

ОД ТРАУМА ДО ПОСТТРАУМАТСКО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО

Кратка содржина

Во трудот е претставен развојот на концептот за посттрауматско стресно растројство, почнувајќи од најраните достапни историски записи, преку мноштвото поими и дефиниции на посттрауматскиот одговор актуелни особено за време на Првата и Втората светска војна, па се до раѓањето на оваа дијагностичка категорија во 1980 година. Опфатени се и модификациите во дефинирањето на посттрауматското стресно растројство во последните две децении, како и критиките и ограничувањата на концептот.

Клучни зборови: ТРАУМА, ПОСТТРАУМАТСКО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО, ПТСП.

Посттрауматското стресно растројство (ПТСП) често се дефинира како најновиот изум на современата западна психијатрија, но историјата на развојот на концептот за ПТСП е долга и исполнета со пресврти. Веројатно ниту една друга дијагностичка категорија не поминала низ толку промени и корекции како ПТСП. Токму поради тоа антропологот Алан Јанг смета дека концептот за ПТСП е историски конструкт, амалгам од практика, технологија и приказни (преку кои се дијагностицира, проучува, третира и претставува), како и од различни интереси, институции и морални аргументи, кои ги мобилизираат овие напори и ресурси (Young, 1995, според Leys, 2000).

Терминот *траума* својата првобитна примена ја пронашол во хирургијата, како име за хируршка рана што е последица на кинење на кожата, што понатаму предизвикува глобална катастрофична реакција во организмот. Лапланш (Laplanche, 1976, Leys, 2000) потенцира дека не е едноставно да се открие транспонирањето на медицинското значење на овој термин во неговото психолошко значење. Во освртот на историјата на проучувањето на психичката траума, Џудит Херман (2000), пак, подвлекува дека тоа е историја на повремена амнезија, или како уште ја нарекува „подземна“ историја, за да го одбележи наизменичниот подем и пад на интересот и свеста за оваа тема.

Први историски записи

Записи за последиците и влијанието на трауматските искуства врз менталното здравје се среќаваат со векови наназад, најнапред во литературата и историските анали, а подоцна и во медицинската и психолошката литература. Вообичаено се смета дека почетокот на историјата на ПТСР датира од пред околу 350 години, но Бен-Езра (Ben-Ezra, 2002) наведува дека првиот опис на траума и на симптомите на ПТСР може да се најдат во стиховите на еден сумериски запис со клинесто писмо, што датира од пред 4000 години.

Стиховите го опишуваат нападот и уништувањето на градот Ур од страна на Сумерите и Еламитите, како и реакциите на доживеаната траума. Според Бен-Езра тоа е прв увид во воени трауматски искуства во античкиот период. Стиховите се запишани после изложеност на трауматски настан, по кој следат карактеристични посттрауматски симптоми, од кои најчести се потешкотиите со спиењето:

*„Сумерите и Еламитите, уништувачите, во ништавило
градот го претворија.*

Куќата на праведниот ја распарчија; луѓето врескаа.

Во рушевини градот го претворија; луѓето врескаа.

Една жена плаче: ‘Леле, мојот град,’

плаче: ‘Леле, мојата куќа’ (стихови 242-245)

*Пред неговите огромни порти, каде тие сакаа да шетаат,
мртви тела лежеа;*

*На неговите пространи улици, каде гозбите се прославуваа,
тие лежат расфрлани наоколу.*

На сите улици, каде тие сакаа да шетаат, мртви тела лежеа;

*На сите места каде прославите на земјата се одржуваа,
мноштво луѓе лежеа (стихови 214-217)*

Таа ноќ горчлива тага ми беше нанесена,

И јас таа ноќ, иако од страв треперев

Не побегнав пред насилството нејзино

*Уништувањето како циклон во бура - ужасот од него
навистина ме исполни.*

Поради страдањето од него, таму каде навечер спијам,

Таму каде навечер спијам, навистина нема мир за мене.“ (стихови 95-99)¹

¹ Превод според Kramer, S.N (1969). A Sumerian lamentation, Во книгата: Trenton, P.(Ed.) Ancient Near Eastern Texts Relating to the Old Testament. New Jersey: Princeton University Press.

Имајќи ја предвид повторливата природа на историјата на човештвото веројатно е дека детално проучување на записи и од други антички култури ќе открие описи на индивидуални или колективни трауми и на карактеристични реакции на нив. Како и да е, досегашното проучување на историјата на посттрауматското стресно растројство следниот опис на ефектите од трауматско искуство го пронашло во 1666 год. во дневникот на Семјуел Пепис. Шест месеци откако го преживеал Големот пожар во Лондон, Пепис во својот дневник запишал: *„Чудна е помислата што до денешен ден не можам да заспијам ниту една вечер без да сонувам кошмари за пожарот; а оваа ноќ не можев да заспијам дури до два по полноќ поради ужасни кошмари за пожарот“* (Daly, 1983, според Saigh & Bremner, 1999; Lamprecht & Sack, 2002; Birmes et al., 2003).

Невроза, синдром или шок?

Следните напори да се проучи природата на психолошката траума биле поврзани со војни, како последица на забелешката дека војниците изложени на борба често доживувале дистрес, што се манифестирал со преголема вознемиреност на кардиоваскуларниот систем. Артур Мајерс во 1870 год. го сковал терминот **„војничко срце“** (Soldiers Heart) за да ја опише често присутната состојба кај војниците во која доминирале екстремна исцрпеност, диспнеа, палпитации, потење, тремор и повремени синкопи (Lasiuk & Hegadoren, 2006; Birmes et al., 2003).

Една година подоцна, лекарот Да Коста кој за време на Граѓанската војна во Америка (1361-1865) ги лекувал повредените, кај војниците изложени на директни воени дејствија исто така забележал зголемена вознемиреност, раздразливост и забрзана работа на срцето (Da Costa, 1871, според Saigh & Bremner, 1999; Moreau & Zisook, 2003). Оваа група на симптоми подоцна била именувана **„синдром Да Коста“**, **„синдром на напор“** или **„војничко раздразливо срце“** (Soldiers Irritable Heart) и се сметало дека претставува биолошки одговор на стресот поврзан со учество во воени дејствија (Trimble, 1981, според Saigh & Bremner, 1999; Birmes et al, 2003).

Речиси истовремено во Европа, англискиот хирург Џон Ериксен во својата книга *„Повреди на нервниот систем на железничка пруга и од други причини“*, ги опишал симптомите на синдромот **„рбет повреден на железничка пруга“** (railway spine). Според Ериксен симптомите почнуваат речиси незабележливо после удар во рбетниот столб, кој може да биде особено силен при несреќи на железничка пруга и кој предизвикува сериозен воспалителен процес на коскената

срж. После неколку денови или недели лицето почнува да чувствува промени: побледува, станува исцрпено, намалена му е моќта за концентрација, а помнењето нарушено, тешко спие и сонува страшни сонисшта. Подоцна болката се интензивира и го попречува слободното движење, а речиси секогаш е присутна чувствителност на притисок врз ‘рбетниот столб. Ериксен сметал дека патолошката слика наликувала на хроничен миеломенингитис, а голем дел од лекарите оваа состојба често погрешно ја толкувале како хистерија (Erichsen, 1866, според Weisæth & Eitinger, 1991; Lamprecht & Sack, 2002; Birmes et al 2003).

Постепено се зголемила свеста и интересот за психолошките промени при ваква повреда, што довело синдромот да биде преименуван во „**мозочна повреда од незгода на железничка пруга**“ (railway brain), што тогаш се чинело сосема логично, зашто во најголем дел токму мозок бил засегнат од повредата. Патолошките и анатомските иследувања не успеале да ја потврдат претпоставката на Ериксен за миеломенингитните промени, така што следното објаснување кое било понудено се фокусираше на промени од субмикроскопски молекуларен вид. Иако ваков тип на промени не било можно ниту да се видат ниту да се потврдат, сепак медицината останала убедена во нивното постоење (Weisæth & Eitinger, 1991; Birmes et al, 2003).

Овој синдром во 1888 година германскиот невролог Херман Опенхајм за првпат го нарекол „**трауматска невроза**“ (Lamprecht & Sack, 2002; Lasiuk & Hegadoren, 2006). Развојот на концептот за неврозата започнал со Кулен, кој оваа дијагноза ја употребил за првпат во 18. век, а потоа продолжил со делата на Шарко, Фројд и Жане. Шарко, на пример, кај своите пациенти, ветерани од Француско-Пруската војна (1870-1871) ги забележал следните симптоми: срцебиене, исцрпеност, болки во градите, вртоглавица и несвестица, главоболки, болки во грбот, треперење на рацете и вратот, тешкотии со спиењето и дезориентираност (Jones & Wessely, 2007). Но терминот „**нервен шок**“ што Шарко го користел, пред сè, се однесувал на соматски настан, кој можел да предизвика иста мозочна состојба како хипнозата, што според Шарко била неопходен услов за тнр. хистеротрауматска автосугестија. Психолошките аспекти на реакцијата, емоцијата на страв или шок, биле разгледувани од физички аспект, исто како кај Опенхајм. Постепено чистото соматско објаснување за локализацијата станало неодржливо, а истовремено етиологијата се приближувала сè поблиску до психолошкото искуство (Weisæth & Eitinger, 1991).

На крајот на 19. век германскиот нозолог, Крепелин, го сковал терминот „**невроза поврзана со страв**“ (schreckneurose), за да опише психичка состојба „*составена од мноштво невротски и психички феномени, кои се јавуваат како*

резултат на интензивна емоционална вознемиреност или ненадеен страв, што создава огромна анксиозност; следствено таа може да се забележи по сериозни несреќи и повреди, особено после пожари, излетување од или судар на железничка пруга“ (Краепелин, 1896, според Saigh & Bremner, 1999; Lamprecht & Sack, 2002). На неговото дефинирање на посттрауматската невроза подоцна особено влијание имале делата на Едуард Стирлин, кој ги проучувал реакциите на жртви на природни и технолошки катастрофи. Стирлин сметал дека стравот и силните емоции се најважните етиолошки фактори за неврозата, односно дека емоциите создаваат состојба на намалена одбрана во рамки на нервниот систем, што пак создава основа за развој на неврозата. Како дополнителни фактори на ризик ги вклучил и неповолните социјални услови и личносните карактеристики (Stierlin, 1909 и 1911, според Weisæth & Eitinger, 1991).

Почетокот на 20. век бил одбележан со намален интерес за проучувањето на траумите, но било невозможно да се остане рамнодушен пред безмалку епидемичните размери на воената невроза за време на Првата светска војна.

Британскиот воен психијатар Чарлс Самјуел Мајерс во 1915 год. го вовел терминот **„шок од граната“** (shell shock)² за да го опише овој феномен. На почетокот сметал дека причината за овој синдром се церебрални повреди и прскање на мали крвни садови како резултат на близината на гранати што експлодираат. Но кога Мајерс забележал дека овие симптоми се јавуваат и кај војници кои не учествувале во борбени дејствија, бил принуден да направи разлика помеѓу невролошката состојба на контузија од граната и психолошката состојба на шок од граната, предизвикана од екстремните услови на војната (Lamprecht & Sack, 2002; Lasiuk & Hegadoren, 2006; Birmes et al., 2003).

Во 1919 год. Саутард ги опишал симптомите на 589 војници кои страдале од синдромот „shell shock“. Меѓу нив бил и еден француски каплар, кој бил закопан жив, откако граната го погодила неговиот ров. Иако преживеал без никаква физичка повреда *„пулсот му беше варијабилен; при одмор изнесуваше 60, но ако во близина беше ненадејно удрено со тупаница на маса, пулсот се подигаше на 120“* (Southard, 1919, според Saigh & Bremner, 1999). Во книгата *„Воена невроза и шок од граната“*, Мот (Mott, 1919, според Saigh & Bremner, 1999) го навел следниот автобиографски запис на еден британски полковник, кој за време на војната неколку денови бил заробен во Франција:

² Shell shock бил термин што се користел во Велика Британија, додека во Франција истата состојба била наречена „трауматски шок“, „нервен шок“; а во Германија „воена хистерија“, „контузија од граната“ и „парализа од експлозија на граната“ (Jones & Wessely, 2006).

„Во текот на петте дена што ги поминав во селото бев постојано изложен на гранатирање од наша страна и на опасност да бидам откриен од страна на непријателот, кој исто така го окупираше селото. Секоја ноќ се обидував да поминам низ неговите барикади без да бидам забележан, но не успевав. Четвртиот ден мојот водник го усмрти граната. Во тој период немав ништо за пиење или јадење освен малку вода. Петтиот ден ме спасиле нашите трупи додека сум бил онесвесен. Во моментот сонувам соништа во кои ги слушам гранатите како експлодираат и свират во воздухот. Постојано го гледам мојот водник, и жив и мртов; а јасно ги гледам и моите обиди да побегнам. Понекогаш во сон ги чувствувам интензивната глад и жед, што ги чувствував во селото. Кога ќе се разбудам се чувствувам потполно исцрпен и облеан со ладна пот. Кратко по будењето не препознавам каде се наоѓам, а околината го поприма обликот на рушевините во кои тогаш се криев толку долго. Понекогаш ми се чини дека не сум сосема буден, и како да задремувам и имам спротиставени мисли дека се наоѓам во болница и истовремено дека сум во Франција. Во текот на денот, кога седам и не правам ништо посебно и се фаќам како задремувам, се чини како умот веднаш да ми лета назад во Франција.“

На почеток воената невроза или шокот од граната биле толкувани единствено како физички повреди или симулација, а не како психолошко страдање, зашто општоприфатената идеја за британскиот војник била дека тој е „херој“, кој не е возможно да страда од „ментални“ симптоми, што во тој период се сметале за морална слабост, поради што некои автори овие војници ги нарекувале „морални инвалиди“ (Leri, 1919, според Херман, 2000). Но, отпорот кон психолошкото толкување на реакцијата постепено згаснал и војската пристапила кон отворање центри за психолошки третман на трауматизираниите војници (Ahrenfeldt, 1958, според Weisæth & Eitinger, 1991).

Психотерапевтот Вилијам Браун кој имал можност да следи 3.000 случаи на воена невроза во Франција и Британија за време на војната, сметал дека карактеристичните симптоми на синдромот „shell shock“ - мутизмот, губењето на видот или слухот, конвулзивното тресење на екстремитетите, анестезијата, исцрпеноста, несоницата, депресијата и ужасните повторувачки ноќни мори, симптоми кои биле специфични главно за хистеријата кај жените - всушност претставуваат телесно изразување на блокирани или потиснати емоции. Неподготвеноста на војниците да се ослободат од овие емоции на директен начин, резултирала со нивно несвесно „материјализирање“ преку конверзија во физички, односно телес-

ни симптоми. Највпечатливо било тоа што војниците не се сеќавале на настаните што лежеле во основата на нивната актуелна состојба. На тој начин дисоцијацијата или амнезијата станала заштитен знак на воената невроза (Brown, 1920, според Leys, 2000).

По војната, во текот на 1930-те и 1940-те години вниманието на стручната јавност се свртело кон трауматските искуства поврзани со природни катастрофи, несреќи и сексуално насилство. Прасард ги опишал карактеристиките на психолошкиот дистрес кај жртви на силен земјотрес во Индија (Prasard, 1934, според Saigh & Bremner, 1999; Lamprecht & Sack, 2002), додека Бендер и Блау објавиле еден од првите написи за реакциите на сексуално злоупотребуваните деца (на возраст 5-13 години), во кој ги опишале нивните стравови, ноќните мори, избегнувачкото однесување, раздразливоста, хипервигилноста и игрите со одигрување на трауматскиот настан (Bender & Blau, 1937, според Saigh & Bremner, 1999). Неколку години подоцна Адлер ги опишал „посттрауматските ментални компликации“ кај преживевани од пожар во еден ноќен клуб во Бостон (Adler, 1943, според Saigh & Bremner, 1999; Lamprecht & Sack, 2002).

Со почетокот на Втората светска војна, воената невроза станала повторно актуелна. За време на војната бројот на тнр. „психолошки жртви“ достигнал илјадници. Гринкер и Шпигел во делото „*Луѓе под стрес*“ ги опишале симптомите на тнр. „**борбена невроза**“: немир, тешкотии со заспивањето, ужасни ноќни мори поврзани со траумата, постојана загриженост, намален апетит, напнатост, чувство на беспомошност, очај итн. (Grinker & Spiegel, 1945, според Saigh & Bremner, 1999; Birmes et al., 2003).

Британскиот психијатар Вилијам Сарџент, пак, во описот на акутната воена невроза препознал акутна хистерија кај некои од војниците, реактивна депресија, функционално губење на сеќавањето или на употребата на екстремитетите и редица други симптоми „кои во толкаво мноштво не можат да се видат во ниту една друга ситуација освен во војна - можеби единствено после земјотрес или несреќа на железница, кога повеќето луѓе се склони кон слом“ (Sargant, 1967, според Leys, 2000). Во својот прв труд посветен на воената невроза тој освен тоа забележал и дека „мажите кои се релативно силни како личности, можат да доживеат слом кога напорот и стресот на кој се изложени е доволно голем“ (Sargant & Slater, 1940, според Leys, 2000).

Сознанието дека секој човек може да се „скрши“ во тие услови станало општо прифатено, а напорите на психолозите и психијатрите биле насочени кон проучување на односот помеѓу степенот на изложеност на борба и интензитетот на психолошкото страдање. Американските психијатри Апел и Биби процениле

дека се доволни 200-240 денови борба за да се скрши и најсилниот војник: „*Не постои 'навикнување на борба'... Секој момент од борбата наметнува толку големо оптоварување што луѓето се кршат во сразмер со интензитетот и времетраењето на нивната изложеност. Затоа психијатриските жртви во војната се исто толку неизбежни колку и раните од куршум или од шрапнел*“ (Appel & Beebe, 1946, според Херман, 2000).

Своевиден пресврт во разбирањето на симптоматологијата и психодинамиката на воената невроза направил Абрахам Карднер во 1941 година, со своето дело „*Трауматска воена невроза*“, што претставувало прв систематизиран преглед, особено на хроничните последици од воените трауми и инспирација за современата слика на посттрауматскиот синдром (Young, 1995, според Leys, 2000). Карднер препознал дека воените неврози претставуваат еден вид хистерија, но поради погрдното значење што овој термин го стекнал во општествени рамки избегнувал да го употребува. Наместо тоа го користел терминот **физионевроза**, која сметал дека се јавува како резултат на разорувањето на адаптивните капацитети на лицето. Според него воената невроза била поеднакво психолошко и физиолошко растројство, со специфична патофизиологија. Дисоцијативните симптоми, кои денес ги нарекуваме флешбек феномени, Карднер ги нарекол комплекс на епилептични симптоми (Lamprecht & Sack, 2002; Birmes et al., 2003).

Иако во овој период најголемиот број студии се фокусирале на трауматизирани возрасни лица, не бил мал бројот и на трудови посветени на искуствата на децата и адолесцентите. Неколку студии кои вклучувале млади од Британија, Франција и Финска опишале слични симптоми: стравови поврзани со војната, ноќни мори, избегнувачко однесување, отапени емоции, како и брзо вознемирување при изложеност на дразби поврзани со војната (Bodman, 1941; Mercer & Despert, 1943; Bradner, 1943, според Saigh & Bremner, 1999).

Во повоениот период голем број истражувачи почнале да ги проучуваат емоционалниот и психофизиолошкиот дистрес кај воени затвореници. Фридман го користел терминот **синдром Бухенвалд** за да го опише сетот симптоми кај младите Евреи кои ги преживеале нацистичките логори. Тој забележал дека 50-60% од овие деца страдале од физички тегоби без органска етиологија, а голем дел страдале и од „афективна анестезија“, проблеми со спиењето, субјективни стравови и хипервигилност (Friedman, 1948, според Saigh & Bremner, 1999).

По капитулацијата на Јапонија, Волф и Рипли ја опишале психопатологијата кај примерок американски војници, кои поминале три години во затвор во Јапонија, каде биле изложени на живот во несоодветни услови, болести, принудна работа, физичко насилство и мачење. Речиси четвртина од нив доживувале

ноќни мори и стравови поврзани со војната, имале отапен афект и слаба концентрација, и се чувствувале бесни и депресивни (Wolf & Ripley, 1947, според Saigh & Bremner, 1999). Повеќе од деценија подоцна, Ејтингер ги опишал реакциите на 100 преживевани норвежани од германските концентрациони логори, меѓу кои доминирале хроничен замор, намалена концентрација и раздразливост (Eitinger, 1962, според Saigh & Bremner, 1999).

Раѓање на нова дијагностичка категорија

Под притисок на преваленцијата на проблемите со менталното здравје поврзани со воени трауми, *Комитетот за номенклатура и статистика* при Американската психијатриска асоцијација (АПА) во првото издание на *Дијагностичкиот и статистичкиот прирачник за ментални растројства* (ДСМ-1) од 1952 год., ја вклучил и категоријата „голема реакција на стрес“, што опфаќала изложеност на „интензивни физички барања или екстреман стрес, како што се учество во воени дејствија или цивилни катастрофи (пожар, земјотрес, експлозија и сл.)“. Според Моро и Зисук (Moreau & Zisook, 2003) ваквата класификација упатувала дека секој поединец има одредена точка на издржливост и ако траумата е доволно силна, релативно е природно да се манифестира интензивна реакција. Тоа значело дека ваквата дијагноза може да биде соодветна и за претходно ментално здрави лица кои доживуваат неподнослив стрес, што било спротивно од актуелното психодинамско толкување на трауматските реакции (Saigh & Bremner, 1999; Lamprecht & Sack, 2002). Класификацијата не содржела операционализација на критериумите за поставување на дијагноза „голема реакција на стрес“.

Истражувањата спроведени во 1950-те и 1960-те години ја потврдиле специфичноста на дистресот по доживевани воени трауматски искуства, но и по природни и индустриски несреќи. Водена од претпоставката дека сознанијата за последиците од тнр. граѓански несреќи можат да послужат за предвидување на психопатолошките последици од воени стресови, *Американската национална академија на науки* финансирала истражувања чија цел била процена на менталното здравје на преживевани од цивилни несреќи. Овие истражувања, кои вклучувале преживевани од торнадо, потонување на брод, земјотрес и поплави, уште еднаш ја потврдиле уникатноста на дистресот кај трауматизираните лица (Saigh & Bremner, 1999).

Во 1968 год. *Комитетот за номенклатура и статистика* во АПА го објавил ДСМ-2, во кој била исклучена категоријата „голема реакција на стрес“, а била внесена нова – „**минливо ситуациско нарушување**“, односно „минлива емоционална реакција“ (Moreau & Zisook, 2003). Оваа категорија опфаќала „**минливи растројства со различен интензитет (кои можат да бидат и со психотични пропорции), кои се јавуваат кај ментално здрави лица и претставуваат акутна реакција на екстреман ситуациски обусловен стрес**“ (Saigh & Bremner, 1999; Lamprecht & Sack, 2002). Како и претходното издание на прирачникот, ниту ова не содржело операционализирани критериуми за поставување на дијагнозата.

Новопонудената категорија ја нагласувала минливата природа на психолошкиот одговор на траумата, но студиите кои биле спроведени во текот на наредната деценија покажале дека овие реакции се далеку од минливи за голем дел од трауматизираните лица, особено кога траумите биле поврзани со насилство. Истражувањето на Лејси, на пример, покажало дека две години по преживувањето на природна катастрофа (лизгање на земјиштето околу едно основно училиште), 400 британски ученици сè уште доживувале потешкотии со спиењето, незаинтересираност за одење на училиште или за играње надвор од домот, избувливост и енуреза (Lacy, 1972, според Saigh & Bremner, 1999). Набрзо потоа, Брис и Холстром објавиле извештај за силувањето како траума, кој содржел анализа на клинички интервјуа со 146 жени - жртви на силување, што укажувал на заклучокот дека жртвите на силување доживуваат акутни и долготрајни фази на дистрес. Акутната фаза вклучувала симптоми на физичка болка, тензиони главоболки, несоница, ноќни мори, генитално-уринарни нарушувања, анксиозност, лутина и чувство на вина, додека долготрајната фаза ја карактеризирале мисли и ноќни мори поврзани со силувањето, избегнувачко однесување, субјективни стравови и сексуални дисфункции (Burgess & Holstrom, 1974, според Saigh & Bremner, 1999).

Во прилог на долготрајната природа на психолошките проблеми поврзани со доживеана траума зборувале и наодите од студиите со ветерани од војната во Виетнам. Хоровиц и Соломон направиле процена на менталното здравје на ветерани кои биле вклучени во одреден тип психијатриски третман и заклучиле дека тие страдаат од твр. **синдром на одложен одговор на стрес**, кој опфаќал ноќни мори, променливо расположение, нарушени социјални релации, како и агресивно и самодеструктивно однесување (Horowitz & Solomon, 1975, според Saigh & Bremner, 1999).

Крајот на 1970-те години бил одбележан со примена на мноштво различни термини за објаснување на слични психолошки состојби и реакции, што ја дефинирало акутната потреба да се направи ревизија во постоечката нозологија.

Се чини дека токму политичката битка на психијатрите, психолозите, социјалните работници и активистите да се признае повоеното страдање на Виетнамските ветерани, наречено „**пост-Виетнамски синдром**“, овозможило официјално препознавање на трауматскиот синдром во ликот на **посттрауматското стресно растројство**, како што бил наречен во третото издание на *Дијагностичкиот и статистички прирачник на менталните растројства*, објавен 1980 година (Leys, 2000), иако од историска дистанца, емпириските студии покажале дека психијатриските жртви од Виетнамската војна, биле поретки во споредба со претходните војни - тнр. психолошки слом доживеале само 12 од 1000 војници. За споредба, во војната во Кореа таа стапка изнесувала 37 од 1000 војници, а во Втората светска војна, 28 до 100 од 1000 војници (McNally, 2003)

Издавањето на ДСМ-3 всушност го означува „раѓањето“ на оваа нова дијагностичка категорија, што се манифестира со „*појава на карактеристични симптоми по доживеан психијатриски трауматски настан, кој ги надминува границите на вообичаеното човечко искуство*“. Во прирачникот, освен тоа, е наведено и дека „*стресорот што го предизвикува овој синдром ќе предизвика значајни симптоми на дистрес кај повеќето луѓе и тој настан обично е вон опсегот на вообичаените искуства, како што се тагување, хронична болест, професионален неуспех или брачен конфликт*“ (McNally, 2003).

Ваквата дефиниција претпоставувала дека настанот треба да биде објективно катастрофичен и не вклучувала настани како сообраќајна незгода или смрт на блиско лице, но сепак значела прифаќање дека различни видови стресни настани можат да резултираат со слични сетови психолошки одговори.

Во ДСМ-3 посттрауматското стресно растројство било дефинирано како анксиозно растројство, а за поставување на дијагнозата биле понудени четири кластери на полиморфни симптоми. Задолжителен услов, критериум А, била изложеност на екстремно стресен (трауматски) настан. Следниот критериум (В) бил присуство на еден од три симптоми на повторно доживување на трауматското искуство (мисли, соништа или емоции поврзани со настанот). Критериумот С значел присуство на најмалку еден од три симптоми на психичка отапеност (намален интерес за претходно значајни животни активности, повлекување или отуѓување од социјалните релации и ограничен афект). Критериум D бил присуство на најмалку два од шест разнородни симптоми, што не биле воочливи пред траумата (зголемена претпазливост или постојано чувство на штрек, тешкотии со спиењето, чувство на вина, проблеми со концентрацијата и помнењето, избегнувачко однесување и влошување на симптомите при изложеност на дразби поврзани со трауматскиот настан). Дополнителен критериум за поставување на

дијагнозата било присуство на симптомите од најмалку шест месеци (Moreau & Zisook, 2003; Saigh & Bremner, 1999).

Недостаток на класификацијата било отсуството на информации за специфичноста на реакциите кај трауматизирани деца и адолесценти.

Во ревидираната верзија на ДСМ-3, дијагностичката категорија ПТСР повторно доживеала корекција (McNally, 2003). Критериумот А сега вклучувал „психолошки стресни настани кои се вон опсегот на вообичаеното човечко искуство“, додека критериумот В претпоставувал присуство на најмалку еден од четири симптоми на повторно доживување на настанот (повторувачки, преплавувачки и вознемирувачки сеќавања и соништа за стресниот настан, повторувачки дистрес врзан за траумата, однесување или чувство како трауматскиот настан повторно да се случува и интензивен психолошки дистрес при изложеност на дразби кои личат на траумата - доживувања кои сега за првпат биле наречени флешбек феномени). Критериумот С бил, исто така, проширен и опфаќал најмалку три од седум симптоми на избегнување или отапеност (избегнување на активности или места што предизвикуваат трауматски сеќавања, напори да се избегнат мисли или чувства што се однесуваат на траумата, неспособност да се повикаат во сеќавање важни детали во врска со траумата, чувство на оддалеченост или оттуѓеност од другите, ограничен афект и чувство на скратување на животот). Корекцијата на критериумот D опфаќала исклучување на чувството на вина, наспроти присуство на најмалку два од шест симптоми на вознемиреност (тешкотии со заспивањето или спиењето, раздразливост или изливи на лутина, намалена концентрација, хипервигилност, постојано чувство на штрек и физиолошки реакции при изложеност на настани што рефлектираат аспекти на трауматскиот настан). Измени претрпел и критериумот за времетраењето на симптомите, кој сега бил скратен на еден месец.

Во класификацијата овојпат биле вклучени и податоци за специфичностите во реакциите согласно возраста, но тие повеќе се фокусирале на периодот на детството, отколку на адолесценцијата.

Модификации и ограничувања на концептот за посттрауматско стресно растројство

Набрзо по издавањето на ревизијата на ДСМ-3, АПА го иницирала процесот на подготовка на четвртото издание на прирачникот. Работната група одговорна за дијагностичката категорија ПТСР, предводена од д-р Џонатан Дејвидсон

и проф. Една Фоа, примарно се посветила на преглед на постоечката литература за клиничката феноменологија (текот, поттиповите и манифестацијата на симптомите), епидемиологијата (преваленцијата, особеностите и факторите на ризик) и односот со други растројства (како на пример фобиите и дисоцијативните растројства), но спровела и серија клинички испитувања и истражувања со неклиничка популација. Основната цел на овие истражувања, кои вклучиле 400 пациенти и 128 испитаници од неклиничка популација, била емпириска процена на односот меѓу одредени стресори и симптомите на ПТСР. Студиите се обиделе да одговорат на неколку прашања: дали стресорите со слаб интензитет, како тагувањето, можат да предизвикаат ПТСР; потоа дали стресори од различен тип можат да доведат до различен момент на појава и времетраење на симптомите; како и дали вклучувањето на дополнителни симптоми ќе влијае врз преваленцијата на растројството. Биле разгледувани и карактеристиките на стресните настани за да се идентификуваат варијаблите кои се можеби независно поврзани со ПТСР, без оглед на типот на настанот што е доживеан (Saigh & Bremner, 1999).

Како резултат на претходно спроведените истражувања, кои покажале дека стресорите кои можат да предизвикаат ПТСР се релативно вообичаени во општата популација, првата корекција што работната група ја направила била редефинирање на критериумот стресор. Во ДСМ-4 критериумот А е проширен и опфаќа *„доживување, сведоштво или соочување со настан или настани кои вклучуваат смрт или закана по животот или сериозна повреда, или пак закана за личниот физички интегритет или за физичкиот интегритет на други лица.“* Критериумот е дополнет и со субјективна компонента, односно реакцијата на траумата треба да вклучува *„интензивен страв, беспомошност или ужас“* (McNally, 2003).

ДСМ-4 дава и примери на три групи потенцијални трауматски настани. Во групата на директни трауматски искуства ги вбројува учеството во воени дејствија, насилен напад (сексуален напад, физички напад, ограбување), киднапирање, заложништво, терористички напад, измачување, изложеност на природни катастрофи или на технолошки несреќи, тешки сообраќајни незгоди и болест опасна за животот. Како примери за трауматски настани кај помлади лица наведени се сексуалните искуства несоодветни за одреден развоен период или инцестуозно однесување, кои не мора да вклучуваат физичко насилство.

Втората група на потенцијални трауми според ДСМ-4 вклучува сведоштво на *„сериозна повреда или неприродна смрт на друго лице, како последица на насилство, незгода, војна или катастрофа, или пак неочекувано откривање на човечки труп или делови на труп.“*

Трет начин на трауматизација може да биде дознавањето, односно добивањето информации за стресни искуства на други лица, како што се *„напад, тешка незгода или сериозна повреда доживеана од член на семејството или од близок пријател; дознавање за ненадејна, неочекувана смрт на член на семејството или на близок пријател; или пак дознавање дека сопственото дете боледува од болест опасна по животот“* (Saigh & Bremner, 1999).

ДСМ-4 содржи и промени во кластерите на симптоми и во дијагностичкиот праг. Физиолошките реакции при изложеност на трауматски дразби се префрлени од кластерот зголемена вознемиреност (критериум D) во кластерот повторно доживување на траумата (критериум B), со што тој критериум сега претпоставува присуство на најмалку еден од пет симптоми на повторно доживување на траумата. Во критериумот C се проширени дефинициите на седумте потенцијални симптоми на избегнување или отапеност, кои сега вклучуваат напори да се избегнат мисли, разговори или чувства поврзани со настанот; избегнување луѓе, места или активности кои потсетуваат на настанот; значајно намален интерес за претходно важни активности; чувство на отуѓеност од другите; отапен афект и чувство на скратување на животот (Saigh & Bremner, 1999).

Новина во ДСМ-4 се критериумите E и F, според кои траењето на симптомите од кластерите B, C и D треба да биде најмалку еден месец (E) и да предизвикува *„клинички значаен дистрес или пречки во социјалните, професионалните или другите важни области на функционирање“* (F), за да може да се постави дијагнозата ПТСР (Saigh & Bremner, 1999).

Во ова издание на прирачникот била воведена уште една нова дијагностичка категорија - *акутно стресно растројство*, која ги вклучува истите групи симптоми како ПТСР, но нивното траење и последиците што ги предизвикуваат се пократки од еден месец. Доколку симптомите опстојат и по првиот месец дијагнозата се менува во ПТСР (Moreau & Zisook, 2003).

Слични се и критериумите кои ги одредила Светската здравствена организација во *Меѓународната класификација на болестите*, иако во нив е помалку нагласена важноста на емоционалната отапеност, а временска рамка за појава на симптомите се првите шест месеци по траумата (Lamprecht & Sack, 2002; Connor & Butterfield, 2003).

Денес и покрај големиот напредок на полето на проучувањето и третманот на ПТСР, сепак постои конфузија, дури и состојба на хаос меѓу истражувачите. Некои автори сметаат дека ниту последната дефиниција на ПТСР не е доволно точна, зашто е формулирана врз основа на сознанија за реакциите по заокружени трауматски настани, како што се учество во војна, различни природни или техно-

лошки несреќи и сексуално насилство. Но прашање е колку овој модел соодветствува на обемот и природата на реакциите по долготрајни и хронични трауми, како долготрајна сексуална злоупотреба во детството или заробеништво, кои резултираат со трајни промени во личноста. Покрај тоа, актуелните дијагностички критериуми за ПТСР се базираат пред сè на истражувања и клинички искуства од Северна Америка, Европа, Израел и Австралија поради што се критикувани и од аспект на нивната кроскултурална применливост. Токму поради сложената природа на пост-трауматските психолошки реакции, некои автори предлагаат дека е подобро пост-трауматскиот одговор да се разгледува како спектар на нарушувања на менталното здравје, наместо како дистинктивна и хомогена категорија.

(Рецензент: проф. д-р Михајло Поповски)

ЛИТЕРАТУРА

- Ben-Ezra, M. (2002). Trauma 4,000 Years Ago? *American Journal of Psychiatry*, 159 (8), 1437.
- Birmes, P., Hatton, L., Brunet, A. & Schmitt, L. (2003). Early historical literature for post-traumatic symptomatology. *Stress and Health*, 19, 17–26.
- Connor, K. & Butterfield, M. (2003). Posttraumatic Stress Disorder. *Focus*, 1 (3), 247-262.
- Херман. Џ.Ј. (2000). Траума и закрепнување. Скопје: Темплум.
- Jones, E. & Wessely, S. (2007). A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of Anxiety Disorders*, 21 (2), 164-175.
- Lamprecht, F. & Sack, M. (2002). Posttraumatic Stress Disorder Revisited. *Psychosomatic Medicine*, 64, 222-237.
- Lasiuk, G. & Hegadoren, K. (2006). Posttraumatic Stress Disorder Part I: Historical Development of the Concept. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(1), 13-20.
- Leys, R. (2000). *Trauma: a genealogy*. Chicago: The University of Chicago Press.
- McNally, R. (2003). Progress and Controversy in the Study of Posttraumatic Stress Disorder. *Annual Review of Psychology*, 54, 229–252.
- Moreau, C. & Zisook, S. (2003). Rationale for a Posttraumatic Stress Spectrum Disorder. *Focus*, 1 (3), 265-272.
- 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.
- Weisæth, L. & Eitinger, L. (1991). Research on PTSD and other Posttraumatic reactions: European literature. *PTSD Research Quarterly*, 2 (2), 1-8.

Katerina NAUMOVA

FROM TRAUMA TO POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

Abstract

This review describes the history of the concept of posttraumatic stress disorder, from the earliest available historical writings, thru the multitude of terms used to define the posttraumatic response especially during World War I and II, up to the birth of this diagnostic category in 1980. The modifications of the definition of posttraumatic stress disorder in the past two decades are also discussed, as well as the critiques and limitations of the concept.

Key words: TRAUMA, POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER, PTSD