

Психологија: наука и практика, Vol II (3), 2018

ПСИХОЛОШКАТА АРХИТЕКТУРА НА ПОСТТРАУМАТСКОТО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО

Катерина Наумова¹

*Институтот за психологија, Филозофски факултет,
Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ - Скопје*

Кратка содржина

Во текстот се дискутира сложениот обем на психолошки промени што често се јавуваат во процесот на адаптација по доживеано трауматско искуство. Покрај препознатливата структура на посттрауматското стресно растројство дефинирана согласно со тековните дијагностички критериуми, претставени се и други, клинички релевантни прашања: повеќедимензионалната природа на посттрауматските процеси, холистичкиот пристап кон ефектите од трауматизацијата, заемната поврзаност на различните групи посттрауматски симптоми, специфичните ефекти од трауматските повреди на личноста и интерперсоналните посттрауматски последици. Прегледот вклучува и краток осврт на тековните насоки кон реконцептуализирањето на посттрауматското стресно растројство, како и на клиничките импликации од неусогласеноста меѓу психолошката природа на посттрауматската адаптација и дијагностичките рамки што ги определуваат и насоките за третман.

Клучни зборови: *посттрауматско стресно растројство, траума, адаптација*

¹ knaumova@fzf.ukim.edu.mk

Посттравматското стресно растројство (ПТСР) е најистражуваниот психолошки одговор на трауматски стрес, но и најконтроверзниот феномен во дијагностичката класификација на ментални растројства (Friedman, Resick, & Keane, 2007; McFarlane & Hinton, 2009). Иако подложен на долга историја обиди на преобликување и „усовршување“ (Saigh & Bremner, 1999), неменлив е фактот дека станува збор за динамичен и продолжителен одговор на стрес, што варира во зависност од повеќе фактори. Покрај универзалните особености, постојат индивидуални и културни разлики во психолошките реакции на доживеано трауматско искуство, така што посттравматскиот одговор всушност е последица на сложена интеракција меѓу трауматскиот настан, животната историја на трауматизираното лице и социјалниот контекст во кој се „одигрува“ трауматизацијата (Ursano, Fullerton, & McCaughey, 2001).

Во дијагностичките прирачници посттравматскиот процес на адаптација вообичаено се дефинира низ призмата на ограничен број клинички симптоми, меѓутоа трауматските искуства поттикнуваат промени во целокупниот вредносен систем и верувањата за човечката природа, меѓучовечките односи, смислата на живеењето и доживувањето на себеси.

Клиничките и емпириските наоди упатуваат дека „психолошката архитектура“ на широкиот спектар посттравматски одговори е исклучително комплексна и често не соодветствува со дијагностичките ограничувања на тековните системи на класификација на менталните нарушувања. Импликациите од ваквата неускладеност се манифестираат како потенцијални пропусти во научното изучување на посттравматскиот стрес, но уште повеќе во клиничката практика, каде препознавањето на обемот на посттравматското страдање, особено кога станува збор за долготрајни и повторувачки трауматски искуства, може да има поразителни последици, поштетни дури и од претходно доживеаната трауматизација. Оттука, концептуализирањето на посттравматското стресно растројство, низ што е можно посеопфатна психолошка перспектива, се наметнува како нужно и неизоставно.

Трауматски настани

Поаѓајќи од варијабилниот и сложен тек на посттравматските одговори, веројатно најважната концептуална промена што е направена во однос на ПТСР во актуелната петта ревизија на Дијагностичкиот и статистички прирачник за класификација на менталните растројства (ДСМ-5) е преместување-

то на ова растројство од категоријата на анксиозни растројства, во сосема нова дијагностичка категорија, именувана „Растројства поврзани со трауми и стресори“ (Friedman, 2013; Resick & Miller, 2009). Трауматските искуства, кои се неопходен, но не и единствен предуслов за трауматизација, во оваа ревизија се дефинираат како настани што вклучуваат доживување или соочување со закана по животот, сериозна повреда или сексуално насилство, но и сведоштво на сериозна повреда, закана по животот или смрт на друго лице, при што изложувањето на траумата може да биде единечно или повторено, а ја опфаќа и потенцијалната трауматизација во рамки на одделни професионални дејности. Исфрлен е критериумот кој ја вклучуваше субјективната проценка на траумата како настан што предизвикува страв, беспомошност и ужас, со оглед на тоа што работната група одговорна за проверка на предиктивната валидност на дијагностичките критериуми за ова растројство не утврдила доволен број кроскултурни емпириски наоди кои ја потврдуваат моќта на овој критериум да го предвиди присуството и интензитетот на ПТСР (Friedman et al., 2011a, 2011b; Hinton & Lewis-Fernandez, 2011; Weathers & Keane, 2007).

Наспроти психијатриската дефиниција на траумата, групата за проучување на траумите при Американската психолошка асоцијација трауматскиот стресор го дефинира како процес што води до дезорганизација на суштинското доживување на себе и на светот и остава траен белег врз личната претстава за светот (APA Trauma Group, 2000 според Kira et al., 2008). Примери за такви настани се воени дејствија, силување, злоупотреба на деца, незгоди опасни по животот, смрт на блиски лица, семејно насилство и долготрајна изложеност на малтретирање. Ваквата определба се обидува да ги надмине тесните рамки на општо прифатената дефиниција во ДСМ-5, оставајќи простор и за посттрауматски одговори што не мора нужно да се вклопуваат во симптоматологијата на ПТСР.

Посттрауматски процеси

Кога посттрауматските последици добиваат форма на ПТСР тогаш во биолошкото, психолошкото и социјалното функционирање на трауматизираното лице се препознаваат следниве пет заемно поврзани групи процеси (Wilson, Friedman, & Lindy, 2001):

- (1) преплавување, или повторно доживување на траумата, односно на трауматските сеќавања;

- (2) избегнување и психичка отапеност како механизми на справување со траумата;
- (3) психобиолошки промени и зголемена вознемиреност;
- (4) нарушени процеси на егото и на себството;
- (5) промени во интерперсоналните шеми на афективно врзување, интимност и љубов.

Развојот на овие кластери симптоми води до појава на сложени форми на адаптивно однесување, кои вклучуваат: (1) дисрегулиран афект, (2) промени во личноста, (3) промени во меѓучовечките односи и (4) широк спектар психосоцијални последици, кои ги опфаќаат здравствената состојба, професионалното и социјалното функционирање на трауматизираното лице.

Констелацијата на симптоми на ПТСР е одредена од повеќе фактори (Breslau, 2009; Wilson, 2004): (1) претрауматското ментално здравје и личносните карактеристики, (2) природата, траењето и јачината на трауматскиот настан, (3) средината во која се одвива посттрауматското закрепнување и достапноста на поддршка и третман, (4) степенот на повреда на телесно и психичко ниво, особено на клучни аспекти на личноста, идентитетот и процесите на егото и (5) развојниот период.

Влијанието на траумата врз поединецот е холистичко, така што промените во еден сегмент од целината предизвикуваат промени во другите делови од комплексот тело-ум. Затоа Вилсон и Моран (Wilson & Moran, 2004) сметаат дека ПТСР не е статичен и едnodимензионален феномен, туку флукуирачки повеќедимензионален одговор на стрес, кој влијае врз сите нивоа на психолошкото функционирање:

- 1) *Ментални процеси*: свесност, когниција, донесување одлуки, размислување, помнење, свест, контакт со реалноста, концентрација итн.
- 2) *Афекти*: опсег, зачестеност, траење и интензитет на различни емоции (лутина, анксиозност, страв, ужас, бес, тага итн.)
- 3) *Стилови на справување со траумата*: тенденции на избегнување, изолација, психичка отапеност или загуба на чувства и капацитет за доживување на себеси и на другите, повлекување, рамнодушност, отугување и социјално дистанцирање.
- 4) *Зголемена вознемиреност*: повишени нивоа на физиолошка реактивност што вклучува нарушено спиење, состојба на штрек, нарушени когнитивни процеси, раздразливост, агитираност, вознемирен нервен систем (потење, црвенило, мускулна напнатост, хипервентилација, срцебиење итн.)
- 5) *Промени и нарушувања во себедоживувањето*: намалена самодовер-

ба и ниско себепочитување, нарушена лична благосостојба, чувство на промена во однос на периодот пред траумата, промена во идентитетот, во сликата за себе и телесната шема, загуба на интегритетот и достоинството, вина, срам и чувство на виктимизација.

Структура на посттрауматските одговори

Клучни карактеристики на ПТСР се, сепак, трауматското помнење и формите на повторно доживување и преживување на одделни аспекти на траумата преку сите психолошки системи: помнење, перцепција, емоции, когниција, мотивација и социјални односи (Brewin, 2007).

Кога траумата ќе се вреже во меморијата, може да биде повторно оживеана со различни карактеристики (времетраење, интензитет и сл.) и на различно ниво на свесност (свесно, предсвесно и несвесно). Имајќи предвид дека несвесното е безвременно, трауматските сеќавања можат да продрат во свеста неочекувано, во секој момент од животот, дури и децении по доживувањето на траумата.

Симптомите на повторно доживување на траумата, според Вилсон (Wilson, 2004) опфаќаат различни форми на свесно или несвесно оживување на траумата преку:

- 1) преплаувачки и вознемирувачки сеќавања во форма на слики, визуелни или фрагментирани сеќавања, флешбекови, заемно поврзани или дезорганизирани мисли, и сетилни или перцептивни процеси,
- 2) соншката поврзани со траумата,
- 3) повторно доживување на траумата во форма на одигрување на трауматското искуство, доживување перцептивни или сетилни измами, халуцинации поврзани со траумата и дисоцијативни процеси (деперсонализација, дереализација, амнезија и сл.),
- 4) зголемена психолошка, односно емоционална вознемиреност при изложување на дразби поврзани со траумата, во форма на анксиозност, страв, тага, ужас и други негативни афекти,
- 5) зголемена физиолошка реактивност при изложување на дразби поврзани со траумата, во форма на потење, срцебиење, состојба на штрек итн.

Дразбите што се специфични за доживеаната траума можат да „повикаат“ вознемирувачки мисли, чувства и сеќавања поврзани со трауматското искуство. Кога еднаш ќе се активираат, свесно или несвесно, овие потсетни-

ци може да предизвикаат толку висок степен на анксиозност и вознемиреност што трауматизираното лице почнува да користи дисоцијативни процеси за да се заштити.

Вознемиреноста поврзана со повторното доживување на трауматското искуство не може да се поднесе непрекинато, долг временски период. Хроничната активираност на системот за одговор на стресот го исцрпува организмот, па оттука симптомите на избегнување и психолошката отапеност може да се набљудуваат како форма на справување со дисрегулirаниот одговор на стресот. Овие симптоми на ПТСР може да имаат адаптивна, но и маладптивна природа, кога резултираат со социјална рамнодушност и емоционална анестезираност.

Трауматизацијата доведува и до своевидна психолошка кратковидост, каде претставата за иднината е исполнета со безнадежност и чувство на скрапување на животот. Ваквиот однос кон животот може да прикрива депресија, научена беспомошност и чувство на губење на контрола врз животот. Како последица на тоа, трауматизираното лице може да прибегне кон ризично, импулсивно или автодеструктивно однесување.

Хипервигилноста, од друга страна, претставува автоматски психобиолошки одговор што се состои од когнитивни, афективни, соматски и бихевиорални компоненти, изразени преку четири вида симптоми: (1) тешкотии со спиењето, (2) дефицит во когнитивните процеси, (3) перцептивна и сетилна хиперсензитивност, (4) зголемена вознемиреност. Во однос на перцепцијата и когницијата, лицата со ПТСР, речиси автоматски и често несвесно, ја „скенираат“ средината, барајќи знаци на закана. При откривањето на таков знак се интензивира нивниот афективен и соматски одговор на заканата, врз основа на претходно доживеаното трауматско искуство. Тие често имаат и намалена способност за правилно препознавање и толкување на сопствените внатрешни состојби и доживувања, што води до погрешно толкување на намерите, дејствувањето или вербалното изразување на другите луѓе. Поради тоа, лицата со ПТСР често реагираат раздржливо, со непријателство, нетрпеливо, со лутина, цинизам, конфронтирачки и агитирано во ситуации што ги вознемираат.

Посттрауматски промени во личноста

Последниве години се менува и разбирањето на опсегот на посттрауматските последици кои го надминуваат концептот за ПТСР. Имено, Вилсон

(Wilson, 2004) идентификувал единаесет одделни типологии на посттрауматски личносни конфигурации, кои постојат во континуум од изразена патологија (пасивно себство) до оптимално здравје (интегрирано себство). Оваа типологија вклучува и различни аспекти на посттрауматска патологија и личносни процеси, и го илустрира широкиот опсег на насоки во кои може да се одвива процесот на трансформација по доживеана траума.

Вилсон утврдил шест клучни димензии на себството кои се најмногу засегнати по доживување трауматско искуство: кохерентност, поврзаност, континуитет, енергија, автономија и виталност, што може да водат до дезинтеграција, дисоцираност или фрагментираност.

Понатаму, Вилсон и соработниците (Wilson et al., 2001) идентификувале поголема група симптоми кои се манифестација на трауматска повреда на структурата на личноста, процесите на егото и личниот идентитет:

- 1) Нарцисоидни и други личносни карактеристики кои се резултат на повреда на структурата на личноста,
- 2) Деморализираност, дисфорија и егзистенцијален сомнеж во смислата на животот,
- 3) Губење на кохерентност на егото и разградување на структурата на личноста,
- 4) Загуба на чувство на континуитет на идентитетот или на стабилноста на егото,
- 5) Фрагментираност на идентитетот или нарушување на идентитетот,
- 6) Срам, недоверба, губење на себепочитувањето, чувство на вина, себеобвинување,
- 7) Променливи/нестабилни состојби на егото, тенденција кон дисоцијација,
- 8) Безнадежност, беспомошност, себеобвинување, мазохистички и автодеструктивни тенденции,
- 9) Суицидалност, автодеструктивност,
- 10) Хронични чувства на несигурност и ранливост, депресивност, беспомошност, безнадежност,
- 11) Егзистенцијална анксиозност, страв, очај, бесмисленост,
- 12) Загуба на религиозен/духовен систем на верување,
- 13) Мизантропски верувања, цинизам, гледиште дека светот не е безбеден, не е предвидлив и не заслужува доверба.

Интерперсонални посттрауматски последици

Во однос на влијанието на ПТСТ врз потенцијалот за воспоставување интерперсонални односи, кои вклучуваат интимност и врзување, Вилсон и соработниците (Wilson et al., 2001) повторно наведуваат голем број симптоми кои може да се јават периодично, но и во епизоди, што значи дека е можно една група симптоми да опстои подолго од другите:

- 1) Отуѓување: социјално, емоционално, личностно, културно и духовно,
- 2) Недоверба, воздржаност, таинствено однесување, резервираност при социјални средби,
- 3) Рамнодушност, изолација, повлекување и чувство на празнина,
- 4) Анхедонија: загуба на задоволство од животот, загуба на способноста за уживање,
- 5) Губење на капацитетот за поврзување со други луѓе,
- 6) Автодеструктивни или самопонижувачки интерперсонални односи,
- 7) Импулсивност, ненадејни промени на местото на живеење, на занимањето или на интимните релации,
- 8) Нарушен сексуален нагон,
- 9) Неспособност за опуштање или за примање грижа, внимание и физички контакт од друго лице,
- 10) Нестабилни и интензивни интерперсонални односи кои произлегуваат од трауматското искуство,
- 11) Тешкотии во поставување и одржување граници во односите што се засновуваат на трауматското искуство,
- 12) Анксиозност поради напуштање или загуба на блиско лице,
- 13) Повторувачки самопонижувачки интерперсонални односи кои се одраз на неадекватни обрасци на врзување, како последица на злоупотреба во порани развојни периоди.

Нови насоки во концептуализирањето на ПТСТ

Кумулираното незадоволство од ограничените можните на категоријскиот пристап кон менталните нарушувања, ги поттикна истражувачите сè повеќе да се ориентираат кон проучување на т.н. општи фактори на психопатологијата и кон димензионални таксономии на психопатолошките симптоми (на пример, Caspi et al., 2014; Kotov et al., 2017). Во однос на ПТСТ, изминативе години се прават позасилени обиди моделот на четири фактори на симпто-

ми понуден во ДСМ-5, да се ревидира и прошири. Во литературата сега се сретнуваат модели на пет до седум фактори на посттравматска симптоматологија, каде факторските анализи на емпириските наоди независно, или заедно со тековните теориските согледувања го детерминираат реконцептуализирањето на посттравматската адаптација (Armour, Mullerova, & Elhai, 2016). Истовремено, се подготвува и единаесеттата ревизија на Меѓународниот класификација на болести на СЗО, која за разлика од ДСМ-5, е ориентирана кон поедноставување на дијагностичкиот процес на ПТСР (Brewin et al., 2017).

Одредувањето на латентната структура на посттравматските симптоми секако може да ги подобри дијагностичките постапки и третманот, особено доколку се интензивираат напорите за проверка на новопонудените модели во различни култури. Меѓутоа, независно во која насока ќе се движат пона-таму процесите на ревидирање на посттравматското стресно растројство, за клиничката практика ќе продолжи да биде порелевантен увидот во особеностите на индивидуалната „психолошка архитектура“ на посттравматскиот одговор, отколку првичниот чекор на потенцијално задоволување на неопходните дијагностички критериуми.

Литература

- Armour, C., Mullerova, J. & Elhai, J.D. (2016). A systematic literature review of PTSD's latent structure in the diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV to DSM-5. *Clinical Psychology Review*, 44, 60-74 doi:10.1016/j.cpr.2015.12.003
- Breslau, B. (2009). The Epidemiology of Trauma, PTSD and Other PosttraumaDisorders. *Trauma, Violence & Abuse*, 10, 198-210
- Brewin, C. (2007). Remembering and Forgetting. In M. Friedman, T. Keane, & P. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and Practice* (pp.116-134). New York: The Guilford Press
- Brewin, C., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., & Bryant, R. . . . Reed, G.M.. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1-15. doi:10.1016/j.cpr.2017.09.001
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., ... Moffitt, T. E. (2014). The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clinical Psychological Science : A Journal of the Association for Psychological Science*, 2(2), 119–137. <http://doi.org/10.1177/2167702613497473>
- Friedman, M. J. (2013), Finalizing PTSD in DSM-5: Getting Here From There and Where to Go Next. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 548–556. doi:10.1002/jts.21840
- Friedman, M., Resick, P., Bryant, R. & Brewin, C. (2011a). Considering PTSD for DSM-5. *Depression & Anxiety*, 28, 750-769.
- Friedman, M., Resick, P., Bryant, R., Strain, J., Horowitz, M. & Spiegel, D. (2011b). Classification of Trauma and Stressor-Related Disorders in DSM-5. *Depression & Anxiety*, 28, 750-769.
- Friedman, M., Resick, P. & Keane, T. (2007). PTSD: Twenty-five years of progress and challenges. In M. Friedman, T. Keane, & P. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and Practice* (pp.3-18). New York: The Guilford Press
- Hinton, D. & Lewis-Fernandez, R. (2011). The Cross-Cultural Validity of Posttraumatic Stress Disorder: Implications for DSM-5. *Depression & Anxiety*, 28, 783-801.
- Kira, I., Lewandowski, L., Templin, T., Ramaswamy, V., Ozkan, B. & Mohanesh, J. (2008). Measuring Cumulative Trauma Dose, Types, and Profiles Using a Development-Based Taxonomy of Traumas. *Traumatology*, 14, 62-87.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., . . . Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477. <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000258>
- McFarlane, A & Hinton, D. (2009). Ethnocultural issues. In D. Nutt, M. Stein, & J. Zohar (Eds.), *Posttraumatic Stress Disorder: Diagnosis, Management, and Treatment* (pp.163-175). London: Informa UK

- Resick, P., & Miller, M. (2009). Posttraumatic Stress Disorder: Anxiety or Traumatic Stress Disorder? *Journal of Traumatic Stress*, 22 (5), 384–390
- Saigh, P., & Bremner, D. (1999). The History of Posttraumatic Stress Disorder. In P. Saigh & D. Bremner (Eds.), *Posttraumatic Stress Disorder: comprehensive text* (pp.1-17). Boston: Allyn and Bacon.
- Ursano, R., Fullerton, C. & McCaughey, B. (2001). Trauma and disaster. In R. Ursano, B. McCaughey, C. Fullerton (Eds.), *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster: The Structure of Human Chaos* (pp.3-28). New York: Cambridge University Press
- Weathers, F., & Keane, T. (2007). The Criterion A Problem Revisited: Controversies and Challenges in Defining and Measuring Psychological Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 20(2), 107–121
- Wilson, J. (2004). PTSD and Complex PTSD: Symptoms, Syndromes, and Diagnoses. In J. Wilson & T. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp.7-44). New York: The Guilford Press
- Wilson, J., Friedman, M., & Lindy, J. (2001). A Holistic, Organismic Approach to Healing Trauma and PTSD. In: J.P. Wilson, M. J. Friedman, & J. D. Lindy (Eds.), *Treating psychological trauma and PTSD* (pp. 28-56). New York: Guilford Press.
- Wilson, J. & Moran, T. (2004). Forensic/Clinical Assessment of Psychological Trauma and PTSD in Legal Settings. In J. Wilson & T. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp.603-637). New York: The Guilford Press.

THE PSYCHOLOGICAL ARCHITECTURE OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

Katerina Naumova

Abstract

The paper discusses the complex range of psychological changes that often develop in the adaptation process after a traumatic experience. In addition to the well known structure of the posttraumatic stress disorder defined in accordance with current diagnostic criteria, other clinically relevant issues are presented: the multidimensional nature of posttraumatic processes, the holistic approach to traumatization effects, the interconnectedness of posttraumatic symptom clusters, the specific effects of traumatic personality injuries and posttraumatic interpersonal consequences. The review includes a brief overview of current PTSD reconceptualization efforts, as well as of the clinical implications of the disparity between the psychological nature of posttraumatic adaptation and the diagnostic frameworks that determine treatment guidelines.

Keywords: *posttraumatic stress disorder, trauma, adaptation*