивоа. Авторите претпоставуваат дека новите информации не се асимилирани во постоечкиот систем на помнење и дека закрепнувањето, всушност, вклучува нивна асимилација.

Со цел да објасни зошто сите трауматизирани лица не закрепнуваат, Далглиш се повикува на конструктот „преттрауматски тип на личност“, што ги содржи преттрауматските шеми за светот, за себе и за другите. Тој зборува за пет типа на личност што се разликуваат во однос на исходот по изложеност на траума, концепт што е сличен на оној развиен од страна на Фоа и Џејкокс (Foa & Jaycox, 1999).

Првиот тип вклучува *индивидуи со урамнотежени преттрауматски шематски репрезентации*, во кои светот е релативно безбеден, другите луѓе се релативно безопасни и себството е релативно отпорно. Овие индивидуи веројатно

ќе закрепнат од траумата без примена на дополнителни интервенции, зашто се способни да ги асимилираат новите информации во постоечките шеми без потреба од претерано приспособување. Од друга страна, постојат *индивидууми кои имаат преценети или нефлексибилни позитивни шеми*. Некои од нив можеби биле претежно заштитени во текот на животот, а нивните шеми се последица на директно искуство, поради што се сметаат за *валидни преценети позитивни шеми*. Во овие случаи, трауматското искуство може да предизвика истакнато и хронично ПТСР, во согласност со хипотезата за уништените претпоставки. Други, пак, кои можеби имале претходни трауматски искуства, се придржуваат кон *шлузорни, преценети позитивни шеми* што се одржуваат преку системска инхибиција на информациите поврзани со овие негативни доживувања. Ова е сличен процес на прераната инхибиција на процесирањето за која зборува Бревин, а резултира со појава на симптоми на отапеност, амнезија и дисоцијација, како и зголемена веројатност за појава на одложено ПТСР, доколку инхибицијата е неуспешна.

Следните два типа вклучуваат преттрауматски негативни шеми за светот, но се разликуваат во однос на шемите за себе. Некои индивидууми имаат *негативни преттрауматски шеми за светот и за себе*, и за нив доживувањето на траума е во согласност со овие шеми, поради што кај нив не се јавуваат симптоми на повторно доживување на трауматското искуство засновани врз процена, кои следуваат по обидот да се асимилираат информациите што не се усогласени со шемата. Но, кај нив, сепак, ќе се јават симптоми на повторно доживување на траумата засновани врз асоцијација. Постојат и индивидууми кои *покрај негативните шеми за светот, развиле позитивни преттрауматски шеми за себе*, како во случај на припадници на служби за итни помош – полицајци, пожарникари, брза помош. Иако овие лица постојано се соочуваат со трауматски искуства што ги потврдуваат негативните шеми за светот, тие се способни да одржат позитивни шеми за себе, за да можат да ја извршуваат својата работа, штитејќи се на тој начин од изразени симптоми на ПТСР. Но, доколку шемите за себе се ригидни, тогаш постои ризик од појава на истакнато ПТСР при соочување со голема неусогласеност меѓу шемите за себе и работното постигнување (на пример, блокада да се дејствува во критична ситуација, што води до негативен исход за себе и за другите).

Теориите за ПТСР што се повикуваат на мултипли структури за репрезентација имаат поголема експланаторна моќ, нудат насоки за идни сознанија и подобрување на третманите. Конструктите користени во овие модели се засноваат врз истражувања од областа на когнитивната невронаука, што овозможува унапредување на сознанијата за психопатологијата и терапијата. Но, комплексноста сама по себе не е доволна. Потребни се дополнителни истражувања за да се процени дали теоријата за двојна репрезентација или моделот ШПААСР можат подобро да ја објаснат психопатологијата и третманот на ПТСР од поедноставните теории.

Критички осврт на когнитивните модели

Сите модели даваат објаснување за свесното повторно доживување на траумата во форма на преплавувачки, непосакувани мисли или сеќавања. Активното избегнување на мисли и потсетници на траумата, како метод на справување со повторното доживување на трауматското искуство, е елемент што, исто така, е присутен во сите модели. Теоријата на условување, теоријата на емоционално процесирање и моделот на Елерс и Кларк додаваат и втора функција на избегнувањето: спречување на промени во структурата во меморијата што е одговорна за одржување на симптомите на ПТСР. Слично на тоа, повеќето модели ги толкуваат симптомите на отапеност и дисоцијација како еден вид избегнување што ја намалува акутната вознемиреност, но придонесува за одржување на растројството. Сепак, некои од моделите нудат и поинакви објаснувања. Моделот на Барлоу и Кин ги толкува симптомите на отапеност како избегнување на емоциите, додека Фоа и соработниците сметаат дека отапеноста претставува своевидна аналгезија како последица на доживеан стрес.

Неколку од моделите даваат објаснување и за механизмите и факторите од кои зависи процесот на закрепнување. Теоријата на емоционално процесирање ја нагласува улогата на избегнувањето во спречувањето на можноста да се коригираат сознанијата, додека Елерс и Кларк ја нагласуваат улогата на когнитивните процени и улогата на трауматското сеќавање во одржувањето на симптомите. Двете теории, покрај тоа, прават разлика меѓу лицата што закрепнале и оние што страдаат од хронично ПТСР.

Теориите на мултипла репрезентација нудат покомплексна типологија на закрепнувањето, но потребни се дополнителни истражувања за да се процени дали оваа комплексност го подобрува разбирањето на механизмите вклучени во спонтаното закрепнување, како и во третманот на растројството.

Литература

- Bergner, R. (2009). Trauma, Exposure and World Reconstruction. *American Journal of Psychotherapy*, 63(3), 267-282
- Brewin, C., Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Brewin, C., Holmes, E. (2003). Psychological Theories of Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339-376
- Cahill, S. & Foa, E. (2007). Psychological theories of PTSD. Во книгата: Friedman, M., Keane, T. & Resick, P. (Ed.) *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York: The Guilford Press
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological Bulletin*, 130, 228-260.
- DePrince, A. & Freyd, J. (2007). Trauma-induced Dissociation. Во книгата: Friedman, M., Keane, T. & Resick, P. (Ed.) *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York: The Guilford Press
- Ehlers, A. & Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Foa, E. & Jaycox, L. (1999). Cognitive-Behavioral theory and treatment of posttraumatic stress disorder. Во книгата: Spiegel, D. (Ed.). *Efficacy and cost effectiveness of psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E. & Kozak, J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. & Rothbaum, B. (1998). Theoretical Basis for PTSD and Its Treatment. Во книгата: *Treating the Trauma of Rape: Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Ford, J. (2009a). Etiology of Traumatic Stress Disorders. Во книгата: Ford, J. *Posttraumatic Stress Disorder: Science and Practice*. Burlington: Academic Press
- Harman, R. & Lee, D. (2010). The Role of Shame and Self-Critical Thinking in the Development and Maintenance of Current Threat in Post-Traumatic Stress Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 13-24
- Janoff-Bulman, R. (1992). Our fundamental assumptions. Во книгата: Janoff-Bulman, R. *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Lee, D. & Turner, S. (1997). Cognitive-behavioural models of PTSD. Во книгата: Black, D., Newman, M., Harris-Hendriks, J. and Mezey, G. (Ed.). *Psychological Trauma: A Developmental Approach*. London: The Royal College of Psychiatrists
- McCann, L. & Pearlman, L. (1990). The disruption of psychological needs and related cognitive schemas. Во книгата: McCann, L. & Pearlman, L. *Psychological Trauma and the Adult Survivor: Theory, Therapy, and Transformation*. New York: Brunner-Routledge.

- Monson, C., Friedman, M. & La Bash, H. (2007). A psychological history of PTSD. Во книгата: Friedman, M., Keane, T. & Resick, P. (Ed.) *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York: The Guilford Press
- O'Donnell, M., Elliott, P., Wolfgang, B., Creamer, M. (2007b). Posttraumatic Appraisals in the Development and Persistence of Posttraumatic Stress Symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 20(2), 173–182.
- Resick, P. & Schnicke, M. (1993). Information Processing Theory and Relevant Treatments. Во книгата: *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage.

Katerina NAUMOVA

COGNITIVE MODELS OF POSTTRAUMATIC STRESS

Summary

Cognitive conceptualizations of posttraumatic stress focus on the role of the subjective component in processing and interpretation of traumatic experiences. The collision between preexisting beliefs about oneself and the world with the traumatic event, the impaired information and emotional processing of the trauma and the specific system of traumatic memory are few of the basic mechanisms that these models use to explain the development of posttraumatic consequences. The paper discusses the strengths and limitations of several cognitive models of posttraumatic stress disorder, as well as their implications for psychotherapy.

Key words: POSTTRAUMATIC STRESS, PTSD, CORE ASSUMPTIONS AND BELIEFS, SHEMATA, TRAUMATIC MEMORIES, INFORMATION PROCESSING, REPRESENTATION SYSTEMS