

## НИВО НА СТРЕС И ЕФЕКТИ – СОМАТИЧНИ И ПСИХОЕМОЦИОНАЛНИ В ЕДНА СОЦИАЛНА ГРУПА

Хр. Романова<sup>1</sup>, И. Маринова<sup>1</sup>, М. Маринов<sup>2</sup>, Н. Радева<sup>3</sup>, Д. Томов<sup>1</sup>

**Key words:** *stress, posttraumatic stress disorder, adjustment disorder, accident, stress life events*

### Въведение

Обективизиране на ситуация-стрес причинно-следствените връзки е направено в огромен брой проучвания. Едно от най-известните е това на двамата американски психиатри Holmes и Rahe, в резултат от което те създават популярната скала за измерване на стрес – SRRS, нар. още скала на Holmes и Rahe (1967) (10). Тя поставя на челните места по стресогенност събития като смърт на партньора, развод, лишаване от свобода, смърт на близък от семейството, личното увреждане или заболяване и т.н. И други проучвания (9) установяват връзка между значимо житейско събитие и проявяващи се в последствие заболявания – соматични: инфаркт, инсулт; онкологични проблеми или други – най-често последица от възникнали от стреса имунни нарушения (7,8). Освен тях, в периода половин-една година след стресогенни инциденти могат да се отключат тежка психотична депресия, шизофрения, паниково разстройство или фобия, поведенчески разстройства (повишена употреба на психоактивни вещества – медикаменти, алкохол и др.) или асоциални форми на поведение и т.н. (1,3,11). Следователно, последиците от преживяно значимо стресогенно жи-

*Study is performed among students from Medical University – Varna for estimating the stress level and its affect on the somatic and psychic condition. Serious stress is common manifestation, even among young people – it is present with more than 1/3 from the inquired, whose average age is 24 years. The basics causes for significant stress according to majority, experienced stress and answered this question, are disasters – 36.2% (transport accidents – 90.23% , earthquakes and fires – 9.77%) or dead of relatives – 25.8%. The symptoms and the complaints manifested because stress is connected with posttraumatic stress disorder and adjustment disorder.*

тейско събитие далеч не винаги се ограничават само с разстройствата, които в МКБ-10 са обособени като група, директно произтичащи от стресова ситуация – те са първата проява на стреса, но не винаги са единствената (4,5,6). Това е групата F-43 – Реакция на тежък стрес и разстройство в адаптацията и в нея са включени симптомокомплексите: Остра стресова реакция F-43.0; Посттравматично стресово разстройство F-43.1; Разстройство в адаптацията F-43.2 и др. Становището, застъпено в МКБ-10 при дефинирането на тази група разстройства (по смисъла му) очевидно се присъединява към тезата (за възникване на неврозите) на известни психолог Н. Eysenck, който отчита ролята, както на индивидуалното предразположение, така и на стреса, за отключването на заболяване. Сами по себе си, нито предразположението, нито стресът са достатъчни за това, а от друга страна предразположението може да варира от твърде незначително до твър-

1. Катедра Хигиена и бедствени ситуации, Факултет Обществено здравеопазване; Катедра Предклинични и клинични науки, Факултет Фармация
2. Катедра Здравен мениджмънт, Факултет Обществено здравеопазване

де изявено. В първия случай е необходим голям стрес, за да се стигне до заболяване, а във втория е достатъчен и “незначителен” стрес (2).

Според дефиницията на МКБ-10, посттравматичното разстройство и разстройството в адаптацията, са прояви с относително голяма продължителност и могат да включват: емоционални нарушения (от хипервигилитет до притъпеност, анхедония, тревожност, депресия или дори идеи за самоубийство), избягване на ситуации, напомнящи за травмата, нарушения на съня, повтарящо се изживяване на травмата, разстройство на рутинните дейности и поведението, или (рядко) – трайна личностова промяна. За разлика от тях, при острата стресова реакция най-често са налице краткотрайни нарушения на вниманието и паметта и вегетативни признаци на паническа тревожност (тахикардия, възбуда, свръхактивност и др.), продължаващи до 2-3 дни.

### Цел

Имайки пред вид всичко това, за нас бе интересно да “скринираме” нивото на стрес у съвременниците ни чрез ефекта му върху соматичното и психичното им състояние, както и връзката между типа на стреса, от една страна, и от друга – вида на отключващата се от него стресова симптоматика (посттравматично стресово разстройство, разстройство в адаптацията, остра стресова реакция или друга нозологична единица по МКБ-10). Решихме да проучим една конкретна социална група – студенти от различни специалности в МУ-Варна.

### Материал и методи

За проучването използвахме индивидуална анонимна анкета, с конструиран от нас въпросник, съдържащ 26 въпроса, от които 4 закрити, 2 открити (за лично становище) и 20 комбинирани. Независимо от типа им, те изискват самоотчет за вида преживян стрес и появата на свързани с него психо-емоционални и соматични оплаквания, за продължителността и степента им, за периода от вре-

ме, необходим за обратното им развитие, за начина по който е станало това.

Днес, за установяване наличието или отсъствието на посттравматичен стрес вече са създадени голям брой психометрични инструменти – скали за депресивност, страх, тревожност, както оценъчни, така и самооценъчни. У нас са достъпни голям брой стандартизирани въпросници с установена (висока) корелация на данните, получени от респондента с обективното му състояние: MMPI, депресивната скала на Hathaway-McKinley, самооценъчните депресивни въпросници на А. Векс и W. Zung, оценъчните депресивни скали на Hamilton и W. Zung, самооценъчните скали за страхови състояния или тревожност – Taylor-MAS, Zung-SAS, Spielberger-STAI, оценъчните такива на Zung, Hamilton и др., както и създадените или стандартизирани у нас въпросници на Т. Ташев, Хр. Попов, А. Величков и др.

Друг въпрос, който възниква във връзка с изследването на посттравматичния стрес е, доколко тежко и значимо е едно стресово събитие или инцидент. В отговор на този въпрос Holmes и Rahe “претеглят”, преживените стресогенни събития от 5 000 пациента и ги подреждат според относителната им тежест в своята скала.

Стандартизираните въпросници установяват наличието или отсъствието на признаците на посттравматичен стрес, но не уточняват вида на посттравматичните стресови реакции (каквато цел си поставихме ние). За това решихме да конструираме собствен въпросник, основан на дефинициите на МКБ 10.

### Резултати и обсъждане

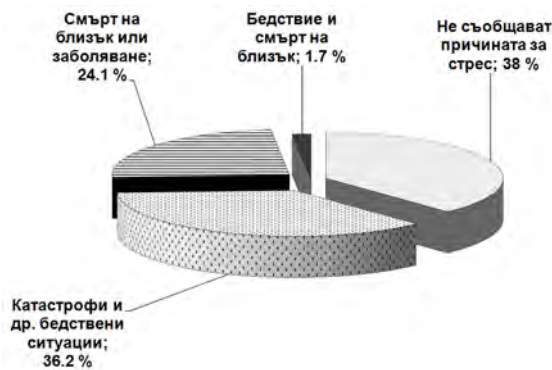
Възрастта на 160-те участници в проучването, е от 18 до 50 години, като 75% са в групата 18-24 г.; средната им възраст е 24 г. Жените са 88.75%, което е във връзка с феминизирането на медицинските специалности.

Немалка част от запитаните – 36.3% споделят, че са преживели тежка, значи-

ма стресова ситуация, което не е твърде очаквано пред вид младостта, статуса и обичайния – нерисков и нестресов начин на живот на тази социална група. Разбираемо висок е процентът на тези, които съобщават, че не са имали стрес – 45.6% (средна възраст 23.3 г.); или дават противоречиви и объркани отговори – 18% (вероятно дължащо се на липсата на опит и малкото преживени от тях тежки стресови ситуации – някои определят като най-тежък преживян от тях стрес изпитната сесия). Тази група респонденти (2/3 от тях) е на възраст от 19 до 21 години – средна възраст 23.2 години (Фиг. 1.).

Обработката на събраните от нас данни показва, че в групата на преживелите сесии ризен стрес (средна възраст 25.2г.), причината за него е споделена от 62% от тях (Фиг.2.).

- ❖ 36.2% посочват бедствени ситуации – пътни катастрофи (в 90.23% от случаите) или други (земетресение, пожар – в 9.77%);



Фиг. 2. Съобщени причини за стрес у преживелите го – 36.3% от анкетираните.

- ❖ 24.1% са преживели смърт на близък или лично увреждане/заболяване и заедно с 1.7%, които са преживели комбинация от двете (напр. поразяване от мълния на близък, докато са заедно) оформят втора подгрупа от 25.8%.

Двата вида стресогенни събития – смъртта на близък от семейството, и личното увреждане или заболяване, заемат две съседни позиции в SRRS – скалата, с неголяма разлика в значимостта им и съответно, в броя точки стресогенност, който носят, поради това ги поставяме в обща подгрупа. За съжаление в скалата не фигурират инцидентите и бедствените ситуации като отделни стресогенни житейски събития (ясно дефинирани като такива), поради това не бихме могли да я използваме за съпоставка между двете подгрупи. Чрез конструираня от нас въпросник се опитахме, сравнявайки подгрупата на преживелите бедствие, с подгрупата, загубила близък, да установим има ли зависимост “вид стрес – нозологична единица по МКБ-10”.

Срещнахме съществени трудности при обработката на събраната информация, тъй като данните, които се събират при едно анкетно проучване са в известна степен непълни и напълно субективни. Това се отнася за информацията, която са ни дали респондентите ни относно началото и продължителността на изява на отделните стресови симптоми – безсънието, кошмарните сънища, сърдечните оплаквания и т.н., относно отзвучаването им и пр. Тази особеност на анкетното проучване – изследваният да е не само обект, но и “субект” на наблюдението, за съжаление затруднява изследването и предполага, то да се основава върху преценките на изследвания за самия себе си – за своето състояние, оплаквания, начин на поведение и преживяване – т.е. методът се окачествява като субективен (2). Фактът, че анкетираните са студенти в медицински специално-

## МЕДИЦИНА

сти явно не е достатъчен (противно на очакването ни), за да бъде избегнат донякъде този субективизъм – изглежда, че знанията и осъзнаването на оплакванията им са все още недостатъчни.

Все пак събраната от нас информация показва, че най-масово проявените психо-емоционални и соматични после-

дици и оплаквания, споделени от общата група – на преживелите значим стрес, са следните:

- ❖ Нарушения на съня – безсъние, кошмари или повтарящи се съновидения, са най-честото оплакване – при 81% от групата;

*Таблица 1. Съобщени стресови ефекти и симптоми*

	<b>Смърт на близък (25.8% от всички преживели значим стрес)</b>	<b>Бедствена ситуация (36.2% от всички преживели значим стрес)</b>
Възстановяване от стреса Не напълно или не изобщо	47%	47.6%
Възстановяване от стреса Напълно	47%	47.6%
Възстановяване от стреса С медикаменти	28.6%	24%
Страх, тревожност	47%	42.9%
Кошмари или повтарящи се съновидения	28.6%	19%
Безсъние	53%	38%
Повтарящо се изживяване на травмата	33.3%	14%
Паническа тревога, фобия	67%	28.6%
Затруднена концентрация	28.6%	9.5%
Потиснатост, депресивно настроение, плачливост	40%	38%
Самоубийствени намерения	6.7%	0%
Чувство на безпомощност	40%	43%
Над обичайната употреба на алкохол	6.7%	14%
Гадене	6.7%	0%
Загуба на апетит	33%	24%
Сърдечна болка	13.3%	4.75%
Сърцебиене	20%	43%
Стомашно неразположение или болки	20%	.75%
Главоболие	40%	47.6%
Повишен апетит	—	4.75%
Характерови и личностови промени	13.3%	19%

- ❖ Тревожност при, или избягване на ситуации, напомнящи за травмата – у 46.55%;
- ❖ Подтиснато, депресивно настроение или плачливост – при 43.1%;
- ❖ Чувство на напрежение и страх – при 37.9%;
- ❖ Личностови и поведенчески промени – при 12% от тази група анкетирани.
- ❖ Загуба на апетита – у 26%; сърцебиене – у 31%;
- ❖ За неразположение или болки в стомаха, или в сърдечната област съобщават по 13.8% от групата; дисрегулация на артериалното налягане получават също 13.8%, повишен апетит – 10.3%; гадене – 3.5%.

При сравнение, данните, дадени и от двете подгрупи говорят убедително за проявени посттравматично стресово разстройство и разстройство в адаптацията – особено ясно очертани в групата, преживяла смърт на близък, където по-изразени са нарушенията на съня – кошмарите и съновиденията са 1.5 пъти по-застъпени, безсънието 1.4 пъти, повтарящото се изживяване на травмата – 2.4 пъти, паническата тревожност – 2.3 пъти, стомашното неразположение или болки – 4.2 пъти, сърдечната болка – 2.8 пъти и загубата на апетита – 1.4 пъти. В групата, преживяла транспортна катастрофа или друго бедствие, наред с белезите на посттравматично разстройство са проявени и някои симптоми, говорещи за остра стресова реакция (напр. един от вегетативните белези за паническа тревожност – сърцебиенето) (Табл. 1).

За съжаление, не бихме могли да направим изводи за влиянието на пола върху стресовите прояви при нашите респонденти, тъй като участниците от мъжки пол в анкетата се оказаха твърде малко на брой.

### Изводи

1. Сериозният стрес се среща и при млади хора – налице е при повече от 1/3 от анкетираниите, чиято сред-

на възраст е 24 години. Началните здравни знания и медицинска култура се оказват недостатъчни за правилното идентифициране значимостта на преживения стрес и неговите прояви – по-голямо значение за това има възрастта и свързаното с нея натрупване на житейски опит.

2. Най-изразените посттравматични симптоми са: нарушенията на съня – при 81% анкетирани, тревожност при, или избягване на ситуации, напомнящи за травмата – у 46.55% , и депресивност и страх – за около 40% от анкетираниите.
3. Основните причини за значим стрес, според болшинството преживели го (36.3% от всички) и отговорили на този въпрос, са две: бедствията – 36.2% (транспортните катастрофи преобладават – 90.23% от тях; земетресения и пожари – 9.77%), и смъртта на близък или сериозното заболяване – 25.8%. Съобщените симптоми и оплаквания в резултат от стреса насочват към развили се синдром на посттравматично стресово разстройство и разстройство в адаптацията – и в двете подгрупи с преживян стрес, по-силно изразени при преживелите загуба на близък. При преживелите катастрофа или друго бедствие са налице допълнително и някои прояви, характерни за остра стресова реакция.

### Литература

1. Ачкова М. *Психиатрия. Изд. Знание, Ст. Загора, 1999, 141-168.*
2. Кокошкарова А. *Психологично изследване на личността в клиничната практика, М.и Ф.,София, 1984.*
3. Писева Д. *Психиатрия. АРСО, София, 2005.*
4. Романова Хр. *Медицина на бедствените ситуации. Колор Принт, Варна, 2009.*

5. Смирнов В., Нечипоренко В. Психиатрия катастроф. ВМЖ, 4, Москва, 1989.
6. Хаджийска И. Посттравматично стресово разстройство. Обща медицина, 2, 2000.
7. Эверли Дж. С., Р. Розенфельд. Стрес, природа и лечение. Медицина, Москва, 1985.
8. Andersson L., J. Stanich. Life events and their impact on health attitudes and health behavior. Arch Gerontol Geriatr, 1996 23, 2: 163-177.
9. Grant I., H. Sweetwood, M.S. Gerst, J. Yager. Scaling procedures in life events research J Psychosom Res, 1978, 22, 6: 225-230.
10. Holmes T.H., R.H. Rahe. The Social Readjustment Rating Scale. J Psychosom Res, 1967, 11, 2: 213-218.
11. Lei H., H.A. Skinner. A psychometric study of life events and social readjustment. J Psychosom Res, 1980, 24, 2: 57-65.

**Адрес за кореспонденция:**

Иглика Маринова  
Варна, ул. "Марин Дринов" 55  
Катедра Хигиена и бедствени  
ситуации, Факултет Обществено  
здравеопазване  
E-mail: marinovaig@abv.bg