

## FOR TRAUMATIC SITUATION AND CRITERIA FOR PPOSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS

**Abstract:** Under a traumatic situation, we will understand such extreme critical events that have a powerful negative impact appearing in a threatening situation requiring an extraordinary effort by the individual to master them. Traumatic situations can occur in the form of unusual circumstances or events that subject the person to extreme, intense impact with a threat to life and health or to the individual or his or her relatives, which severely disrupts the individual's sense of safety. These situations can be either short, but very powerful, either prolonged or repetitive.

---

### Author information:

**Krasimir Markov**  
Prof. PhD  
at Konstantin Preslavsky – University of Shumen  
✉ [kr.markov@shu.bg](mailto:kr.markov@shu.bg)  
🌐 Bulgaria

### Keywords:

traumatic situation, extreme situations, extreme critical events, dissociative process, stressor

**П**о принцип в голяма част от случаите екстремалните ситуации се свързват с травмиращи събития. Разбира се, възможни са изключения, свързани най-вече с упражняването на екстремни спортове, но в интерес на разработката на тях няма да се спираме, а ще разгледаме проблема за травматичната ситуация като последица от екстремално събитие и възможността да настъпят посттравматични стресови разстройства.

Под травматична ситуация ще разбираме такива екстремални критични събития, които имат мощно негативно въздействие, явяващи се в ситуация на заплахата изискваща от индивида изключителни усилия по овладяването им.

Травматичните ситуации могат да се проявят под формата на необичайни обстоятелства или събития, подлагащи човека на екстремално, интензивно въздействие със заплахата за живота и здравето или на индивида, или на неговите близки, което остро нарушава чувството за безопасност на индивида. Тези ситуации могат да бъдат или кратки, но с много мощно въздействие, или продължителни, или повтарящи се.

В литературата се разглеждат два типа травматични ситуации, които имат своите характеристики:

А) първи тип – краткосрочни неочаквани травматични събития от типа на пътно транспортно произшествие, сексуално насилие, попадане в обсега на стрелба и др. Те се характеризират с:

- единично въздействие, носещо заплахата и изискващо усилия по овладяването му, които превъзхождат възможностите на индивида;

- явяват се изолирано, много рядко случващо се в живота на човека травматично преживяване;

- могат да бъдат неочаквани, внезапно настъпващи събития;

- събитията оставят незаличими следи в психиката на индивида, които често присъстват в сънищата на човека. Тези следи в паметта носят ярък и конкретен характер;

- с голяма степен на вероятност тези събития водят до настъпване на типични симптоми на посттравматична стресова реакция от типа на натрапчиви мисли, свързани със събитието, симптом на избягване и висока физиологична реактивност;

- с голяма степен на вероятност се проявява класическо повторно преживяване на травматичния опит;

- бързото възстановяване на нормалното функциониране на организма е рядко и малко вероятно;

Б) втори тип – постоянни и повтарящи се травматични стресори, наричани още серийна травматизация или пролонгирани травматически събития, например: повтарящо се физическо или сексуално насилие, бойни действия и др. Тяхната характеристика е следната:

- има вариативност, множественост, продължителност, повтаряемост на травматичното събитие или ситуация и в този смисъл при тях има предсказуемост;

- с голяма вероятност може да се твърди, че ситуацияите от този тип се създават умишлено;

- първоначално се преживяват като ситуации от първи тип, но поради това, че травматичното събитие се повтаря жертвите преживяват страха от повторението на травмата;

- съществува чувство за безпомощност по отношение на възможността за предотвратяване на травмата;

- за спомените за тези събития са характерни неясност, нееднородност на дисоциативния процес като с времето дисоциацията може да стане за индивида един от основните начини за овладяване на травматичната ситуация;

- като резултат от въздействието на този тип травми може да се получи изменение на „А3“ концепцията и образа, което може да се съпровожда с чувство на вина, на срам и понижена самооценка;

- голяма е вероятността от възникване на дългосрочни проблеми от личностов и интерперсонален характер, което се проявява в странене от другите, в нарушения на лабилността и в модуляция на афекта;

- отрицанието, страненето от другите, злоупотребата с алкохол и други психоактивни вещества може да се прояви като способ за защита от тежките преживявания;

Изброените по-горе характеристики дават основание понякога ситуацияите от тип Б да се обозначат като комплексни посттравматични стресови разстройства.

Иван Александров (1, стр. 31-32) нагледно представя дефинициите на травматичните събития в таблица:

Дефиниции на травматично събитие в DSM и ICD (МКБ) класификационни системи

<i>Класификация</i>	<i>Дефиниция на травма</i>
DSM-III	Стресор, който би бил изключително тревожен за почти всеки и е извън обхвата на обичайния човешки опит
DSM-III-R	Най-често срещаните травми включват или сериозна заплаха за живота, или физическата цялост; сериозна заплаха или вреда на децата, съпруг или други близки роднини и приятели; внезапно унищожаване на дома или общността; или да види друг човек, който наскоро е бит или е бил сериозно ранен или убит в резултат на злополука или физическо насилие.

ICD-10 МКБ-10	.... отложено и / или продължително реагиране на стресиращо събитие или ситуация (краткотрайно или продължително) от изключително застрашаващо или катастрофално естество, което е вероятно да причини всеобхватен страх при почти всеки (например природно или предизвикано от човека бедствие, битка, тежка авария, свидетелство за жестока смърт на други или жертва на изтезания, тероризъм, изнасилване или друго престъпление.
DSM-IV	Лицето преживява от личен опит или е свидетел, или е изправено пред събитие или събития, включващи действителна или смъртна заплаха или сериозна травма, или заплаха за физическата неприкосновеност на себе си или на другите. Реакцията на човека включва силен страх, безпомощност или ужас.

Сравнително доскоро диагнозата посттравматично стресово разстройство като самостоятелна форма в групата на тревожните разстройства съществуваше само в САЩ. След анализа на наблюденията и изследванията на ветераните от войната във Виетнам посттравматичното стресово разстройство е включено в третата редакция на класификационния психиатричен стандарт на Американската психиатрична асоциация (*DSM*). През 1995 г. е издадена неговата четвърта редакция. Диагностичните критерии на четвъртата редакция са въведени в десетата редакция на Международния класификатор на болестите (МКБ), който е основен диагностичен стандарт в европейските страни.

Към момента актуален е Диагностичен и статистически наръчник за психични разстройства, Пето издание (*DSM -V*), той се явява, таксономичен и диагностичен инструмент, публикуван от Американската психиатрична асоциация на 18 май 2013 г., заменяйки *DSM – IV - ТК*, който е публикуван през 2000 г.

Съгласно съвременното разбиране, стресът става травматичен, когато резултатът от въздействието на стресори води до нарушения в психическата сфера, аналогични на физическите увреждания. В качеството на подобни стресори могат да се изляват ситуации, представляващи заплаха за живота, здравето и самооценката на индивида, като: военни действия, катастрофи и аварии, природни бедствия, посегателство срещу личността, сексуално насилие, терористични актове и др.

Иван Алексавдров ( 2018 ) счита че, се „налага концептуализиране на модел за функционирането на психиката на хората изложените на травматични събития свързан със специфичните средови условия и произтичащите от тях ситуации.

Моделът който предлага включва *три променливи*, пряко свързани със спецификата на травматичното събитие.

*Уникалността* се отнася до новостта, непознатостта, неповторимостта на ситуацияите. Тя съществува в ограничени средови условия и в определен времеви диапазон (характеризира се с преходност). Доколкото всяка ситуация се характеризира с начало и край, то и уникалността представлява временно явление.

Уникалността е динамична величина, разглеждана в психологически аспект често се характеризира с усещането за несигурност.

*Рискът* се отнася до ситуации, в която вероятностното разпределение на променливата е известно, но не и режима на нейното появяване и следствията от нейното действие. Често понятието риск се бърка с *неопределеността* където и вероятността на разпределение и режима на появяване са неизвестни. Рискът е функция от вероятността (да се случи) и величината (тежестта, относителната тежест) на очаквания ефект. Рискът и неопределеността са две различни измерения на ситуацияите, чието значение върху преживяванията е предмет на подробен анализ.“ (1, стр. 54-55)

Посттравматичното стресово разстройство може да се дефинира като непсихотична отсрочена реакция на травматичен стрес, причинен от природни и технологични катастрофи, военни действия, насилия и др., способни да предизвикат на практика психически нарушения у всеки човек (24 стр. 4).

В Международния класификатор на болестите /МКБ/, посттравматичното стресово разстройство е дефинирано по следния начин: „...закъснял и/или протрахиран отговор към

стресогенно събитие или ситуация на прекомерна заплаха /краткотрайна или по-продължителна/, които са в състояние да причинят дълбок дистрес у почти всеки човек /например, природна или подчинена от хора катастрофа, сражение, тежка злополука, очевидец на насилствена смърт на други хора, жертва на изтезания, тероризъм, изнасилване или друго престъпление. Ако са налице предразполагащи фактори, като личностови черти /например компулсивни, астенични/, или анамнеза за невротично заболяване, те могат да снижат прага за възникване на този синдром или да утежнят протичането му, но не са нито необходими, нито достатъчни да обяснят появата му” (24, с. 127).

Валери Стоянов интерпретира типичните симптоми на посттравматичните стресови разстройства (15, с. 12):

1. **Немотивирана бдителност.** Човек постоянно следи всичко, което става около него, като че постоянно го заплашва нещо.

2. **Взривна реакция.** При по-малки, неочаквани зрителни и особено звукови дразнителни, човек прави стремителни движения. Например, ветерани от войни или жертви на терористични актове реагират на ниско прелитащи самолети или взривове чрез лягане на земята или заемат бойни пози, когато зад гърба им се приближава някой.

3. **Притъпеност на емоциите, липса на съзвучност с околната среда.** Присъщи на човека емоции, като любов, радост, творчески подем, спонтанност, игривост, стават недостъпни за пострадалия. Все по-трудно е установяването и поддържането на близки и дружески отношения с обкръжаващите.

4. **Агресивност.** Наблюдава се тенденция при решаване на проблем с други хора да се използва груба сила. Агресията е преди всичко физическа, но често е налице психологическа и вербална агресия. С други думи, човек се стреми да достигне целите си чрез сила, даже и когато те не са жизнено важни.

5. **Нарушения на паметта и концентрацията на вниманието.** Изпитват се трудности при необходимост от концентрация на вниманието и при усилия да се възстанови спомена за нещо.

6. **Депресия.** В състояние на посттравматичен стрес депресията достига най-ниски точки на отчаяние, загуба на смисъла на живот, нервно изтощение.

7. **Обща тревожност.** Проявява се на физиологично ниво, т.е. като спазми в стомаха, главоболие, топли и студени вълни; на психично ниво като постоянно безпокойство, параноидни реакции; на емоционално ниво като постоянно чувство за страх, неувереност в себе си, комплекс за вина.

8. **Пристъпи на ярост.** Става въпрос не за приливи на умерен гняв, а именно за приливи на ярост.

9. **Злоупотреба с наркотични и лекарствени вещества.** В стремежа си да намалят интензивността на негативните емоции по повод на травмата, много от жертвите на посттравматичния стрес употребяват различни наркотични средства или злоупотребяват с алкохол, цигари или лекарствени препарати. Това по същество е използване на т.нар. емоционално фокусирани стратегии за справяне със стреса.

10. **Епизоди на повтарящо се изживяване на травмата под формата на внезапно оживяване на минали събития /т.н. flashbacks/.** Това по същество е най-важният симптом, даващ основание да се говори за ПТСР. В паметта на човека нахлуват най-неочаквано живи сцени от травматичното събитие. Това става както по време на бодърстване, така и по време на сън. Тези състояния са свързани с изживяване на силен страх и безпокойство. Обикновено повод за подобни изживявания стават стимули, напомнящи травматичната ситуация- миризма, звук, дума, образ и т.н. Оживяванията на събития, свързани с травматичната ситуация през нощта са под формата на нощни кошмари. Много често сънищата са с точност на видеозапис по отношение на травматичната ситуация и лицата, участвали в събитието. Страдащият от ПТСР се събужда, плувнал в пот, разбит, мускулно целия напрегнат.

11. **Халюцинативни преживявания.** Свързани са с предишния симптом, но тук при оживяването на събитията, от травматичната ситуация, страдащият от ПТСР възприема случващото се като по-малко реално и реагира сякаш отново е в истинската ситуация, причинила травмата. Халюцинативните преживявания не са характерни за всички страдащи от ПТСР.

12. **Безсъние /трудност при заспиване и често пробуждане/.** Често при появяване на кошмари, човек се бори със заспиването, за да не преживее отново кошмара. В резултат на системно недоспиване се получава нервно-психическо изтощение, което на свой ред усилва риска от кошмари и безсъница. Това води до висока тревожност и безпокойство, неспособност за релаксиране и чувство за смазваща физическа и психическа изтощеност.

13. **Суицидни мисли.** Пациентите мислят и планират постоянни действия, свързани в крайна сметка с намерение за самоубийство. ПТСР води хората до отчаяние и страдание, което ги кара да смятат, че само суицида може да ги спаси от това.

14. **Изпитване на чувство за вина.** Получава се обикновено при преживели бойни действия със загуба на другари, терористични актове, при които загиват близки и познати и при катастрофи. Нарича се още чувство за вина на оцелелия. Чувството за вина води често до самоунищожително поведение.

Между началото на разстройството и травмата има латентен период от няколко седмици до месеци. При предприемане на мерки нещата завършват с възстановяване. В редки случаи разстройството може да се превърне в хронично, независимо от всичко и да се доведе до трайни личностни промени. В международния класификатор на болестите (МКБ – 10) и в стандарта на Американската психиатрична асоциация (*DSM – IV*) са определени критерии за посттравматичното стресово разстройство.

Критерии на посттравматичното стресово разстройство, определени в МКБ – 10:

- болният е бил подложен на въздействие на стресово събитие или ситуация (кратко или продължително) с изключителна заплаха, или с катастрофичен характер, което е способно да предизвика общ дистрес почти у всеки човек;

- налице са ясни спомени, натрапчиви реминисценции или повтарящи се сънища, проявяващи се при въздействие на ситуации напоянящи или асоцииращи се със стресора;

- трябва да е налице стремеж да се избягват обстоятелства, напоянящи или асоцииращи се със стресора;

- да бъде изпълнено едно от следващите две условия: или да има психогенна амнезия, частична или пълна по отношение на важни обстоятелства и аспекти от периода на действие на стресора; или да има ясни симптоми на повишена психологическа чувствителност или възбудимост, които не са наблюдавани до периода на действие на стресора и са представени с два от следващите пункта – затруднено заспиване и лош сън; раздразнителност и изблици на гняв; затруднена концентрация на вниманието; повишено ниво на бодърстване;

Критерии на посттравматично стресово разстройство по *DSM – IV*:

- индивидът се е намирал под въздействие на травмиращо събитие, при което трябва да бъдат изпълнени две условия – първо, да е бил участник, свидетел или да се е сблъскал със събитие или събития, включващи смърт или заплаха със смърт, заплаха от телесни повреди, както към него, така и към негови близки; второ – реакцията на индивида да включва интензивен страх, безпомощност или ужас;

- травматичното събитие настойчиво да се повтаря в преживяванията по една или няколко от следващите форми – повтарящо се и натрапчиво възпроизвеждане на събития в мислите и възприятията предизвикващо тежки емоционални преживявания; повтарящи се тежки кошмарни сънища за събитията; да извършва такива действия или да има такива усещания като, че травматичното събитие протича наново; да има интензивни тежки преживявания предизвикани от външна или вътрешна ситуация, напояняща за травматичното събитие или символизираща го; да е налице физиологична реактивност в ситуации, които външно или вътрешно напоянят травматичното събитие;

- да има стремеж за постоянно избягване на стимулите, свързани с травмата, като е налице блокиране на емоционалните реакции, вцепняване (*numbing*), което се определя с наличието на три или повече от следните проявления – да се проявяват усилия за избягване на мисли, чувства или разговори, свързани с травмата; да се проявяват усилия за избягване на действия, места или хора, които ни напоянят за травмата; да е налице неспособност да си спомним важни аспекти на травмата; да има забележимо занижен интерес към по-рано значими за него дейности; да изпитва чувство за самотност и отдалеченост от останалите хора; да има занижена проява на афекта, примерно (неспособност за проява на любов); да е налице чувството за отсъствие за перспективи

в бъдещето (липсват очаквания по отношение на кариерата, семейството и децата, включително и по отношение на продължителен и спокоен живот);

- да са налице постоянни симптоми на нарастваща възбуда (което не се е наблюдавало до травмата). Определя се с наличието на поне два от следните симптоми – трудност в заспиването или лош сън; раздразнителност или изблици на гняв; затруднения в съсредоточаване на вниманието; повишена бдителност; състояние на постоянно очакване на заплахата; хипертрофирана реакция на страх;

- посттравматичното стресово разстройство да предизвиква клинически значимо тежко емоционално състояние или нарушения в социалната, професионалната или други важни сфери от живота на индивида.

Както вече бе посочено Американската психиатрична асоциация прилага Диагностичен и статистически наръчник за психични разстройства, Пето издание (*DSM -V*) Посттравматичното стресово разстройство (ПТСР) е включено като нов раздел в *DSM -V*, към травмиращи и свързани със стресор разстройства (Brewin, Lanius, Novac, Schyder, Galea, 2009). В *DSM – IV* ПТСР беше включено в рубриката на *тревожните разстройства* (Breslau, Kessler, 2001). Причината за това изменение в новата *DSM -V* ревизия се дължи на няколко промени, одобрени за това разстройство, които са в центъра на обществена и професионална дискусия (Friedman, 2013; Friedman, Resick, Bryant, Strain, Horowitz, Spiegel, 2011).

Критериите за диагностика на ПТСР в следващия наръчник на *DSM -V* се базират на следните пускови (тригер) механизми: реална заплахата за живота или смъртна опасност, сериозна травма или сексуално насилие. Експозицията трябва да е резултат от един или повече от следните стресогенни събития, по време на които лицето:

- преживява директно травматичното събитие;
- е свидетел на травматичното събитие;
- научава, че травматичното събитие е настъпило на близък член на семейството или близък приятел (смъртна заплахата или действителна смърт, било то насилствена или случайна); или
- преживява многократно или екстремно бива излаган на отрицателните детайли, свързани с травматичното събитие (не чрез медии, снимки, телевизия или филми, освен ако не са свързани пряко с работата).

Разстройството, независимо от причините за неговото отключване, следва да води до значителен дистрес или до нарушаване на функционирането в социалната, професионалната или други важни области на живота. Нарушеното функциониране не трябва да е резултат от друго заболяване, прием на медикаменти, психоактивни вещества или алкохол.

Като изяснява тези проблеми Иван Александров прави много добра нагледна съпоставка на критериите в *DSM – IV* и *DSM -V* (1, с. 38- 40) :

Сравнение на критериите на DSM -V с критериите на DSM – IV

<i>DSM -V</i> критерии	<i>Описание</i>	<i>Специфични примери</i>	<i>Изисквания</i>	<i>Сравнение с DSM - IV</i>
Критерий А	Излагане на стресор, травматично събитие • Директно излагане на травмата	Свидетел на травматично събитие Научава за травмата Повторно, екстремно излагане на травмата	Според Б8М-У излагането на травма може да се осъществи чрез пряка или не-пряка конфронтация с екстремни травми	Специфично дефиниране на детайлите на стресора, травмата. Включително повторен опит или екстремно излагане на събитията
Критерий В	Включени симптоми	Постоянни и натрапливи, спомени за събитието Постоянни разтърсващи сънища относно случилото се Дисоциация (флашбек) Психологически дистрес от припомнянето Физиологични реакции при припомняне	Един от тези пет примера да е наличен	Няма промяна, но е необходимо допълнително разясняване на качеството на дисоциативните нарушения при ретро спекциите
Критерий С	Персистиращо избягване	Свързани с травмата мисли и чувства, Свързани с травмата припомняния на хора, събития, действия	Наличие на един от двата примера	<i>DSM – IV</i> не е отделен изключващият критерий
Критерий D	Отрицателни промени в конгнициите и настроението	Дисоциативна амнезия Персистиращи негативни вървания и очаквания Персистиращо, силно смущаващо чувство на вина за събитието Негативно свързани с травмата емоции-гняв, страх, вина срам, ужас.	Наличие на два от седемте примера	<i>DSM – IV</i> отбелязва социалното отчуждение и ограничава обхвата на влияние; отчитайки честота на срещане, отколкото всичките афекти.
Критерий Е	Промени във възбудимостта и реактивността	Гневно и агресивно поведение Самодеструктивно и разрушително поведение Свърхбдително ст Свърхвъзбудимост Затруднения в концентрацията Затруднено заспиване или под държане на съня	Наличие на два от шестте примера	Самодеструктивно и разрушително поведение, не са отбелязани в <i>DSM – IV</i>

<i>DSM - V</i> критерии	<i>Описание</i>	<i>Специфични примери</i>	<i>Изисквания</i>	<i>Сравнение с DSM - IV</i>
Критерий F	Продължителност	Наличие на симптомите от В,СД) за поне едни месец	Изключва стресово разстройство и симптоми, проявени по- рано от месец след събитието	Без промяна
Критерий G	Значение за областите на функциониране	Засягане на функционирането в социалната, професионалната сфери и други	Дисфункционалност в една от тези сфери	Без промяна
Критерий H	Изключване	Не се дължи на медикаменти, употреба на вещества	Симптомите да не са вторични за други случаи	Липсва в <i>DSM – IV</i>
Субкритерии	Дисоциативен подтип: използва се, когато деперсонализирането и дереализирането се случват в тандем с други описани по-горе симптоми. Отложен във времето подтип: използва се за описване появата на симптоми след период, в който няма симптоми, в случай, при който симптомите не са налице или са налице на подпрагово ниво.			



## **Принципи на психотерапия при посттравматични стресови разстройства след преживяна екстремална ситуация.**

Посттравматичното стресово разстройство е все още необичайна за България категория. Сравнително доскоро посттравматични се наричаха преди всичко нарушения на психиката възникващи в резултат на черепно-мозъчна травма. Разбира се терминът се употребяваше в контекст на посттравматично реактивно състояние, травматична, контузийна, бойна невроза и др.

Терминът посттравматично стресово разстройство в съвременното си звучене има социален характер. В САЩ тази диагноза може да бъде основание за получаване на компенсация, социална помощ или пенсия. У нас засега няма ясно определяне на социалния проблем. Но с участието на контингенти в мисии за опазване на мира, с участието на БА в оказване на помощ на населението при природни бедствия, аварии и катастрофи, както и самите пострадали от тези бедствия, аварии и катастрофи се оказва, че този проблем трябва да намери своето разрешение.

Счита се, че категорията ПТСР възниква в резултат на наблюдения, направени в периода на бойните действия на САЩ в Корея, които са позволили да се включи в стандарта на Американската психологическа асоциация DSM-I групата “големи стресови реакции”, където тези разстройства се определят като състояния възникващи в ситуации, когато индивида е подложен на въздействие на значително физическо претоварване или изразен емоционален стрес.

Като характеризира проявленията на посттравматичния стрес при участници във войната във Виетнам, Чък Дин превежда такива симптоми в психологичен план като: неочаквани спомени за стресовата ситуация, нощни кошмари, “военни сънища”, както е тенденция да се ограничат контактите с други хора, включително близките, даже и семейството.

Като патопсихологични симптоми на ПТСР можем да посочим депресията, гнева, лошия сън, кошмарните сънища, постоянната умора и неспособност за концентрация, изменения на навиците за храна и сън, продължително главоболие, болки в долната част на гърба, разстройства на стомаха, преживяване на чувство за вина, недоверие към властите, проблеми в проявяването на нормалните чувства и емоции, неконтролируеми спомени и мисли, затруднения в паметта, тенденция към самоубийство, повишена нервност, агресивни реакции, раздразнителност, затвореност, злоупотреба с алкохол и тютюнопушене. За ПТСР е характерно отсрочност на възникване на симптомите и тяхната устойчивост във времето като те относително слабо се повлияват от корекции от медикаментозен и психотип.

Проблемите на ПТСР независимо от това как ще бъдат назовани, поради своята значимост са подлежали на изследвали особено във военната област от времето на Първата световна война. Има сведения, че в Русия още в края на XIX в. е създадена система за оказване на психиатрична помощ в екстремални условия като тя е започнала ефективно да действа в периода на Руско-японската война. Трябва да отбележим обаче, че тази система се е отнасяла главно до подготовката на медицинския и военномедицинския персонал и практически не се е занимавала с подготовката на ръководния команден състав.

Втората световна война с нейните многочислени жертви и системата на концентрационни лагери е довела до възникването на такива видове психопатология, които сами по себе си представляват последствия на психична травматизация в следствие на участието във войната. Лекарите от различните страни са се сблъскали от необходимостта от лечение и социална реадaptация на лица, пребивавали в плен или изселвани в годините на войната, у които са се запазили ясно видими нервно-психични разстройства. Особено внимание по време на Втората световна война се обръща на симптоматичните психични разстройства при ранените, но са се изучавали само последствията възникващи след два до седем месеца след раняването, което се обяснява с факта, че просто те са били на бойното поле и не е имало възможност да бъдат наблюдавани от психиатри. Това се е случило когато са били премествани в болници, в тила.

Японските учени са провели много наблюдения и изследвания на психични нарушения на лица, оцелели след бомбардировките в Хирошима и Нагазаки. Били са открити психични разстройства както от психогенен, така и от екзогенно-органичен характер. Работите от

последните години показват, че разпространяването на тежки психични разстройства при тези лица шест пъти превишава популационните показатели. Към края на 70-те години има вече достатъчно научни изследвания на въздействието на различните катастрофични психични травми (освен бойните) върху състоянието на човека. Описани са “патологична” мъка (E. Lindeman, 1944), “синдрома на концлагеристите” (V. Frankl, 1959; W. G. Niederland, 1964), “посттравматична невроза на оцелелите” или “посттравматична психологическа болест” (R. L. Leopold, H. Dillon, 1963), “синдром на оцелелите” след различни катастрофи (W. G. Niederland, 1968; R. J. Lifton, 1967), “синдром на изнасилените” (A. W. Burges, L. L. Holmstrom, 1974; E. Hiberman, 1976), “постемоционален синдром” (Y. Poiso, M. C. Mouzen, 1976), “синдром на емоционалната неустойчивост” (M. H. Wefrehs, 1977) и др.

При сравняване на всички тези състояния се е изяснило, че независимо от различните видове катастрофични събития и тяхното съдържание (бойни действия, земетресения, наводнения, битово насилие и др.) при хората независимо от тяхната националност, независимо от различната степен на устойчивост на реагиране на човека в катастрофа последствията се оказват в някои аспекти много близки.

Спецификата, общността в етиологията и несъответствието на психичните разстройства на пострадалите с по-рано известни нозологични форми са позволили те да бъдат отделени в качеството на самостоятелен синдром (Horowitz M. J. et al., 1980). Този синдром е включен в ръководството по диагностика и статистика на психичните разстройства на Американската психиатрична асоциация (DSM-III) и придобива официален статус под названието “посттравматично стресово разстройство” (post-traumatic stress disorder PTSD) в групата на тревожните разстройства (APA, 1980).

Официалното признаване на тази категория е позволило още повече да се съсредоточат усилията на учените за задълбочено изучаване на последствията от стреса. След изучаването и теренните проучвания направени в 110 института от 40 страни на света под егидата на Световната здравна организация, тази категория е включена в V глава (Психични и поведенчески разстройства) на международния класификатор за болестите 10-та ревизия (WHO, 1989, 1992). В раздела F-4: “невротични, свързани със стреса и соматофорни разстройства” е определена специална рубрика F-43 “реакция на тежък стрес и нарушения на адаптацията”, в която се определят “остра реакция на стрес” (F-43.0) и “посттравматично стресово разстройство” (F-43.1).

Определянето на критерии за посттравматични стресови разстройства, дефинирането на травмиращата ситуация и допълнителните разработки по проблема налагат извода, че е необходимо по време на психотерапията на ПТСР да се изхожда от определени принципи:

Първият принцип, който следва да се има предвид при прилагане на терапевтични подходи, свързани с посттравматичния стрес, е принципът за нормалност на рамките на посттравматичното приспособяване, нагаждане.

Вторият принцип е принципът на сътрудничеството. Терапевтът сътрудничи с клиента, за да му възвърне човешкото достойнство и чувство за сигурност.

Третият принцип е този за индивидуалния подход при терапевтичния процес. Всеки индивид има уникален път на възстановяване след травматичен стрес. Терапевтът и клиентът изминават този път заедно, без да се смята, че вървенето по отъпкани пътеки непременно ще даде резултат.

Терапията на посттравматичното стресово разстройство започва с презумпцията, че нормален индивид е попаднал при ненормални обстоятелства. За да се справи пострадалият следва да мобилизира съответните ресурси.

Целта на психотерапията при страдащи от ПТСР е да се осъществи реинтеграцията им, нарушена в резултат на преживяната травматична ситуация. Психотерапията е насочена към създаване на когнитивен модел на жизнена дейност, ефективна преоценка на травматичния опит, възстановяване на чувството за собствена ценност и способност за по-нататъшно съществуване.

#### **Когнитивно-поведенческа терапия.**

Съгласно когнитивната парадигма за стреса, последиците от преживяването на определена ситуация са резултат от дисфункционалната интерпретация на събитието. В такъв смисъл,

промяната на интерпретацията предполага промяна в емоционалното състояние и поведението на преживелите определено събитие. В основата на когнитивно-поведенческата терапия стои конфронтацията на пациента с травматичните образи от спомените. Особено ефективна е за преодоляване на „избягващото” поведение, за понижаване интензивността на оживяващите спомени и свръхвъзбудата.

#### **Терапия с излагане.**

Базира се на предположението, че при ПТСР съществува страх не само от релевантни на травматичната ситуация стимули, но и от спомена за нея. Ако се предизвика спомен за травматичната ситуация, то следва да се очаква терапевтичен ефект. В такъв аспект методът се заключава в това, да се даде възможност на клиента да преживее отново травматичните спомени и да ги интегрира.

#### **Терапия с десенсибилизация и преработка чрез очни движения.**

Методът е предложен от Ф. Шапиро през 1987 г. Открит е случайно по време на сутрешно бягане. Тя забелязва, че натрапчивите мисли, от които страда, започват да намаляват по интензивност. Шапиро свързва това с бързото движение на очите по време на бягането. Смята се, че описаната техника е ефективна при единична травматизация.

Технологията по този метод се състои в това, че терапевта моли клиента да извика в съзнанието си травматичната ситуация и да възпроизведе всички мисли свързани с нея. След това пациентът се помолва да си представи връзката между тези мисли и физическите усещания, като се следи с очи показалеца на терапевта, ритмично движещ се на 30-35 см. От лицето на клиента. След 24 подобни движения се дава почивка и клиентът се помолва за дълбоко вдишване и да се дистанцира от преживяването. По-нататък клиента се съсредоточава върху телесните преживявания и позитивни мисли от рода – „Направих най-доброто, което можех да направя”, „Всичко това е в миналото”, „Контролирам се”, „Способен съм” и т.н.

#### **References:**

1. Alexandrov, Iv. Post-traumatic stress disorder. Clinical-psychological aspects. "STENO" - Varna 2018
2. Gradev, D. Social Psychology of Mass Behavior. С. 2000
3. Gringing, T. Post-traumatic stress with a position in the field of psychiatry. Вопросы психологии. 1994.
4. Darman, P. Учебник выживания в экстремальных ситуациях. М., 2010
5. Isaeva, EK Coping-behavior and psychological protection of personalities in the conditions of sickness and sickness. SPB., 2003
6. Kaikov, E. Ready to Survive in Extreme Situations. - S., Serdolik, 2004.
7. Kolev, N. Collective, Medical Insurance of the Population in Eradicating the Consequences of Non-Military Crises, Textbook, RI, 2008.
8. Lebedev, V. Экстремальная психология. М. 2004.
9. Lhihi, R., Symp. R. Posttraumatic Stress Development: Cognitive-Behavioral Approach. Moskovski psychotherapeutic journal. 2002
10. Malkina-Pich, Экстремальные ситуации. М., 2005
11. ICD-10. Psychic and behavioral disorders. S., 2003
12. Popov, H. Post-traumatic stress. S., 2003
13. Psychological Diagnostics and Correction Post-Stress Surgery in Surgical AED: Material Workshop Practical Psychological Service and Subdivided GYDD MOSCOW. М., 1997;
14. Rubitsova, V.V., S. B. Malch. Психология экстремальных ситуаций. 2007.
15. Stoyanov, V. Post-Traumatic Stress Disorder. Essence, diagnostics, therapy. Varna, Psydo. 2009
16. Lazarus R., Folkman S. Stress, appraisal and coping. N. Y., 1984
17. Lazarus, R., Folkman S. Cognitive theories of stress and the issue of circularity. Dynamics of stress. Phyciological, pychological and social perspectives. N. Y., 1986
18. Paul, M. Lehrer; P. L. Woolfolk. Principles and Practice of stress management. N. Y.; Guilford Press. 1993.