

# **СТРЕС И ДИСТРЕС. КРИЗИСНИ СЪСТОЯНИЯ И ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ ТЯХ**

**д-р Христо Йорданов Йорданов**  
**психолог в ДЦВУ - с. Ласкарево, община Сандански;**  
**Тодорка Василева Манолевска**  
**психолог в ЦОП - гр.Смолян**

*Резюме: Настоящият теоретичен анализ е фокусиран върху понятието стрес. Стресът представлява резултат, който се получава, когато върху дадена структура, система или организъм се въздейства със сили, които нарушават равновесието или предизвикват напрежение. Иначе казано, стресът е резултат от всякакви емоционални, физически, социални, икономически или други фактори, които изискват отговор или някаква промяна.*

*Ключови думи: стрес, дистрес, кризисни състояния и интервенции*

## **STRESS AND DISTRESS. CRISIS STATES AND INTERVENTIONS**

**Hristo Yordanov Yordanov, Phd**  
**psychologist DTSVU - s.Laskarevo, Sandanski municipality**  
**Todorka Vasileva Manolevska;**  
**psychologist at the CMP - Smolyan**

*Abstract: This theoretical analysis focuses on the notion of stress. Stress is the result that occurs when a structure, system, or organism is affected by forces that disturb the balance or cause tension. In other words, stress is the result of any emotional, physical, social, economic or other factors that require a response or change.*

*Keywords: stress, distress, crises and interventions*

### **1.Стрес и дистрес. Копинг стратегии**

Стресът е тема, която постоянно се дискутира. Самото понятие за стрес е сред фаворитите по употреба и начин на интерпретация. Обобщавайки редица мнения и дадени определения на това масово явление и състояние, се стига до извода, че стресът представлява резултат, който се получава, когато върху дадена структура, система или организъм се въздейства със сили, които нарушават равновесието или предизвикват напрежение. Иначе казано, стресът е резултат от всякакви емоционални, физически, социални, икономически или други фактори, които изискват отговор или някаква промяна.

Понятието “стрес” става популярно след края на Втората световна война в Съединените щати. По време на войната се проявяват проблеми, свързани с

лошата адаптация към военни условия на запасните военнослужещи от флота и авиацията. Установява се, че фронтовата обстановка може да доведе до ясно изразени психически и физиологически изменения. Всъщност още в края на миналия век са описани психологични реакции, понижаващи способностите, вследствие на така наречената “носталгия”. С особен принос за въвеждането на термина стрес в научна и всекидневна употреба е книгата "Хората в условията на стрес" (Men under stress, Grikker and Spiegel, 1945). За описание на специфичния механизъм на бойната умора в книгата се използват термини като “тревожност”, “заплаха” и “защита”. Самото ѝ заглавие спомага за утвърждаване на термина “стрес”. В по-късно публикуваната литература по този проблем става дума за условията, които създават страх, тревожност, гняв, психологически разстройства и ефектите на тези състояния върху адаптивното функциониране (Лазарус, 1970).

У нас Темков и Попов (1987) в своя публикация изясняват произхода на думата stress в контекста на разглеждания проблем. Думата вероятно произхожда от латинското *stringere* (стягам, затягам). Писменият английски език я включва в употреба през 14 век. През 17 век е означавала “тежко изпитание”, “бедствено положение” или “нещастие”. През следващите два века до голяма степен този смисъл се заменя от друг, според който *stress* означава “сила, натиск, напрегнато или голямо усилие”, упражнени върху материален предмет, човек или върху неговите “органи или психични сили”.

Селие (1956/1982), който популяризира термина стрес (във физиологията), го е използвал в противоположното, в сравнение с техническото му значение. Той пише за вредните условия като за стресори, разграничавайки ги от състоянието, предизвикано у организма, т. е. от реакцията на въздействието. Именно с името на Селие се свързва началото на научното изследване на стреса, въпреки, че в някои медицински среди още в края на 19 и началото на 20 век понятията стрес и напрежение са смятани за фактори, свързани с неразположение и психични заболявания.

Селие разглежда стреса като "неспецифичен (физиологичен) отговор на организма на всяко поставено пред него изискване" (Селие, 1982, с. 22) като състояние на организма, проявено в **общ адаптационен синдром**. Стимулите, които действат на организма (Селие ги нарича стресори), предизвикват два типа промени - специфични и неспецифични. Неспецифичните промени, които се изразяват в генерализираното усилие на организма да се приспособи към изменящите се условия на средата, Селие определя като общ адаптационен синдром. В този смисъл адаптацията се разглежда като способността на организма за своевременно възстановяване на вътрешното равновесие в случаите, когато то е нарушено от въздействието на средата. Общия адаптационен синдром се развива в три фази.

В първата фаза (на *тревога*) организмът мобилизира адаптационни ресурси за да се справи със стресора. Селие предполага, че адаптационните възможности на организма са ограничени и това се проявява в тази първа фаза. Нито един организъм не може да се намира постоянно в състояние на тревога. Ако стресорът е толкова силен, че въздействието му стане несъвместимо с живота, организмът загива още в стадия на тревога в течение на първите няколко часа или дни.

Ако организмът не загине, след първоначалната реакция настъпва вторият етап (на *съпротива* или резистентност), в който балансирано се мобилизират и изразходват всички достъпни адаптационни резерви на организма, като се поддържа, практически неотличаващо се от нормите, съществуване на организма в условия на повишено изискване към неговите адаптационни системи.

Когато стресорите действат дълго време и в резултат, на което е изчерпана адаптационната енергия на организма, настъпва третият етап на *изтощение*. През тази фаза, както и през първата, в организма постъпват сигнали за несъответствие между изискванията на средата и отговора на организма на тези изисквания. За разлика от първия етап обаче, когато сигналите водят до мобилизиране на резервите на организма, то в трета фаза се търси помощ, която може да дойде само отвън - или във вид на подкрепа или под формата на отстраняване на стресора, атакуващ организма.

Главното е това, че човек възприема, оценява и преживява стресора по различни начини- като заплаха, като предизвикателство или като индиферентно явление. Така всеки сам определя коя ситуация чувства като стресова или коя не му се отразява по този начин. Независимо, че на пръв поглед нещо неблагоприятно, сам по себе си стресът не е проблем. Той става такъв само тогава, когато се превърне в „**дистрес**”, т.е. в негативно състояние и реакция на неуспешна адаптация. Съществуват различни типологизации на стресорите. Evans, Cohen (1987, цитат по Russell, Arkkelin, 1994) предлагат следното разграничение:

**1. Всекидневни неприятности** - те включват онези хронични и повтарящи се проблеми, които се срещат в ежедневиия живот и обикновено не са свързани с прекалено големи адаптивни затруднения. Всекидневните неприятности се отнасят до по-слаби стресори като въздействие, но с повтарящ се характер. Към тях спадат такива, като неудовлетвореност от работата, ежедневни проблеми със съседите, неяснота в социалната роля, понасяне на въздействието на постоянен шум и др.

2. **Катаклизмите** се отнасят до внезапни, уникални и силно въздействащи единични събития или групи от произшествия, въздействащи на много хора, например - различни природни бедствия.

3. **Големите събития в личния живот** се отнасят до силни преживявания, провокиращи адаптивните способности на човека. Такива събития са:

- смърт на съпруг, съпруга, дете;
- смърт на близък член на семейството или приятел;
- заболяване или контузия;
- заболяване или контузия на член на семейството;
- големи промени в отношенията между членовете на семейството;
- годеж;
- женитба;
- временна раздяла (след конфликт);
- развод;
- нов човек в семейството (новородено, зет, снаха);
- значителни промени във финансовото състояние;
- смяна на работата;
- пенсиониране;
- промяна в местоживеенето;
- значителни промени в начина на живот;
- дребни нарушения на закона;
- промени в работата (работно време, служебно положение, по-голяма отговорност) и др.

4. Към **стресорите на средата** се отнасят претоварване в работата, бедност, конфликти в семейството, замърсяване на околната среда

Като **стресови характеристики на работната среда** могат да бъдат посочени още и:

- трудовото напрежение и спешността при изпълнението на задачите като доминиращи в работната среда;

- отсъствието на яснота, т. е. работещите не знаят какво могат да очакват в ежедневната си работа, неясно и двусмислено се предават и поставят задачите и изискванията на ръководството;

- силният контрол и използването на формалните правила за държане в подчинение;

- отсъствие на иновации или на разнообразие, промяна и нови подходи в работата;

- отсъствието на автономност, т. е. работещите не се насърчават да вземат

- самостоятелни решения, свързани с работата им.

Ако първичната оценка е свързана с процеса на възприемане и оценяване на заплахата за индивида, а вторичната оценка - с процеса на търсене на потенциален отговор на тази заплахата, то справянето със стреса ( coping ) е процес на изпълнение на този отговор.

В специализираната литература може да бъде срещнато твърдението, че понятието за копинга се развива в началото на 60-те години на основата на теориите за стреса, в рамките на два подхода - анималистичния и его-психологическия. Всъщност през този период се обръща внимание на когнитивното анализиране на копинга. Доста години преди това Фройд пръв обръща внимание на защитните механизми на "Аз"-а за преодоляване на неблагоприятните въздействия на външната среда. Идеята, че копингът е съвкупност от действия (основно "борба" или "бягство"), чрез които индивидът контролира околната среда и намалява активационната енергия, може да бъде проследена още до Дарвин. По своята същност това са два взаимно изключващи се модела. Психоаналитичният модел разглежда защитните механизми като резултат на многовариантните личностови фактори, т. е. копинга се разбира като съвкупност от устойчиви черти на личността. Целта му е да минимизира значението на ситуацията. Анималистичният модел обратно - акцентира върху значимостта на ситуацията. Появата на когнитивния подход дава възможност да се съвместят описаните противоположни гледни точки, като изследва реалното взаимоотношение между личността и ситуацията, без да се отдава предимство на което и да е от двете. В този смисъл начините за справяне със стреса се определят като когнитивния или поведенчески отговор за намаляване или елиминиране на психологическия дистрес или стресовите условия. С други думи справянето със стреса се отнася до когнитивните и поведенчески усилия за справяне със вътрешни или външни искания и (или) конфликти между тях, които са оценени като поставящи на изпитание или превъзхождащи ресурсите на личността .

Копингът играе важна роля при изследване на личностната значимост на отношението личност - среда. Той се свързва с влияние върху оценъчния процес, следователно и върху емоциите чрез обратна връзка. С други думи, от една страна, копингът влияе върху оценката и преоценката на стресовата ситуация, от друга - той каузално предшества емоцията като резултат, т. е. начините за справяне могат да бъдат индикатор за индивидуалните разлики при отговор на стрес.

В исторически аспект най-ранно е разграничението между стратегиите насочени към решаване на проблема, и тези, свързани с избягване на проблема направено от Фройд - съгласно психоаналитичната теория, "Егото" реагира, защитавайки се от три заплахи: първо - импулсите на "То", които могат да

станат толкова силни, че да залееят “Егото” с ирационалния хаос, който носят; второ - реалните заплахи на външния свят; и трето - “Суперегото” като заплаха за “Егото”.

Най-често описваните защитни механизми в психоаналитичната парадигма са:

**Изтласкване** - отстраняване от съзнанието на нежелани и стресиращи импулси.

**Отричане** - отказ да се приеме или да се изправим пред заплашваща ситуация.

**Регрес** - връщане към по ранни начини на действие или чувстване.

**Рационализация** - търсене и намиране на извинения за прегрешения и недостатъци с цел избягване на себеобвинение, разочарование и критицизъм от другите.

**Проекция** - приписване на другите на собствените неприемливи мисли, чувства и импулси.

**Изместване** - пренасочване на импулси (например гняв) от реалната цел (поради опасност) към по-безопасен обект.

**Формиране на реакция** - отричане и обръщане на чувства (например любовта се превръща в омраза или омразата се превръща в любов).

**Идентификация** с друг.

**Сублимация** - трансформиране на неприемливи потребности в приемливи амбиции и действия.

**Фантазиране** - мечтаене и неговите заместители, като начини за избягване от проблемите или скуката.

**Компенсация** - опити да се замести някое чувство на неадекватност чрез постигане на успех и превъзходство по друг начин.

**Отменяне** - действия, целящи, като че ли да се отмени някое зло, което човек допуска, че е сторил.

**Интелектуализация** - криене на емоционалния отговор зад думи и твърдения, отричащи проблема.

**Отреагиране** - начин за бунтуване и намаляване на напрежението.

**Себеотричане** - спечелване на другите или търсене на съчувствие.

Класическият когнитивен подход на Лазарус разграничава стратегиите за справяне със стреса на две основни групи: **проблемно-фокусирано справяне** или често определяно като активно справяне и **емоционално-фокусирано справяне** или пасивно справяне. Това са всъщност двете основни функции на справянето със стреса.

Първата група стратегии описва поведение като изправяне срещу проблема и въздействие върху стресовия фактор за премахване на неговото влияние, както и промяна на собственото отношение към източника на стрес, т. е. активното справяне е насочено към промяна на реалното взаимоотношение между личността и средата

Втората група стратегии (емоционално-фокусираните) включва избягване на опити за директно справяне с проблема и опити за контрол; снижаване на отрицателните емоции; регулиране на емоционалния дистрес. Емоционално-фокусираното справяне не е насочено към промяна на реалното взаимоотношение, а към промяна на неговото значение, а следователно и на емоционалната реакция. Ако ние успешно избягваме да мислим за заплахата, то тревожността, свързана с нея, може да се отложи във времето. Тези два типа копинг обединяват в себе си множество специфични стратегии.

## **2.Кризисни състояния и кризисни интервенции**

Латинската дума crisis има старогръцки произход и означава прелом, решителен момент. С криза обичайно се обозначава драматична промяна в състоянието на един организъм или система или в обичайното протичане на един процес. Т.е. основният смисъл на кризата е промяна. За да се обозначи една промяна като критична, обаче, е необходимо тя да има следните две основни характеристики: да е много категорична (радикална, значима) и да настъпва внезапно или много бързо, неочаквано. Поради неочакваността на промяната и нейната сила, възстановяването на хомеостазата (равновесното състояние на системата) е силно затруднено, адаптивните/възстановителни способности са поставени на голямо изпитание. От тук произтича и относително високият риск от неблагоприятно развитие и провал на възстановителните процеси. С това е свързана и необходимостта от оказване на помощ. Отличителна характеристика на кризисните състояния е, че те са с ограничена продължителност – актуалният период на кризата се движи в границите от няколко часа (по-често няколко дни) до няколко седмици (около 6). През това време индивидът търси начин за възстановяване на нарушеното равновесие. Разрешаването на проблема може да доведе до:

- възстановяване на баланса до първоначалното ниво;
- по-адекватно или по-високо ниво на функциониране;
- по-ниско ниво на функциониране или декомпенсация;

Механизмите за справяне на личността могат най-общо да се подразделят на:

- Адаптивни - въвличане на социалното обкръжение, мобилизиране на близки и роднини, търсене на помощ от професионалисти;

- Неадаптивни - оттегляне, изолация, депресия, злоупотреба с психоактивни вещества, различни прояви на регрес, вкл. позиция на силна зависимост от други, предизвикателно поведение или директна агресия, дезориентация и др.

## **2.1. Очаквани кризи**

Възрастови кризи – става преструктуриране на старите убеждения и ценности, които постепенно отпадат, докато се оформят новите; по това време човек е изключително уязвим.

Според психологията приблизително на всеки 7 години човек преживява такава криза. Те са част от живота ни и ни помагат да преминаваме към новото възрастово състояние, в което сме, да прекрачваме границата от предишната възрастова група към следващата, с всички характерни за нея особености. В този смисъл кризите са една необходимост, без която не бихме могли да се развиваме. Най-често тези периоди на възрастова промяна се преживяват като кризи, защото човек чувства, че старите му вярвания, ценности, разбирания за живота вече не му служат, а все още не е изградил нови такива. В тези състояния човек може да изпадне в депресия, да чувства безсмислие на живота си.

## **2.2. Неочаквани кризи**

Травмиращи събития - болести, раздели, развод, смърт на близък, уволнение, смяна на месторабота, местоживееене. Популярното разбиране на стресовото събитие е като нещо негативно за човека (болест, неприятности в работата, природни бедствия), но то може да бъде и положително преживяване. Например, новият дом и повишението в работата, носят със себе си промяна на статуса и нови отговорности. Влюбването, за някои хора може да бъде толкова стресово, както и разводът. Всъщност всяка промяна, към която трябва да се приспособим, предизвиква стрес.

### Навлизане в криза

1. Поява на дистрес – равнището на напрежението става непоносимо
2. Още по-висока мобилизация. Насоките са към облекчаване /плач, молби за помощ, деструктивно поведение, водещо до временно облекчаване/



3. Ако до няколко месеца не се справи с кризата, настъпва ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ. Човек е неефективен, загубва усещане за насоченост, за целепологане, за движение. Изпада в депресия.

#### Психологически характеристики на човек в криза:

1. Загуба на себеуважение /”Аз съм един неудачник”/
2. Загуба на идентичност /преосмисляне на въпроса „Кой съм аз?”/
3. Загуба на усещане за справяне
4. Загуба на базисни потребности – за сигурност /човек не вярва, че ще оцелее/
5. Отричане на реалността
6. Чувство на вина или обвинение към събития и хора /вместо опит да се излезе от това състояние/
7. Нагласи на объркване и паника /”Всичко, което опитвам, не работи – отчаян съм!” – Усещане за безсилие – „Няма смисъл да опитвам вече – искам просто да си отдъхна.” – поява на себеразрушителни действия, с временен облекчаващ характер./
8. Стеснено съзнание – човек е в състояние на оглушеност – не може да реагира адекватно, защото възприятията му са нарушени /след изтощението, организмът се опитва да се съхрани/, като че е “застинал” в тишина – не чува, не вижда и не усеща какво става около него.
9. При суицидни /за самоубийство/ намерения има блокиран “рефлекс на целта” Тези хора са като в мъгла, не виждат нищо – нито в бъдещето, нито в миналото. Имат усещането, че са сами – без надежда, без възможности за промяна, без подкрепа.

**Кризисната интервенция** се дефинира като терапия лимитирана в параметрите на кризисния проблем на пациента консултиран от общопрактикуващия лекар. Кризисната интервенция се базира на теорията за кризи, която подчертава не само необходимостта от незабавен отговор в една неотложна ситуация, но и необходимостта от превенция на бъдещите проблеми в личностното развитие и адаптация. Кризата е отговор на рискови, опасни събития, които хората преживяват като болезнено състояние, което не могат да удържат и ресурсите на личността не са достатъчни за справяне. Кризите са типични за преходите от един към друг жизнен цикъл, където рязко се сменят приоритетите през личностното развитие, а ресурсите на индивида за отговор не съвсем още адекватни – напр. пубертет, пенсиониране. Понятието криза е въведено в медицината от Хипократ, който го определя като “връхната точка на болестния процес”. Кризисното интервениране като подход няма собствена

теория, на която да е продукт. Той е емпиричен продукт, получен чрез натрупване на наблюдения от опита и експериментирание с хипотези, че определено вмешателство в даден кризисен момент ще доведе до положителни резултати. Допълнително са привлечени различни теории, които се опитват да обяснят механизма на действие на кризисните интервенции. Такава теория, е например, теорията за привързаността на Боулби (Bowlby), която се използва за разбиране на процесите на скръб.

Двама психиатри са изиграли ключова роля за обособяването на кризисните интервенции като терапевтичен подход. Това са Ерих Линдемман и Джералд Каплан. През 1944 Линдемман публикува изследванията си върху процесите на скърбене (“Symptomatology and management of acute grief”). Наблюденията му се основават на преживяванията на оцелелите и близките на жертвите на голям пожар в нощен клуб в Бостън, където през 1942 г. намират смъртта си около 500 души (в опита си да се спасят хората са блокирали вратите). Оцелелите страдали от многобройни продължителни физически и психологически последици. Каплан се смята за бащата на превантивната психиатрия в Съединените щати. Неговият основен принос е развит в книгата му “Принципи на превантивната психиатрия” (“Principles of Preventive Psychiatry”, 1964). Двата основоположници на подхода са вярвали, че когато са в криза и са тревожни, хората са отворени за получаването на помощ и са мотивирани да се променят. Затова предоставянето на помощ на хората в този момент може да предотврати настъпването на продължителни разстройства на психичното здраве.

Една по-обща дефиниция за кризисна интервенция е: Всяка интервенция, която се предприема своевременно за да се управлява риска, свързан с кризата, се наричат кризисна интервенция. Целта на интервенцията е най-малкото да се намалят вредите и негативните последици до възможно най-ниското ниво и в най-добрия случай да се постигне положителна промяна.

Една по-тясна дефиниция е: Всяка интервенция в състояние на криза, която води до намаляване на силните негативни преживявания (преди всичко – тревожността).

Първоначалната, непосредствената цел на кризисната интервенция е да трансформира преживяванията на загуба и заплахата (опасност) в друг тип преживяване, например като предизвикателство. Тоест първичната когнитивна оценка на събитието може да претърпи значителна промяна в посока, възстановяваща индивида в силна позиция (редефиниране на ситуацията, Т. Томов, 1989). В състояние на криза обикновено почти винаги е необходима помощ с различна интензивност за да се излезе от кризата благополучно, което

означава да се генерират адаптивни стратегии за справяне, да се осмисли опита и да се извлече поука от случилото се. Тази дефиниция поставя кризисното интервениране в графата на превантивната психиатрия, осигуряваща предпазване от развитието на по-сериозни психични или психосоматични заболявания. Ако кризата не е решена по здравословен начин, преживяването може да предизвика по-продължителни психологически, социални и медицински проблеми. По този начин, кризисната интервенция като подход, освен в спешната психиатрия, намира своето място в програмите за първична, вторична и третична профилактика на психично-здравни проблеми.

Енева Й. определя принципите за провеждане на кризисната психологическа интервенция по следния начин:

- незабавност на интервенцията. При нея решаващ фактор е времето;
- провеждане в епицентъра или в близост на критичното събитие;
- улесняване на разбирането за случилото се;
- съсредоточаване върху разрешаването на неотложни проблеми и възвръщане на контрола над ситуацията;
- насърчаване на доверието в себе си и другите сред оцелелите;
- очакване, че жертвите ще се върнат към нормалното си функциониране;
- краткосрочност.

Освен световно признатите теоретични основи на кризисната психологическа интервенция българския опит се основава и на изследванията проведени под ръководството на проф. Г. Йолов от Централната лаборатория по психология при БАН и катедра “Психология”, на СУ “Св. Климент Охридски” през 70-те и началото на 80-те години на миналия век. Тези изследвания допълват познанието ни за реакциите и поведението на човека при бедствия с характерните за различните възрастови, етнически и социални групи на българското общество отговори на настъпилото бедствие. Те дават възможност на работещите днес институции и специалисти в областта на кризисната психологическа интервенция да съобразяват действията си с особеностите на българската народопсихология и така да са по-ефективни.

В сегашния момент кризисна психологическа интервенция осъществяват няколко държавни институции. Едната е Центърът по психопрофилактика към Военно-медицинска академия. Той е създаден през 1993 г. и основните му задачи са превенция на посттравматичните стресови разстройства сред личния състав на

българската армия и работа за преодоляване последствията от преживени критични ситуации. Центърът е взел участие във всички мироопазващи мисии на българската армия: Камбоджа, Босна и Херцеговина, Афганистан, Ирак. При възникване на ситуации при изпълнение на мисиите сътрудници на Центъра са работили на терен с личния състав. След завръщане от мисии всички участници преминават дебрифинг в Центъра по психопрофилактика. Кризисна психологическа интервенция при критични произшествия се извършва от 2000 г. в Института по психология на МВР. От април месец 2002 г. към Института е създаден сектор “Психологична профилактика и консултиране”. Една от неговите основни дейности е оказването на психологическа помощ на служители след критични произшествия, както и интервенция при природни бедствия, аварии и катастрофи. На ниво министър е утвърдена “Програма за превенция и управление на професионалния стрес”. Други дейности в сектора са: превенция на професионалния стрес чрез обучение, психологично консултиране на служители на МВР и техните семейства, организационни консултации на екипи, както и насочване на служители за получаване на помощ от други звена. Управлението на стреса при критични произшествия от психолозите в сектора се извършва по модела на Everly and Mitchel. Моделът е адаптиран и пригоден за работа в специфичния контекст на полицейската среда. Психолозите от сектора провеждат обучение на своите колеги от националните служби и регионалните дирекции на вътрешните работи. Секторът прилага и собствен модел за работа на терен при терористични актове, бедствия и аварии.

Друго звено от мрежата за кризисна психологическа помощ в България е лабораторията по авиационна психология и безопасност на полетите към Отделението за медицинска и психологическа експертиза на Многопрофилна транспортна болница „Цар Борис III”. Лабораторията съществува от 1982 година. Работата на лабораторията по CISM (Critical incident stress management) е насочена в няколко направления: предварителна подготовка за преживяване на кризисно събитие, която включва очакване на вероятно събитие и обучение по подобряване на възможностите за справяне и управление на стреса, както в индивидуален план, така и с различните групи служители чрез провеждане на периодични курсове и тренинги; изготвяне на система за мобилизация на специалисти, които да се включат при осъществяването на помощ при настъпването на критично събитие; осъществяване на дебрифинги с участници в кризисни събития; оказване на индивидуална помощ след бедствие за намаляване на напрежението, симптомите на посттравматичния стрес; продължително наблюдение и при необходимост насочване към специализирана помощ на служители преживели критично събитие.

**Базиране на програмите за кризисни интервенции – кризисни служби**

Програмите за кризисни интервенции могат да се развиват от обособени, тясно специализирани служби или от служба, развиващи широк спектър от услуги (например стационарни психиатрични служби за остро болни). Отличителна характеристика на програмите за кризисни интервенции, независимо към каква служба са разкрити, е, че те имат готовност да осигуряват помощ 24 часа в денонощието, 7 дни в седмицата. Настъпването на кризите не е обвързано с работното време на службите. По-скоро съществува обратно-пропорционална зависимост – кризите настъпват тогава, когато службите не работят. В оптималния вариант службите за кризисни интервенции разполагат с един или повече мобилни екипа.

Кризисните служби са изградени на няколко основни принципа:

- Изградени са така, че да предлагат лесен достъп за клиентите или насочените хора.
- Оценъчните интервюта се насрочват скоро след установяването на контакт;
- Интервенциите също не закъсняват (служба за кризисни интервенции, която поддържа списък на чакащи, не може да се нарича така)
- Осигуряват сигурна и безопасна среда, както за клиентите, така и за персонала
- Приключването на работата с клиента се планира от самото начало;
- Толерира холистичен поглед върху клиента и неговата ситуация;
- Работи се екипно

В практиката съществуват два основни модела за предоставяне на кризисни интервенции и кризисно консултиране:

- Служби, в които се извършва първоначална оценка и в случай, че оценката свидетелства за криза, случаят се насочва към служба с програми за кризисна интервенция (тези служби могат да бъдат наречени само условно "кризисни служби", доколкото консултират индивиди с остро настъпили емоционални и поведенчески разстройства)

- Службите могат да предлагат широк спектър от услуги, сред които и кризисни интервенции или да са специализирани в оказването на кризисна помощ.

Регистрирането на факта на кризата и насочването към други служби, от една страна, и непосредственото предлагане на кризисна интервенция, от друга, се описват като два различни модела на кризисно интервениране.

Роузен (Rosen, 1998) посочва, че в Австралия се очаква семейните лекари, социалните работници, полицията, духовните лица, консултантите и психично-здравните професионалисти, практикуващи в общността да взимат участие в

кризисните интервенции. Особено важна е позицията на семейните лекари, които са “първата линия” на посрещането на хора в криза. Тя категорично смята, че далеч не всички клиенти в криза трябва да бъдат насочвани към психиатричните служби. Последните са най-подходящи за хора с психични разстройства, които могат да имат склонност да се самоубият. Един аргумент в полза на това твърдение, е, че обръщането към психиатричните служби има стигматизиращ характер, който може да задълбочи сериозността на положението. Авторката смята, че напоследък са се развили достатъчно други служби и възможности, които предлагат решения (вкл. специализирани форуми в Интернет, групи за самопомощ, горещи телефонни линии, религиозни центрове и др.).

### **1. Кризисен модел**

В условията на критичната ситуация интервенциите на психолозите са насочени към редуциране на симптомите на острия стрес и превантивна работа в посока на предотвратяване на посттравматично стресово разстройство. За целта има разработен т. нар. кризисен модел, който включва психологичната теория за кризата и произтичащите от нея практически методи за оказване на първа психологична помощ (ППсП) на хората в криза. Теоретичната основа на психичната криза, настъпила след критично произшествие е, че хората са психично здрави, техните реакции са нормални при ненормалните обстоятелства и са способни да се справят с последствията от травматичния стрес с помощ отвън. Симптомите на засегнатите са временни, не са резултат на психично разстройство и в повечето случаи отшумяват спонтанно от няколко дни до няколко седмици.

Травматичната криза е вид ситуационна криза, при която индивидът е жертва на въздействие на външен неблагоприятен човешки или природен фактор, който има преднамерен или непреднамерен характер. Най-често травматичните събития са: природни бедствия, трудови злополуки, промишлени аварии, грабежи, насилие, терористични актове, друг застрашаващ опит. Подобни ситуации представляват голямо предизвикателство за служителите – от една страна те общуват с хора, преживели силен стрес, които са объркани, безпомощни, в състояние на вцепененост или хиперактивност, от друга - те самите са изложени на прекомерен емоционален стрес, който може да превиши възможностите им за възприемане и осмисляне на случилото се.

Информирането на служителите относно фазите на психичната криза, породена от СКП, е важен елемент от превенцията на травматичния стрес.

### **Фази на травматичната криза**

#### **1. Фаза на шок**

Тя описва първите реакции на хората непосредствено след травматичното събитие. Най-често те са объркани, способността им за рационално мислене и поведение е нарушена, липсва ефективен контрол върху собствените чувства. Симптомите могат да бъдат: пристъпи на повръщане, треперене, стомашно разстройство, учестено дишане, замайване, схващане на ръцете и краката и др. Промените в мисловния процес и поведение обаче не винаги са видими. В други случаи реакциите са твърде очевидни – обхващат диапазона от полюса на апатията до хиперактивността.

Апатията е състояние на цялостна емоционална парализа, изразяваща се в нежелание или неспособност за действие. Хората се чувстват изтощени, нямат енергия дори да говорят. При поява на повторна опасност, те няма да могат да направят каквото и да било, за да се спасят. В случаите на намалена подвижност хората имат проблеми с придвижването, без да се наранят. Това излага животът им на сериозен риск, тъй като не са способни да избягат от опасността, дори и ако я осъзнават. Състоянието на намалена подвижност външно наподобява апатия, с тази разлика, че при последната има понижена съзнателност за опасността.

Паниката е реакция на застрашаващото събитие или ситуация, които са толкова болезнени, че блокират рационалното мислене и поведение на човека. Хората често бягат от мястото на произшествието, пищейки от ужас. Особено важно е да се знае, че паническите реакции са заразителни, бързо и лесно се разпространяват сред околните.

Хиперактивното поведение включва хаотично, несъответно на ситуацията поведение. Съществува риск от себепанаряване или от нараняване на други хора. Крайната степен на ирационалност и активност в поведението означава, че човек се намира в състояние на паника.

## **2. Фаза на реакция**

След като човек е излязъл от фазата на шока, която може да продължи от няколко минути до едно денонощие, той навлиза във фазата на реакция (започва да осъзнава това, което му се е случило и изпитва твърде интензивни и болезнени чувства). Най-често те са тревога, тъга и вина (ако пострадалият се възприема за един от отговорните за инцидента). Други чувства, които пострадалият може да изпитва са омраза към отговорните за случилото се (ако то не е природно бедствие), радост от оцеляването и същевременно срам от късмета да бъде сред незасегнатите, яд към близък, който е наранен (“как можа да го допуснеш и да ми причиниш това?”). Всички тези чувства, колкото и неуместни да изглеждат в конкретната ситуация, са естествени и нормални и всеки може да ги изпита.

Тревогата, скръбта или вината често са толкова силни и болезнени, че слагат отпечатък върху всичко, което човек върши през деня и върху почивката му през нощта. Възпроизвеждането на сцените от произшествието е особено ярко през нощните часове, когато се бори със своето безсъние или има кошмарни сънища. В резултат на това може да се достигне до състояние на пълно изтощение, раздразнителност и уязвимост. Човек е склонен към пристъпи на гняв, както и до дълбоко отчаяние. Всички тези преживявания могат да се проявят като физически симптоми (стомашни смущения, сърдечно-съдови проблеми и др.). Те са твърде неприятни и затова пострадалите се опитват да избягат от огромния емоционален натиск на чувствата си чрез някои защитни механизми.

В случаите на потискане, човек се опитва да се самоубеди, че произшествието никога не се е случвало. Това е възможен изход, но за много кратко време. Когато фактите достигнат до съзнанието, преживяванията стават много болезнени. В случай, че човек изобщо не допусне осъзнаване на реалността, може да се достигне до психично разстройство.

В случаите на изолация, хората се отделят от света, за да избегнат напомнянето за това, което се е случило (виждат изход в изолацията, за да се предпазят от завладелите ги болезнени чувства и спомени).

Защитното поведение чрез използване на механизмите на регресия, се свързва с опита на човек да се върне към детството си, когато се е чувствал закрилян и защитен. Поведението му е незряло и подтиква околните да поемат отговорността за неговото здраве и оцеляване.

### **3. Фаза на преработване**

Преминаването към следващата фаза на преработване става постепенно. Процесът започва с нарастването на възможностите на човека да се дистанцира от кръга на повтарящите се спомени и болезнени чувства. Започва да забелязва все повече събития от настоящето си, а бъдещето отново започва да придобива значение за него. Интензивността на негативните емоции е намаляла и той може да говори за случилото се, без да бъде изцяло завладян от тях. Преработването на травматичния опит отразява приближаването на събитието до реалността и осмислянето му от гледна точка на всички последствия, които може да има за индивида. Този процес отнема средно около шест месеца, по време на които човек е все още емоционално повлиян от травмата.

### **4. Фаза на преориентация**

На тази фаза завършва успешното излизане от кризата. За нея е характерно, че човек може да си припомня събитието и да подрежда различните моменти, без да се отдръпва емоционално или да проявява симптоми на стрес. Травматичният опит е оставил своите следи, но индивидът вече е способен да го



използва като отправна точка за развитие. Дори ако събитието е било свързано с физически травми и/или загуба на близки хора, човек е ориентиран много повече към бъдещето, отколкото към миналото си. Нещо повече, случилото се може да го направи по-силен и по-подготвен за бъдещи предизвикателства.

Личната криза не е психично разстройство. Обаче интензивният и продължителен отговор на кризата може да предизвика психично разстройство (като, например, тежка депресия или по-широко разпространеното "разстройство в адаптацията"). На свой ред, разстройството в адаптацията трябва да се разграничава от скърбенето (траура) и другите не-патологични реакции на криза, които не предизвикват забележим дистрес и които не причиняват значителни или трайни нарушения на социалното функциониране.

Стресът не е синоним на криза, тъй като всички ние преживяваме стрес като част от ежедневието си. Не всички стресиращи преживявания водят до криза и някои типове стресиращи събития могат да предизвикат кризи или даже клинично значими разстройства у някои хора – но не у всички. За намаляване на последиците от кризата и благополучния изход от кризата, решаваща роля играят своевременно предоставената специализирана помощ, обозначавана като кризисни интервенции. Те имат благоприятен клиничен, икономически и социален ефект.

### **Използвана литература:**

1. Божинова, Е и колектив „Психосоциални аспекти на управлението при бедствия и аварии: ; ДА „Гражданска защита“ София 2006
2. БЧК „Първа психологична помощ и психосоциална подкрепа при бедствен стрес. Стратегии за устойчивост; БЧК София; 2009г.
3. Енева, Й. (2004). „Психологическа помощ при бедствия, аварии, катастрофи и пожари.“ Сборник с образователни материали за обучение за действия при бедствия, аварии, катастрофи и пожари (I-XII клас). МС на Република България, Постоянна комисия за защита на населението при бедствия, аварии и катастрофи
4. Институт по психология – МВР „Управление на стреса при критични произшествия“
5. Карастоянов, Г.Русинова-Христова, А. „Психологичните типове по Карл Юнг и стресът“; Издателство Пропелер, София, 2000г.

Роглев, М. „Медицинска психология“ ,Пловдив 2004г.

Автори:

1.Христо Йорданов Йорданов, тел. 0892965875; 0878741001, e-mail: [hcristo1969@abv.bg](mailto:hcristo1969@abv.bg)

2.Тодорка Василева Манолевска