КОРПОРАТИВЕН МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ
“ГАВРИЛО РОМАНОВИЧ ДЕРЖАВИН”
СВЕТИ НИКОЛЕ-РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА
Факултет за Психологија



МАГИСТЕРСКИ ТРУД

ТРАУМА И ЗАВИСНОСТИ- ЗАВИСНОСТА КАКО СТРАТЕГИЈА ЗА СПРАВУВАЊЕ СО ПОСЛЕДИЦИТЕ ОД ПРЕЖИВЕАНА ТРАУМА

Професор: Студент:
проф. Ивана Димеска

Свети Николе, 2022

БЛАГОДАРНОСТ

Би сакал да ја изразам мојата неизмерно голема δлагодарност кон мојот ментор при изработка на овој магистерски труд Проф., кој δеше покрај мене во секој аспект на изработка на овој труд и од која уживав неизмерна поддршка низ годините на моето студирање.

Исто така δи сакал да се заδлагодарам на членовите на комисијата при одбрана на овој труд за поддржката која ја покажаа како и на моите колеги ученици, професорите и целиот персонал на меѓународен славјански универзитет “Гаврило Романович Державин” за нивната помош во секој поглед.

Им δлагдарам на учесниците во анкетните прашалници δез кои ова истражување не ќе можеше да δиде извршено.

На крај, мојата неизмерна δлагодарност ја изразувам спрема моето семејство δез кои не δи можела да δидам целосна личност како што сум денес.

Ивана Димеска

АПСТРАКТ

Постојните се поголеми и позастапени истражувања за зависности нудат потемелно разбирање на зависноста. Сепак, иако знаеме повеќе сега од кога било досега, продолжуваме да бараме одговори, особено кога станува збор за развој на зависност и подложност. Студиите на оваа тема имаат пристапено кон пребарување на променливи кои би можеле да бидат одговорни за развој на зависност од многу различни агли.

Целта на ова е да се најдат врски или причински врски помеѓу болеста и социјалните, искуствените или биолошките околности на поединецот. Бидејќи околностите и искуствата на детето го обликуваат неговиот или нејзиниот физички и психолошки развој, следува дека истражувачите ќе почнат да ја разгледуваат улогата што може да ја игра искуството од детството во станувањето зависник.

Клучни зборови: зависност, траума, детство.

ABSTRACT

Existing larger and more prevalent addiction research offers a more thorough understanding of addiction. However, although we know more now than ever before, we continue to seek answers, especially when it comes to developing addiction and susceptibility. Studies on this topic have approached the search for variables that could be responsible for the development of addiction from many different angles.

The purpose of this is to find links or causal links between the disease and the social, experiential or biological circumstances of the individual. As a child's circumstances and experiences shape his or her physical and psychological development, researchers will begin to consider the role that childhood experience may play in becoming addicted.

Keywords: addiction, trauma, childhood.

АБСТРАКТНЫЙ

Существующие δолее крупные и распространенные исследования зависимости предлагают δолее глуδокое понимание зависимости. Однако, хотя сейчас мы знаем δольше, чем когда-лиδо прежде, мы продолжаем искать ответы, осоδенно когда речь идет о развитии зависимости и восприимчивости. Исследования по этой теме подошли к поиску переменных, которые могут δыть ответственны за развитие зависимости, с разных точек зрения.

Цель этого состоит в том, чтоδы найти связи или причинно-следственные связи между δолезнью и социальными, эмпирическими или δиологическими оδстоятельствами человека. По мере того, как оδстоятельства и опыт ребенка формируют его или ее физическое и психологическое развитие, исследователи начнут рассматривать роль, которую детский опыт может сыграть в формировании зависимости.

Ключевые слова: зависимость, травма, детство.

СОДРЖИНА

БЛАГОДАРНОСТ.....2

АПСТРАКТ.....3

ABSTRACT.....4

АБСТРАКТНЫЙ.....5

СОДРЖИНА.....6

ВОВЕД.....1

1. ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО.....6

1.1. Дефиниција на зависност.....6

1.1.1. Дефиницијата за зависност вклучува и супстанции и активности.....8

1.1.2. Дефиницијата за зависност вклучува значителна штета.....9

1.1.3. Дефиницијата за зависност вклучува постојано вклучување и покрај значителната штета.....11

1.1.4. Дефиницијата за зависност вклучува задоволство и/или вредност.....13

1.2. Како зависноста влијае на мозокот.....14

1.3. Зависноста ја менува хемијата на мозокот.....16

1.3.1. Зависноста ги менува мозочните структури и нивното функционирање.....20

1.3.2. Зависноста ги менува комуникациските патишта на мозокот.....21

1.4. Когнитивна теорија и зависност (мисли, верувања, очекувања).....23

1.5. Симптоми на зависност.....26

1.5. Зависноста како метод за преживување.....32

1.6. Што е траума.....34

1.7. Видови на траума и што ги предизвикува.....36

1.8. Кои се главните извори на траума.....37

1.9. Реакции на доживување трауматски настан.....38

1.10. Краткорочни и долгорочни ефекти од траумата.....40

1.11. Третман за траума.....42

1.12. Секвенца на трауматски реакции.....44

1.13. Заеднички искуства и одговори на траума.....45

1.14. Биологија на траума.....49

1.15. Хипервозбуда и нарушувања на спиењето.....49

1.16. Поврзаноста помеѓу траумата и зависноста.....51

1.17. Врската помеѓу траума и зависност.....52

1.18. Врската помеѓу траума во детството и зависноста како возрасен.....53

1.19. Ефектите од употребата на супстанции врз симптомите на трауматски стрес.....57

2. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО.....61

2.1. Предмет на истражувањето.....61

2.2. Задачи на истражувањето.....62

2.3. Истражувачки хипотези.....62

2.4. Варијаδли во истражувањето.....63

2.5. Постапка за приδирање на податоците.....64

2.6. Статистичка оδраδотка на податоците.....64

2.7. Популација и примерок.....66

3. АНАЛИЗА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО.....69

3.1. Квалиитативна анализа на резултатите од истражување.....69

3.2. Квантитативна анализа на резултатите од истражување.....72

ДИСКУСИЈА.....81

ЗАКЛУЧОК.....83

ЛИТЕРАТУРА.....84

ПРИЛОЗИ.....93

Листа на таδели

Таδела 1 Карактеристики на испитаници.....69

Таδела 2 Прв дел - Општа траума.....70

Таδела 3 Втор дел - физичка злоупотреδа.....71

Таδела 4 Трет дел - емоционална злоупотреδа.....71

Таβела 5 Четврт дел - сексуална злоупотреβа.....72

Таβела 6 Дополнителен дел.....72

Таβела 7 Просечни резултати на ЕТИ кај контролна група и кај зависници и резултати од независен т-тест за примероци.....73

Таβела 8 Резултати на ЕТІ кај испитаниците кои имаат диживеано сериозен страв и резултатите контролна група испитаници.....74

Таβела 9 Внатрешна конзистентност и повторно тестирање.....75

Таβела 10 Фреквенција на трауматски настани, корелација од ставка до вкупна и вредност на Кронβаховата алфа ако ставката е испуштена.....77

Листа на графикони

Графикон 1 Процентуално учество на испитаници според возраст.....67

Графикон 2 Фреквенција на трауматски настани.....78

Графикон 3 Корелација од ставка до вкупна.....79

Графикон 4 Вредност на Кронβаховата алфа ако ставката е испуштена.....80

I. ВОВЕД

ВОВЕД

Во нашето секојдневие често се сретнуваме со трауматични случки. Тие можат да бидат од природни катастрофи до војни и сексуална злоупотреба , но исто така и трауматични разделби и губење на личности кои се значањи во животот на поединецот. Луѓето ид сите делови на светот, сите култури, општества и возрасти се изложени на овој ризик од доживување на траума- никој не е заштитен. Сите овие трауматски доживувања можат да бидат повод за развивање на зависност кај поединци, особено кога нема доволно ресурси кои им стојат на располагање и помош да се соочат со последиците од доживеаната траума.

Најмалку половина од лицата со зависност доживеале некое трауматско искуство во минатото. Поврзаноста помеѓу трауматските доживувања и болестите на зависност се истражува веќе со години, но сеуште не е доволно за да може интеграцијата помеѓу зависноста и траумата систематски да се разгледа и да се спроведе во концептите за превенција , советување и лечење.

Трауматските искуства имаат различни предизвикувачи и причиникои понатаму водат до зависност. Исто такс и самата зависност може да биде сама по себе предизвикувач на трауматски искуства.

Децата кои живеат до родители кои патат од зависност имаат потенцијал и опасност понатаму во животот и самите да станат зависници. Во Германија се смета дека 2,6 милиони деца и млади живеат со родители кои долгорочно или најмалку еднаш биле зависници. *(Niederschächsiche Suchtkonferenz/Berichtzur suchtkrankenhilfe 2017)

Овие деца и млади се едни од групите со најголем ризик за развивање на зивисност или пак развивање на некое друго психичко пореметување. Овие деца доживуваат секојдневна промена на расположението кај нивните родители, често се сведоци на расправии и разделби помеѓу родителите и лесто и самите доживуваат психичко и физичко насилство и злоупотреба. Во таква дитуација децата се чувствуваат несигурни.

Исто такс често се случува проблемите со зависност на член во семејството да бидат табуизирани, со што децата учат да не му веруваат на своите чувства и сфаќања. Затоа од посебна важност е да се насочи вниманието кон децата во семејствата кои се соочуваат со некаква зависност.

Исто такс и мигрантите кои се трауматизирани често пристапуваат кон зависност. Претпоставките се дека околу 40% кои бараат Азил во другите земји се повеќекратно трауматизирани и се сносат со последици од предходно доживеаните трауми. После низа злоупотреба и насилство повеќе од половина од ѓртвите доживуваат како последица психички потешкотии и пореметувања. Последиците се дури и до 87% од жртвите или 5од7 лица имаат некакви психички потешкотии и последици.

Употребата на лекови, Алкохол , дрога, игри на среќа и тн. Се често само обид да се намали тагата или да се заборави преживеаната траума , или за момент да се намалат последиците од истата.

Исто такс не треба да ја заборавиме и соецифичноста на родовите . Тоа е една многу битна квалитативна карактеристика при спроведување на помош на зависниците, пред се во меѓусебна зависност со трауматските доживувања. Мажите и ѓените се социјализираат разчично. Заедно со општествените норми и вредности се развиваат и зависности кои се различни испецифични за секој род посебно. Родот е покрај возраста , образованието и културните сфаќања еден многу битен фактор при влијанието на навиките на конзумирање, развивањето на зависност и болестите на зависност. Предизвикувачите на зависност се секако родово неутрални.

Разликите помеѓу мажите и ѓените се сотојат од: изборот на средства кои предизвикуваат зависност , однесувањето и зголемувањето на конзумацијата, условите за конзумација, секојдневните барања во поглед на спраување со стресот и способност за функционирање, мотив, способноста да се преработи психички доживеаното трауматско искуство.

Истражувањата покажуваат силна врска помеѓу изложеноста на трауматски настани и проблемите со употребата на супстанции. Многу луѓе кои доживеале

злоупотреба на деца, криминален напад, катастрофи, војна или други трауматски настани се свртуваат кон алкохол или дрога за да им помогнат да се справат со емоционалната болка, лошите спомени, лошиот сон, чувст ото на вина, срамот, анксиозноста или теророт. Луѓето со проблеми со употребата на алкохол или дрога имаат поголема веројатност да доживеат трауматски настани отколку оние без во овие проблеми. Многу луѓе се наоѓаат во маѓепсан круг во кој изложеноста на трауматски настани предизвикува зголемена употреба на алкохол и дрога, што создава но и искуства со трауматски настани, што доведу а до уште полоша употреба на супстанции итн. Исто како што трауматските настани и употребата на супстанции често се случуваат заедно, така се случуваат и нарушувањата поврзани со траума и нарушувањата на употребата на супстанции. На пример, нарушувањата поврзани со траума, како што се посттрауматско стресно растројст во (ПТСН) и депресија, често се појавуваат кај луѓето со нарушувања на употребата на супстанции и обратно. Не само што трауматизираните нарушувања и нарушувањата на употребата на супстанции предизвикуваат хаос на лицето што ги има, тие исто така често создаваат големи проблеми во односите со членовите на семејството и пријателите.

Кога луѓето зборуваат за злоупотреба на супстанции, тие обично мислат на консумирање алкохол или нелегални дроги, како што се марихуана или кокаин или злоупотреба на лекови на рецепт (користење на начин кој не е како што биле препишани). Нарушувањата од употребата на супстанции генерално се поделени во две категории: зависност од супстанции и злоупотреба на супстанции. Зависноста од супстанции се смета за посериозна од злоупотребата на супстанции и се јавува кога луѓето имаат неколку од следни е проблеми: тие мора да земаат повеќе од супстанцијата за да го добијат истиот ефект; тие страдаат од повлекување кога ќе престанат да користат по долги периоди на тешка употреба; имаат потешкотии да ја контролираат количината на супстанцијата што ја користат; неуспешно се обидуваат да ја намалат или прекинат употребата; тие поминуваат многу време обидувајќи се да ја добијат супстанцијата или да ги надминат ефектите од употребата; се откажуваат од важни акти ности или одговорности поради употреба на супстанции; или тие продолжуваат да користат супстанции и покрај сознанието дека тоа е штетно.

Злоупотребата на супстанции се јавува кога употребата на супстанции резултира со големи проблеми со семејството, пријателите, на училиште или на работа; да се биде под дејство во ситуации кои се опасни (на пр. Додека се вози), проблеми со полицијата поради употреба на супстанци или континуирана употреба и покрај тоа што има проблеми со членовите на семејст ото за употреба на супстанции.

Некои од проблемите што луѓето ги доживуваат по трауматски инцидент се дел од дијагнозите на акутно стресно растројст во (АСН) и посттрауматско стресно растројст во (ПТСН). АСН опишува искуства на дисоцијација (на пр., чувства на нереалност или исклучување), наметли и мисли и слики, напори да се избегнат потсетниците на трауматските искуства и анксиозноста што може да се појави во месецот по настанот. Кога овие искуства траат повеќе од еден месец, тие се опишани со дијагноза на ПТСН. Употребата на алкохол или дрога може да обезбеди при ремено од лекување и олеснување за трауматизираните луѓе кои можеби страдаат од многу сериозни, па дури и изнемоштени проблеми во повеќе области од нивниот живот (мисли, чувства, телесни искуства, однос кон себе и другите и однесувања). Сепак, ова олеснување е само привремено, а употребата на супстанции за намалување на симптомите на крајот може да биде штетна.

Злоупотребата на супстанции ја намалува способноста на личноста да се концентрира, да биде продуктивна работата и животот воопшто, да спие мирно и да се справу а со трауматски спомени и надворешни стресови.

Злоупотребата на супстанции може да ја зголеми емоционалната вкочанетост, социјалната изолација, лутината и раздразливоста, депресијата и чувството дека треба да се внимава (хипер нимателност). Кога некое лице доживува проδлеми и со трауматски стрес и со злоупотреδа на алкохол или дрога, тој или таа често ќе има други психолошки или физички проδлеми.

Проδлемите со употреδата на супстанции мора да се решат во третманот на трауматизираните луѓе. Кога злоупотреδата на супстанции е или δила проδлем покрај трауматизацијата, најдоδро е да се поδара третман од искусен и вешт доктор кој има посеδна експертиза и за третман на злоупотреδа на супстанции и за третман на трауматски стрес.

1. ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

1. ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

1.1. Дефиниција на зависност

Терминот „зависност“ може да значи многу работи за многу луѓе.

За здравствена состојба во однесувањето која влијае на милиони, нивните семејства и заедници, зависноста од алкохол или други дроги е широко погрешно разбрана и стигматизирана. Едноставно кажано, зависноста е болест. Бихејвиоралните аспекти на болеста се карактеризираат со континуирана употреба на алкохол или други дроги дури и кога таа употреба предизвикува штета или го попречува постигнувањето на целите во животот.

Може да се сретне зависноста опишана како „болест на умот, телото и духот“. Тоа е затоа што состојбата вклучува физичка и психолошка желба или принуда да се користат супстанции што го менуваат расположението и затоа што закрепнувањето од зависност вклучува физичко, психолошко и емоционално заздравување.

Многу луѓе не разбираат зошто или како другите луѓе стануваат зависни од дрога. Можеби погрешно мислат дека на оние кои користат дроги им недостигаат морални принципи или волја и дека би можеле да ја прекинат употребата на дрога едноставно со тоа што ќе изберат. Во реалноста, зависноста од дрога е сложена болест, а откажувањето обично бара повеќе од добри намери или силна волја. Дрогата го менува мозокот на начини кои го отежнуваат напуштањето, дури и за оние кои сакаат. За среќа, истражувачите знаат повеќе од кога било за тоа како лековите влијаат на мозокот и пронајдоа третмани кои можат да им помогнат на луѓето да се опорават од зависноста од дрога и да водат продуктивен живот.

Зависноста е хронична болест која се карактеризира со барање и употреба на супстанции што е компулсивно или тешко да се контролира, и покрај штетните

последици. Првичната одлука за земање супстанции е доброволна за повеќето луѓе, но повторената употреба на супстанции може да доведе до промени во мозокот што ја предизвикуваат самоконтролата на зависникот и ја попречуваат нивната способност да се спротивстави на интензивните нагони да земаат супстанции. Овие промени во мозокот можат да бидат постојани, поради што зависноста од супстанции се смета за „повторлива“ болест - луѓето кои се опоравуваат од нарушувања на употребата на супстанции се изложени на зголемен ризик да се вратат на употреба на супстанција дури и по години неприемно.

Вообичаено е лицето да рецидивира, но релапсот не значи дека третманот не функционира. Како и кај другите хронични здравствени состојби, третманот треба да биде тековен и треба да се прилагоди врз основа на тоа како пациентот реагира. Плановите за лекување треба често да се ревидираат и да се менуваат за да одговараат на променливите потреби на пациентот.

За целите на овој труд, ја дефинираме зависноста на следниов начин:

Зависноста е постојано вклучување со супстанција или активност, и покрај значителната штета што сега ја предизвикува, бидејќи таа вклученост беше (и може да продолжи да биде) пријатна и/или вредна.

Оваа дефиниција за зависност не треба да се меша со други поврзани термини. Иако е слична, оваа дефиниција за зависност не треба да се меша со дијагностичките критериуми за категорија на нарушувања познати како нарушувања поврзани со супстанции и зависни (APA, 2013).

Постојат четири клучни делови за оваа дефиниција за зависност кои во продолжение на овој труд ќе бидат испитани секој подетално:

1. Зависноста вклучува и супстанции и активности (како што се секс и коцкање).

2. Зависноста доведува до значителна штета.

3. Зависноста е постојано вклучување и покрај значителната штета.

4. Зависноста продолжува затоа што била, или е, пријатна и/или вредна.

1.1.1. Дефиницијата за зависност вклучува и супстанции и активности

Дефиниција на зависност: Зависноста е повеќекратно вклучување ***со супстанција или активност*** *, и покрај значителната штета што сега ја предизвикува, бидејќи таа вклученост беше (и може да продолжи да биде) пријатна и/или вредна.*

Дефиницијата за зависност вклучува четири клучни делови. Во овој дел, го разгледуваме првиот дел од дефиницијата: луѓето може да станат зависни и од супстанции и од активности. *Зависноста од супстанции* ги вклучува сите супстанции што се внесуваат во телото. Ова може да вклучува улични дроги, никотин, и некои лекови на рецепт кога се користат неправилно. *Зависност од* активност вклучува активности како што се коцкање, секс, интернет, порнографија и шопинг. Понекогаш луѓето ги нарекуваат овие „процесни зависности“. Мора да се забележе дека е сосема можно да се живее исполнет и задоволувачки живот без користење на некоја од овие супстанции или активности. Сепак, постојат и супстанции и активности кои се од суштинско значење за нашиот опстанок, па дури и овие работи можат да станат зависности. На пример, дебелите луѓе често ја опишуваат храната како тип на супстанција која создава зависност, но очигледно никој не може да живее без храна. Други луѓе ги опишуваат романтичните врски со толку длабока и штетна зависност што нивната врска може да претставува активност што предизвикува зависност.

Очигледно многу луѓе се занимаваат со овие супстанции и активности во различни периоди од нивниот живот. Повеќето не развиваат значајни проблеми или тешкотии. Ова води до прашањето: „Во кој момент активноста или употребата на супстанци станува зависност?

1.1.2. Дефиницијата за зависност вклучува значителна штета

Дефиниција на зависност: Зависноста е повеќекратно вклучување со супстанција или активност, и покрај ***значителната штета*** *што сега ја предизвикува, бидејќи таа вклученост беше (и може да продолжи да биде) пријатна и/или вредна.*

Дефиницијата за зависност вклучува четири клучни делови. Во овој дел, разговараме за вториот дел од дефиницијата: значителна штета. Најчесто договорениот дел од која било дефиниција за зависност е тоа што доведува до значителна штета. Зависноста не му штети само на личноста со зависност туку и на сите околу нив. Кога се прави разлика помеѓу „лошо однесување“ и зависност, примарното внимание е: Дали однесувањето предизвикало значителна штета? Со други зборови, кои се негативните последици од тоа однесување? Ако купам две пива во бар секоја недела, дури и скапо пиво, тоа нема да направи финансиска катастрофа. Можеби нема да можам да си дозволам да одам на ручек со моите соработници. Тоа е само избор што сум подготвен да го направам. Не сум жртвувал премногу. Од друга страна, ако купам 20 пива навечер, секоја вечер, што создава значителен финансиски товар. Можеби нема да можам да си ги дозволам моите намирници, а уште помалку ручекот со моите соработници. Добри се шансите и јас да не можам да си ја задржам работата! Слично на тоа, во зависност од лични вредности, повремено гледање порно веројатно не предизвикува значителна штета на повеќето луѓе. Но, ако некој почне да претпочита порно пред човечки контакт или не може да ужива во сексот без порно, и почне да троши половина од својот приход за купување порно, тие почнуваат да ги исполнуваат критериумите за значителна штета, предизвикуваат значителна штета на повеќето луѓе.

Еден начин да се разбере „значителна штета“ е да се земат предвид штетните последици од активноста или употребата на супстанции. Овие последици да ги наречеме трошоци. Некои трошоци се очигледни. Тие произлегуваат директно од самата супстанција или активност. Има и други, помалку очигледни трошоци. Тие се јавуваат

поради преокупираноста со зависноста. Директните трошоци може да бидат единствени за самата специфична супстанција или активност. Ако се зема кокаин, ќе се оштети носот. Ако се пие алкохол, ќе се оштетите дигестивен систем. Ако се порно по цел ден, ќе се изгубите интерес за вистинските сексуални партнери. Ако се зема хероин, ќе се оштетат вените. Ако се коцкат, ќе се изгубат пари. Некои директни трошоци универзално важат за повеќето зависности: опаѓање на здравјето, оштетување на меѓучовечките односи, и намалување на финансиските ресурси. Помалку очигледните, индиректни трошоци произлегуваат исклучиво од *преокупација* со зависност. На крајот, зависноста станува толку централна во животот на една личност што го троши целото негово време, енергија и ги преокупира нивните мисли.

Понекогаш поединците погодени од зависност не гледаат лесно дека нивната вклученост со супстанција или активност резултирала со *значителна* штета. Затоа, тие може да „негираат“ дека имаат зависност. Се разбира, ова "негирање" има совршена смисла, бидејќи *значителна штета* е дефинирачка карактеристика на зависноста. Без него, нема зависност. Меѓутоа, за другите луѓе овие лица изгледаат рамнодушни кон штетата што ја предизвикува нивната зависност. Како одговор на овој очигледен недостаток на загриженост, на овие лица често им се кажува дека „негираат“. Оваа изјава имплицира форма на нечесност. Никогаш не сме нашле обвинувања од овој вид да бидат корисни. Покорисен пристап е да се препознае дека многу поединци едноставно не се свесни за вкупните трошоци поврзани со нивната зависност. Ова признание води кон пристап без осудување кој поттикнува чесна и точна проценка на овие трошоци. Ова им помага на луѓето да ја препознаат значителната штета предизвикана од останувањето вклучено со супстанција или активност што предизвикува зависност.

1.1.3. Дефиницијата за зависност вклучува постојано вклучување и покрај значителната штета.

Дефиниција за зависност: *Зависноста е **повеќекратно вклучување** со супстанција или активност, **и покрај значителната штета што сега ја предизвикува** , бидејќи таа вклученост беше (и може да продолжи да биде) пријатна и/или вредна.*

Дефиницијата за зависност вклучува четири клучни делови. Во овој дел, разговараме за третиот дел од дефиницијата: *повторено вклучување* и покрај значителната штета. Може да доживеете значителни негативни последици („значителна штета“) од употреба на супстанции или активност, но веројатно нема да го означиме однесувањето како зависност освен ако тоа не се случува редовно. На пример, првиот пат кога некој ќе се опие може да има сериозна сообраќајна несреќа. Веројатно не би го означиле лицето како алкохоличар, иако се случила „значителна штета“. Или да замислиме дека некој, на 28 години, се опива на свадбата на неговата помала сестра. Се фрла на свадбената торта. Тој ја нарекува својата сестра курва. Ја спушта тетка си на подот додека танцува со неа. Следно, тој продолжува да се онесвести на подиумот. Петте години пред овој дебакл на свадбата, тој пиел не повеќе од 1-2 пијачки, неколку пати месечно. Дали ќе се нарече алкохоличар? Најверојатно не. Станува очигледно дека зависноста се однесува на повторено однесување и покрај негативните последици.

Вообичаено, штом ќе се натрупаат трошоците за пријатно однесување, луѓето ќе почнат природно да го ограничуваат или да се откажат од тоа однесување. Ова е уште еден факт што го разликува однесувањето кое предизвикува зависност, од само „лошо однесување“. Многу луѓе привремено се препуштаат на пријатни активности кои би можеле да ги наречеме „лошо однесување“. Тие може да вклучуваат пиење, дрогирање, неселективен секс, коцкање, прекумерна потрошувачка на забава и прејадување. Сите зависности започнуваат во оваа прилично нормална област на потрагата по задоволство. Проблемите на зависност не се развиваат од овие пријатни активности. Зависноста станува очигледна кога се чини дека некој не може да ги ограничи

или запре овие пријатни активности. Тие навидум демонстрираат „губење на контролата“. Така, проблемот со зависноста не е во тоа што некој ужива во овие задоволства. Проблемот со зависноста е што тие не можат да престанат.

Замислете дека некој првпат оди на коцкање. Победи или изгуби, забавно е. Понекогаш е многу забавно. Не се трошат премногу пари. Искуството е достапно, во однос на приходот на тоа лице. Која е штетата во тоа? Сега да замислиме дека истата личност повторно оди во казино, планирајќи да потроши 100 долари, исто како и првиот пат. Меѓутоа, овој пат тие продолжуваат да добиваат аванси во готовина од кредитна картичка за многу повеќе отколку што можат да си дозволат. До крајот на вечерта ја разнесоа целата своја плата. Тие може да чувствуваат многу каење и жалење за она што се случило. Повеќето луѓе не би сакале да го повторат тоа искуство, а за среќа повеќето не. Меѓутоа, луѓето кои развиваат зависност ќе го повторат тоа искуство и ќе се вратат во казиното, трошејќи повеќе отколку што можат да си дозволат. Ова се случува и покрај обврските кон себе или кон другите „никогаш повеќе да не го прават тоа“. Овој квалитет на зависност носи дополнително објаснување.

Како што нечија зависност напредува (се влошува), таа личност се чувствува „надвор од контрола“ или „немоќна“ над сопственото однесување. И покрај нивните најдобри намери да останат под контрола на нивното однесување, има повторени епизоди со повеќе негативни последици. Понекогаш лицето е свесно за оваа намалена контрола. Други времиња тие може да се залажуваат за тоа колку лесно би било да се откажат „секогаш кога сакам“. На крајот на краиштата, секој мора да донесе своја одлука дали да промени одредено однесување. Но, барањата за правење промени во нашето однесување честопати се потценети. Тие често бараат многу повеќе напор и решителност отколку што некој сфаќа.

Семејството и пријателите помалку лесно се залажуваат. Овие епизоди на намалена контрола се поочигледни за другите луѓе. Семејството и пријателите често се прашуваат: „Па штом се чини дека верувате дека можете да го контролирате ова однесување, зошто не го правите тоа?!“ Личноста во врска со некој што развива зависност може да се чувствува изневерена. Нивната сакана изгледа многу поинаква. Нивните „избори“ се чини

дека се некомпатибилни со нивните вообичаени цели, обврски и вредности. Ако некој близок пријател или член на семејството се обиде да го реши овој образец („Зарем не сфаќаш дека имаш голем проблем и треба да се откажеш?!“), резултатот исто толку лесно може да стане главна расправија наместо голема промена во однесувањето. . Луѓето со проблеми кои предизвикуваат зависност се прилично вешти да ги свртат масите и да ги обвинуваат другите. "Јас би"

Во некои случаи, може да има искрено жалење проследено со ветување за промена. По доволно неисполнети ветувања за промена, ветувањата веќе не се за верување. Семејството и пријателите го очекуваат најлошото и се обидуваат да живеат со него. Алтернативно, тие можат активно да го изразат својот легитимен гнев и фрустрација. Расправиите и напнатоста може да бидат сериозни.

1.1.4. Дефиницијата за зависност вклучува задоволство и/или вредност.

Дефиниција за зависност: Зависноста е повеќекратно вклучување со супстанција или активност, и покрај значителната штета што сега ја предизвикува, ***бидејќи таа вклученост беше (и може да продолжи да биде) пријатна и/или вредна.***

Дефиницијата за зависност вклучува четири клучни делови. Во овој дел, разговараме за четвртиот дел од дефиницијата: задоволство и/или вредност. Можеби ќе почнете да се прашувате зошто тие започнуваат на прво место. Зошто некој би сакал да направи нешто што носи штета? Одговорот е залажувачки едноставен: затоа што на почетокот беше пријатно, или барем вредно. Зависната личност може да ја смета за „вредна“ затоа што ја намалува анксиозноста. Можеби тоа обезбеди привремено бегство од лоши околности или чиста досада. Можеби тоа помогна накратко да се ослободи од депресијата. Всушност, луѓето се генетски предиспонирани да повторуваат работи кои се

наградни или предизвикуваат задоволство бидејќи тоа ни го обезбедува самиот опстанок. Без оваа генетска предиспозиција не би јаделе ниту би се размножувале.

Затоа, само поединци со претходно позитивно искуство со супстанција или активност се ранливи на развој на зависност. Ако пушиме трева неколку пати, и секогаш тоа не прави многу вознемирени и параноични, веројатно не би продолжиле да пушиме. Ако не ни се допаѓа вкусот на алкохолот и како се чувствуваме, дали ќе продолжиме да пиеме? Значи, зависноста започнува затоа што „тоа“ некогаш било пријатно, наградувачко или вредно.

Мора да се забележи дека оваа дефиниција го вклучува концептот дека супстанцијата или активноста можеби повеќе не се пријатни и/или вредни. Всушност, со текот на времето многу зависности стануваат многу непријатни. И покрај овој факт, она што обично останува пријатно, вредно и наградувачко е ослободувањето од моќните желби што се развиваат. Понекогаш ова се нарекува циклус желби-употреба-задоволство-одмор.

1.2. Како зависноста влијае на мозокот

Мозокот е најдинамичниот и најкомплексниот орган во нашите тела. Правилното функционирање на мозокот го обезбедува нашиот опстанок. Кога нашиот мозок функционира добро, ние постојано се прилагодуваме на нашата околина. Иронично, тоа е способноста на мозокот да биде толку прилагодлив што придонесува за формирање на зависност. Зависноста предизвикува промени во мозокот на најмалку четири основни начини:

1. Зависноста предизвикува промени во природната рамнотежа на мозокот (хомеостаза).

2. Зависноста ја менува хемијата на мозокот .

3. Зависноста ги менува моделите на комуникација на мозокот .

4. Зависноста предизвикува промени во мозочните структури и нивното функционирање.

Зависноста се меша со важен биолошки процес наречен *хомеостаза* . Научниците сметаат дека човечкото тело е биолошки систем. Сите биолошки системи се обидуваат да одржат „нормална“ рамнотежа, позната како *хомеостаза* . Мозокот функционира како „надгледувач“ на оваа рамнотежа. Прави различни прилагодувања за одржување на балансиран, добро функционален, биолошки систем. „Нормалната“ рамнотежа на секој човек се одредува индивидуално. Лековите за злоупотреба и зависностите од активност доведуваат до промени во оваа нормална рамнотежа.

Хроничната прекумерна стимулација на мозокот (како онаа што се јавува при зависност) го попречува одржувањето на оваа рамнотежа (хомеостаза). Кога мозокот има потешкотии да одржува хомеостатска рамнотежа, прекрасно прилагодливиот мозок прави прилагодувања. Тоа го прави со создавање на нова избалансирана поставена точка. Создавањето нова рамнотежа се нарекува алостаза.

Овие концепти се полесно разбирливи ако користиме пример попознат на повеќето луѓе. Да претпоставиме дека добив 10 килограми. На почетокот само ќе продолжам да се обидувам да се вклопам во мојата облека. Сепак, тесната облека е непријатна. Во одреден момент, морам да се прилагодам на промената на големината на моето тело. На крајот ќе признаам дека треба да купам поголема облека. Откако ќе купам поголема облека, ми е поудобно. Прифатив дека големината на мојата облека сега е големина Л, додека порано беше големината М. Всушност, ја променив мојата „хомеостатска рамнотежа“ од големина М во големина Л. Откако ја ресетирав мојата големина на „Л“, сега ми е поудобно. Имајте на ум, ако ги изгубам тие 10 килограми за да постигнам поголемо здравје, повторно ќе морам да ја прилагодам големината на мојата облека. Така, иако сега сум поздрава, сепак морам да направам непријатно и скапо прилагодување; т.е., купување на сета нова облека во помала големина. Ова е многу слично на непријатното

прилагодување низ кое мора да помине мозокот кога луѓето се обидуваат да се откажат од зависноста. Иако ова е позитивна промена, ќе ни биде непријатно додека мозокот се прилагодува.

Иронично, прекрасната способност на мозокот да биде толку приспособлив (преку алостаза) предизвикува значителни промени во функционирањето на мозокот. Овие промени се одговорни за многу однесувања поврзани со зависноста како што се: 1) силната потреба да се набави дрога или да се продолжи со штетни активности и покрај штетата за себе или за саканите, 2) тешкотијата да се откажете од дрога или активност што предизвикува зависност и 3) опсесивно , сеопфатна природа на зависности, таква што малку друго во животот е важно. Тоа е затоа што зависноста предизвика промена на рамнотежата на мозокот за да се приспособи на зависноста. Откако ќе се промени, на мозокот му *е потребна* супстанција или активност што предизвикува зависност за да ја одржи оваа нова хомеостатска рамнотежа.

1.3. Зависноста ја менува хемијата на мозокот

Скоро сите признаваат дека добрата комуникација е важна. Комуникацијата е клучот за добро функционирање на човечките системи без разлика дали системот е група членови на семејството или група луѓе кои работат заедно. Нашите тела не се разликуваат. Без добра комуникација, нашите тела не функционираат добро. Не е изненадувачки што нашиот мозок е одговорен за оваа комуникација. За да го разбереме ефектот на зависноста врз хемијата на мозокот, прво мора да разбереме како функционира овој комуникациски систем.

Нашите пет сетила (вид, звук, вкус, допир и мирис) собираат и пренесуваат информации за нашата околина. Нашиот мозок потоа мора да ги обработи и анализира

овие информации. Иако мозокот прима и анализира извонредна количина на информации, тој се потпира на релативно едноставен електрохемиски процес за комуникација.

Системот за комуникација на мозокот дозволува одредени области на мозокот брзо да комуницираат со другите мозочни региони. Мозокот ја постигнува оваа комуникација преку огромна, меѓусебно поврзана, мрежа на специјализирани клетки наречени *неврони* . Нашиот мозок има милијарди од овие невронски врски. Овие невронски врски ја формираат основата за електро-хемиски комуникациски систем.

Мозокот е составен од многу различни региони (или делови). Секој од овие региони има различна функција. Затоа, овие различни региони на мозокот мора да имаат начин да комуницираат едни со други. Конкретно, мозокот мора да комуницира и да ги координира сите системи на телото кои го одржуваат животот (респираторен систем, дигестивен систем, кардиоваскуларен систем итн.). Ова е слично на тоа како поединечни играчи во спортски тим мора да комуницираат со други за да ги координираат нивните акции заедно како тим. Така, комуникацискиот систем на мозокот е од суштинско значење за нашето здравје, благосостојба и целокупното функционирање. Спротивно на тоа, кога овој комуникациски систем е изменет, тоа негативно влијае на нас.

Комуникацискиот систем на овој мозок постојано се менува и се прилагодува. Овие особини ни овозможуваат да учиме, да се сеќаваме и да се приспособуваме на нашите променливи околности. Различни лекови (вклучувајќи ги и препишаните лекови) имаат способност да го менуваат комуникацискиот систем на мозокот. Има смисла дека сè што го менува комуникацискиот систем на мозокот ќе го промени и начинот на кој функционира мозокот. Треба да разбереме како функционира овој комуникациски систем за да можеме да разбереме некои од дефинирачките карактеристики на зависноста. Тие вклучуваат желби , повлекувања , принудувања и континуирана употреба на супстанции и активности кои предизвикуваат зависност и покрај штетните последици .

Невронот е примарна единица за комуникација во мозокот. Еден неврон е исклучително мал. Научниците проценуваат дека има над 100 милијарди неврони во човечкиот мозок. Можеме да замислиме колку е сложен и различен нашиот мозок од личноста до нас. Како што се знае, добрата комуникација е двонасочна улица: и слушаме

(добиваме информации) и зборуваме (испраќаме информации). Истото важи и за комуникацискиот систем на мозокот. Невроните имаат способност и да испраќаат и примаат комуникациски сигнали. Дендритот е дел од невронот кој обично прима информации (слуша). Аксонот е дел од невронот кој испраќа информации (зборува).

Кога луѓето комуницираат едни со други, обично користат зборови и гестови. Различните делови на мозокот комуницираат едни со други користејќи електрични сигнали. Невроните користат електрични импулси за да ги испратат своите комуникациски сигнали. Овие електрични импулси се нарекуваат *акциони потенцијали* . Кога пука неврон, акциониот потенцијал патува низ аксонот на невронот каде што завршува. На крајот на аксонот е аксонскиот терминал или предсинапсата. Во оваа област лежат специјални хемиски гласници наречени *невротрансмитери* и *невромодулатори*. Тие се чуваат во специјализирани капсули наречени везикули. Акциониот потенцијал предизвикува ослободување на овие хемиски гласници во отворен простор помеѓу аксонот на еден неврон и дендритите на следните неврони. Овој отворен простор е*синаптичка пукнатина* . На другата страна на синаптичката пукнатина е пост-синапсата која е формирана од дендритите на сврзувачките неврони. Во пост-синапсата, постојат специјални рецептори кои ги примаат невротрансмитерите.

Рецепторите и невротрансмитерите функционираат на начин што е сличен на клучалката и клучот. Рецепторите се како клучалки, а невротрансмитерите се како клучевите. Кога невротрансмитерите се вклопуваат во рецепторите тоа се нарекува *врзување*. Откако невротрансмитер се врзува за рецептор, клучот ја врти бравата. Откако ќе се отвори бравата, таа комуницира со дендритите на невронот што прима. Во пост-синапсата, може да има многу различни рецептори (многу клучалки со различна форма). Сепак, одреден невротрансмитер може да се вклопи (се врзува за) неколку различни типови рецептори. Ова е слично на начинот на кој еден клуч може да отвори неколку различни брави. Одредениот тип на рецептор го одредува типот на сигналот што се пренесува. Така, типот на рецептор е често покритичен за комуникацијата отколку конкретниот невротрансмитер.

Можеби е најлесно да се визуелизира оваа комуникација како единствен синџир на настани: Прво, невронот испраќа електричен импулс (акционен потенцијал) по аксонот. Следно, електричниот импулс предизвикува хемикалии (невротрансмитери и невромодулатори) да се ослободат во просторот помеѓу два неврони. Тогаш овие хемикалии можат да му сигнализираат на следниот неврон да испрати електричен импулс и така натаму. Овој електро-хемиски процес го формира комуникацискиот систем на мозокот**.**

Некои невротрансмитери се „возбудливи“. Ова значи дека тие активираат неврон и предизвикуваат тој да произведе акционен потенцијал. Другите неврони се сметаат за „инхибиторни“. Овие неврони го спречуваат следниот неврон да испрати акционен потенцијал. Најчестиот возбудлив невротрансмитер во мозокот е глутаматот. Најчестиот инхибиторен невротрансмитер е гама-аминобутерна киселина (GABA). И двете овие играат улога во процесот на зависност. Некои други вообичаени невротрансмитери кои играат важна улога во зависноста се допамин, серотонин и норепинефрин. Покрај невротрансмитери, постојат и поголеми невромодулатори и невропептиди. Тие исто така играат посебна улога во процесот на зависност. Некои невропептиди кои се релевантни за зависноста се:

1) опијати направени од самиот мозок (наречени ендорфини),

2) хормони на стрес, и

3) пептиди поврзани со хранење и анксиозност.

Овие молекули имаат свои специфични типови на рецептори.

Некои невротрансмитери се чувствителни на одредени лекови. Сите лекови во различен степен влијаат на невротрансмитерите, особено на допаминот. Стимуланситe како што се кокаинот и метамфетаминот имаат особено силен ефект врз допаминот. Сепак, како што беше претходно споменато и невротрансмитерите и рецепторите играат улога во процесот на создавање зависност.

1) Кокаинот и метамфетаминот предизвикуваат промени во допаминскиот систем.

2) Опијатите (хероин, кодеин, Oxycontin®, Vicodin®, хидрокодон) предизвикуваат промени во допаминот, опијатите (ендорфин) и ГАБА системите.

3) Алкохолот ги менува допаминот, глутаматот и ГАБА системите.

4) Марихуаната го активира допаминот и мозокот поседува канабиноиден систем.

5) Никотинот (цигарите) предизвикува промени во ацетилхолинскиот систем.

6) Екстазата влијае и на допаминските и на серотонин системите.

1.3.1. Зависноста ги менува мозочните структури и нивното функционирање

Мозокот е составен од многу различни региони и структури. Системот за комуникација на мозокот им дозволува на овие различни региони и структури да ги координираат нивните активности. Секој од овие различни региони и структури служи за различни цели. Зависностите можат да ги променат овие региони и структури. Последователно, зависностите може да го променат начинот на кој функционираат регионите на мозокот.

Регионите и структурите кои се засегнати од процесот на зависност односно улогата на мозокот во најчесто забележаните проблеми поврзани со зависноста се:

1) нарушено одлучување, импулсивност и компулсивност ,

2) 1.барање дрога и желби ,

3) формирање навики, желба, ефекти на повлекување и предизвикувачи на релапс и

4) регулирање на стресот и повлекување.

1.3.2. Зависноста ги менува комуникациските патишта на мозокот

Во претходниот дел, е опишан електрохемискиот комуникациски систем на мозокот. Овој комуникациски систем испраќа информации преку огромна мрежа на меѓусебно поврзани неврони. Со текот на времето, мозокот развива претпочитана или стандардна патека за испраќање сигнали помеѓу невроните (невронски патишта). До неодамна, се мислеше дека нервните патишта на мозокот се целосно формирани до моментот кога стига личноста до зрелоста. Меѓутоа, поради новите научни случувања сега знаеме дека мозокот е многу подинамичен отколку што мислевме. Човечкиот мозок продолжува да создава нови неврони и да формира нервни патишта во текот на целиот наш животен век. Така, невроните се динамични клетки кои постојано се прилагодуваат на променливите околности. Ако нешто го оштети мозокот на една личност (како што е мозочен удар или повреда), невроните можат да направат нова комуникациска рута околу оштетената област.*невронска пластичност* .

Научниците откриј дека невропластичноста ги регулира процесите на учење и ни помага да се прилагодиме на нашата околина. Уште во 1949 година, неврологот Доналд Хеб тврдеше дека невроните кои често палат заедно формираат посилни врски. Со други зборови, „невроните кои палат заедно, се поврзуваат заедно“. Ова е еден од најраните описи на она што сега го нарекуваме невропластичност.

За подобро разбирање на невропластичноста, аналогијата може да биде корисна. Нашите мозоци формираат нервни патишта на начин што е сличен на формирањето на добро патувана патека за пешачење. Колку повеќе патуваме по патека, толку побрз, полесен и попознат станува тој пат. Како што го патуваме се повеќе и повеќе,

тој станува поширок, помазен и полесен за патување. Станува претпочитана рута. Истото важи и за нервните патишта. Со текот на времето, мозокот формира познати нервни патишта кои стануваат вообичаени патишта. Ако позната рута е блокирана, мозокот на крајот создава нова рута. Да претпоставиме дека секој ден шетаме низ шумата за да посетиме пријател. Секој пат ја користиме истата патека. Еден ден, додека патуваме по позната патека, откриваме дека огромно дрво паднало. Тоа го блокира преминот. Ќе треба да се направи нова патека за да се заобиколи дрвото. На почетокот, оваа нова патека ќе биде тесна, тешка и бавна. Можеби е дури и непријатна. Со текот на времето, ќе стане добро истрошена, удобна патека. Ќе биде исто толку лесна како и оригиналната патека.

Новите нервни патишта се формираат како што се развива зависноста. Тоа е затоа што зависноста хемиски го променила комуникацискиот систем на мозокот. Кога ќе го земеме тој лек, мозокот повторно мора да формира нови нервни патишта. Исто како кога требаше да правиме нова патека во шумата, ова на почетокот е непријатно. Невропластичноста објаснува зошто почетниот период на опоравување е тежок и непријатен. Но, знаеме од примерот на нашата пешачка патека, оваа тешкотија е само привремена. Оваа информација е многу корисна да се знае кога се обидуваме да закрепнете. Можеме да бидеме успешни ако го зачуваме овој краток, непријатен период. Како што беше тешко и непријатно да се направи нова патека околу паднато дрв истото важи и за почетниот период на опоравување. Може да биде тешко и непријатно додека се формираат овие нови нервни патишта. Сè додека лицето кое закрепнува не се откажува во овој почетен период на непријатност, ќе се формираат нови нервни патишта кои го поддржуваат закрепнувањето. Овие нови патишта ќе станат пооформени и подобро развиени со текот на времето. Како што се прават, закрепнувањето станува полесно и поудобно.

Нагласивме дека адаптивните, динамични квалитети на нашиот мозок го обезбедуваат нашиот опстанок. За жал, способноста на мозокот да биде толку приспособлив е исто така во коренот на зависноста. Мозокот се прилагодува на силните ефекти на дрогите и активностите кои предизвикуваат зависност. Кога ќе се случи, се случуваат промени во мозочните региони поврзани со награда , меморија и

емоции , одлучување и регулирање на стресот .Овие промени во нашиот мозок ја прават повторената употреба на супстанции или активности кои предизвикуваат зависност многу привлечна. Добрата вест е дека невропластичноста на нашиот мозок ни овозможува да ги исправиме овие промени. Затоа, иако зависноста води до структурни промени во мозокот, ние сме способни да научиме нови вештини за справување. Пластичноста на мозокот овозможува да се втиснат овие нови вештини за справување.

1.4. Когнитивна теорија и зависност (мисли, верувања, очекувања)

Со текот на времето, нашите животни искуства ја формираат основата за добро организиран и релативно стабилен збир на верувања и очекувања. Тие може да вклучуваат верувања за себе и за светот околу нас. Овие верувања и очекувања дејствуваат за да влијаат на нашето однесување. Ова се случува без наше целосно знаење и свесност за нив. Всушност, овие верувања се доволно моќни за да го искриват начинот на кој се перципираме себеси и другите луѓе.

Еден пример на овој моќен ефект е самоисполнувачкото пророштво. Самоисполнувачкото пророштво сугерира дека што и да очекуваме ќе се случи; всушност ќе се случи, исто како што очекуваме. Тоа е затоа што нашето очекување (исчекување) на она што ќе се случи предизвикува да се однесуваме на одреден начин. Последователно, се однесуваме на начин што предизвикува одредени работи да се случат како одговор на нашето однесување. Еден пример ќе го направи ова многу поразбирливо. Да претпоставиме дека присуствуваме на забава и очекуваме дека никој нема да не сака. Веројатно ќе бидеме вознемирен поради ова очекување. Бидејќи не очекуваме дека ќе им се допаднеме на луѓето, никому не се смееме. Стоиме сами. Во случај некој да доаѓа да разговара со нас, сме толку нервозни. Не ги ни слушаме што зборуваат. Поради ова вознемирено, непријатно однесување, луѓето на забавата не избегнуваат. Можеме и погрешно да ги протолкуваме интеракциите што ги имаме, затоа што очекуваме дека луѓето нема да не сакаат. Да претпоставиме дека една личност зборува со нас на забавата и потоа се извинува и заминува. Веднаш ќе претпоставиме дека замина затоа што не и се

допаѓаме. Поради нашето очекување, нема да бараме друга причина за нејзиното ненадејно заминување. Така, нема да забележиме дека некој штотуку се приклучил на забавата и ѝ мавнал. Таа едноставно се оддалечи за да ги поздрави. По нејзиното враќање гледаме настрана затоа што ни е непријатно што не ѝ се допаѓаме. Кога гледа дека гледаме настрана, логично претпоставува дека повеќе не сакаме да разговарам со неа. Така, таа си оди. Забележете дека ова наше очекување „луѓето нема да ме сакаат“ не натера да се однесуваме на начин што всушност го создаде она што го очекувавме.

Самоисполнувачкото пророштво може да послужи за одржување на нечија зависност. Ова е особено точно ако не веруваат дека закрепнувањето е можно. Ако очекувам дека ќе пропаднам, ова очекување формира самоисполнувачко пророштво. Нема да се потрудам да се опоравам. Што е поентата? Мојот недостаток на напор го осудува секој слаб обид за опоравување што го правам. Ова дополнително ги зацврстува моите неточни верувања и очекувања. Затоа, кога ќе се појават силни желби, нема да се трудам да се справам со нив. Можеби ќе си помислам: „Во секој случај не можам да запрам, која е поентата да се борам?“

Когнитивно-бихејвиоралните терапевти им помагаат на луѓето да ги идентификуваат некорисните верувања. Следно, терапевтот ги охрабрува луѓето да ја проценат точноста и корисноста на нивните верувања. Дополнително, терапевтот ги води учесниците да ја тестираат точноста на нивните верувања во реалниот свет (надвор од канцеларијата за терапија). Овие „експерименти“ од реалниот свет им помагаат на луѓето да ги ажурираат своите погрешни верувања. На пример, да претпоставиме дека некој верува дека нема смисла да се бори против желбите затоа што желбите никогаш не престануваат. Терапевтот ќе побара од нив да спроведат експеримент за да види дали овој поим е вистинит. Ќе откријат дека не е. Желбите стивнуваат.

Верувањата и очекувањата го диктираат и начинот на кој ќе интерпретираме одреден настан. Нашето толкување на некој настан одредува како се чувствуваме за него. Иако верувањата и очекувањата силно влијаат на нашите чувства, повеќето луѓе обично не се свесни за овие верувања. Сепак, ние обично сме свесни за нашите чувства. Обично, овој недостаток на свест не е проблем. Ова е особено точно за среќните

добро приспособени луѓе. Навистина не е неопходно да станам свесен за верувањата што ги предизвикуваат добрите чувства што обично ги имам!

Што е со личноста која често има негативни чувства и не се справува многу добро со овие чувства? Оваа личност е изложена на поголем ризик да стане зависна од супстанции и активности кои предизвикуваат зависност за да се чувствува подобро. Навистина, луѓето често користат супстанции или активности кои предизвикуваат зависност токму за оваа намена. Во овие случаи, важно е да станете свесни за овие верувања. Без оваа свест, овие неточни верувања не можат да се ажурираат и коригираат. Со точна перцепција на светот и позитивен поглед, негативните чувства се намалуваат. Кога негативните чувства се намалуваат, истото се намалува и потпирањето на форма на олеснување што предизвикува зависност.

На сличен начин, повеќето луѓе веруваат дека надворешните настани и другите луѓе ги „предизвикуваат“ нивните чувства. Ова е проблематично верување. Тоа води до чувство на беспомошност и лажен заклучок дека не можеме да направиме ништо за да се чувствуваме подобро. Таквото верување го зајакнува потпирањето на супстанците (или активностите) кои предизвикуваат зависност како средство за ослободување од непријатни чувства. Когнитивната терапија ги учи луѓето да сфатат дека ние ги предизвикуваме нашите сопствени чувства, а не другите луѓе. Тоа е она што го мислиме и веруваме за нештата што ги предизвикува нашите чувства. Со менување на нашите мисли и верувања, нашите чувства ќе се променат соодветно. Ајде да користиме едноставен пример за да го илустрираме овој важен концепт. Да претпоставиме дека некој штотуку ми згазна на ногата. Една мисла што би можела да ја имам (особено ако верувам дека луѓето сакаат да ме фатат) е дека стапалото го направи ова намерно. " Оваа мисла може да доведе до чувство на сочувство. Забележете го истиот настан, предизвикан од две спротивни чувства; само од начинот на кој размислувам за тоа. Така, ситуацијата не ги „предизвика“ моите чувства. Моите сопствени мисли го направија тоа. Оваа мисла може да доведе до чувство на сочувство. Забележете го истиот настан, предизвикан од две спротивни чувства; само од начинот на кој размислувам за тоа. Така, ситуацијата не ги „предизвика“ моите чувства. Моите сопствени мисли го направија тоа.

1.5. Симптоми на зависност

Докторите во моментов дијагностицираат зависности под категоријата позната како „пореметувања поврзани со супстанции и зависнсот“.

Главниот симптом на зависност е проблематична шема на употреба, што доведува до клинички значајно оштетување или вознемиреност.

Специфичните симптоми варираат во зависност од нарушувањето на зависност.

Лицето со нарушување на употребата на супстанција е тешко да ја контролира употребата на одредена супстанција. Тие продолжуваат да користат супстанција или да се впуштаат во зависно однесување, иако можеби се свесни за штетата што може да ја предизвика или кога се очигледни докази за штета.

Моќните желби ја карактеризираат и зависноста. Поединецот можеби нема да може да престане да зема супстанција или однесување што предизвикува зависност и покрај тоа што изразува желба да се откаже.

Знаците и симптомите на нарушувањето на употребата на супстанции може да варираат во зависност од поединецот, супстанцијата или однесувањето што ги користат прекумерно, нивната семејна историја и нивните лични околности.

Симптомите на зависност често доведуваат до „домино ефект“ на неповолни околности.

Нарушувањата од употребата на супстанции имаат низа психолошки, физички и социјални ефекти кои можат драстично да го намалат квалитетот на живеење на луѓето.

Иако овој труд ги дели симптомите во овие три категории, реалноста е помалку јасна. Многу од овие симптоми се преклопуваат и може да доведат еден до друг.

Пример за ова преклопување е кога некој го доживува психолошкиот ефект од желбата да ги пренасочи парите од нивната редовна продавница за храна за да купи некоја супстанција, а потоа да не консумира доволно хранливи материи.

Исто така, проблемите во врската и растечката аверзија кон социјалните интеракции може да доведат и да ги влошат психолошките проблеми, вклучувајќи депресија и анксиозност .

Психолошки симптоми

Симптомите на зависност кои предизвикуваат ментални нарушувања го вклучуваат следново.

- **Неможност да престане да се користи:** Во многу случаи, како што е зависноста од никотин, алкохол или други супстанции, едно лице ќе направело барем еден сериозен, но неуспешен обид да се откаже. Ова може да биде и физиолошко, бидејќи некои супстанции, како што е хероинот, предизвикуваат хемиски зависност и предизвикуваат симптоми на повлекување ако некое лице престане да ги зема.

- **Употребата и злоупотребата на супстанции продолжува и покрај здравствените проблеми:** Поединецот продолжува редовно да ја зема супстанцијата, иако има развиено поврзани болести. На пример, пушач може да продолжи да пуши по развој на белодробно или срцево заболување . Тие може или не можат да бидат свесни за влијанието врз здравјето на супстанцијата или однесувањето.

- **Справување со проблеми:** Лицето со зависност најчесто чувствува потреба да ја земе дрогата или да го спроведе однесувањето за да се справи со своите проблеми.

- **Опсесија:** Едно лице може да стане опседнато со некоја супстанција, трошејќи сè повеќе време и енергија на наоѓање начини да ја добие својата супстанција, а во некои случаи и како може да ја искористи.

- **Преземање ризици:** Поединец со зависност може да преземе ризици за да ја добие супстанцијата или да се вклучи во однесувањето, како што е трговија со секс или крадење за недозволени дроги, пари за дрога или самите дроги. Додека е под влијание на некои супстанци, лице со нарушување на употребата на супстанции може да се вклучи во ризични активности, како што се брзо и опасно возење или насилство.

- **Земање почетна голема доза:** Ова е вообичаено со нарушување на употребата на алкохол. Поединецот може брзо да консумира големи количини алкохол за да ги почувствува ефектите и да се чувствува добро.

Социјални симптоми

Користењето супстанции може да доведе до осаменост и тајност.

Нарушувањето на употребата на супстанции може да влијае на начинот на кој поединецот се дружи и се поврзува со другите луѓе.

- **Жртви:** Личноста со зависност од супстанција може да се откаже од некои активности кои претходно му донеле радост. На пример, лице со нарушување на употребата на алкохол може да ја одбие поканата да оди на кампување или да помине еден ден на брод ако нема достапен алкохол. Лицето со зависност од никотин може да одлучи да не се сретне со пријателите ако планира да оди во паб или ресторан без чад.

- **Откажување од хоби и активности:** како што напредува зависноста, поединецот може да престане да учествува во забавите во кои ужива. Луѓето кои се зависни од тутун, на пример, може да откријат дека повеќе не можат физички да се справат со учеството во нивниот омилен спорт.

- **Одржување на добра понуда:** Луѓето со нарушувања на употребата на супстанции секогаш ќе се погрижат да имаат добра понуда, дури и ако немаат многу

пари. Тие можат да направат жртви во нивниот домашен буџет за да обезбедат достапност на супстанцијата.

- **Тајност и осаменост:** Во многу случаи, лице со нарушување на употребата на супстанции може да ја користи супстанцијата самостојно или тајно.

- **Негирање:** Значителен број луѓе со нарушување на употребата на супстанции не се свесни дека имаат проблем. Можеби се свесни за физичката зависност од некоја супстанција, но негираат или одбиваат да ја прифатат потребата да бараат третман, верувајќи дека можат да се откажат „во секое време“ што ќе посакаат.

- **Прекумерна потрошувачка или злоупотреба на супстанции:** Некои видови нарушувања на употребата на супстанции, како што се нарушувањата на употребата на алкохол или опијати, може да доведат до поединец да консумира небезбедни количини на супстанција. Физичките ефекти од злоупотреба на супстанција може да бидат сериозни и да вклучуваат предозирање. Сепак, за лице со нарушување на употребата на супстанции, овие ефекти нема да бидат доволни за да се спречи претерана употреба во иднина.

- **Скривање:** Лицето со зависност може да има мали резерви на супстанција скриени во различни делови од куќата или автомобилот, често на неверојатни места, за да се избегне откривање.

- **Правни прашања:** Ова е повеќе карактеристика на некои зависности од алкохол и недозволени дроги. Може да се појават правни проблеми или затоа што супстанцијата го нарушува расудувањето или предизвикува поединецот да презема повеќе ризици до степен да предизвика јавен неред или насилство или да го прекрши законот за да ја добие супстанцијата на прво место.

- **Финансиски тешкотии:** Скапата супстанција може да доведе до значителни и редовни финансиски жртви за да се обезбеди редовно снабдување.

Физички симптоми

Начинот на испорака на супстанцијата може да предизвика штета. Пушењето супстанца, на пример, може да ги оштети белите дробови.

Повеќекратното користење на супстанција може да влијае на низа телесни функции и системи.

- **Симптоми на повлекување:** кога нивото на супстанцијата од која некое лице има зависност паѓа под одредено ниво, тие може да доживеат физички симптоми, во зависност од супстанцијата. Тие вклучуваат желби, запек , дијареа, треперење, напади, потење и некарактеристично однесување, вклучително и насилство.

- **Промени во апетитот:** Некои супстанции го менуваат апетитот на една личност. Консумацијата на марихуана, на пример, може значително да го зголеми нивниот апетит, додека кокаинот може да го намали.

- **Оштетување или болест од употреба на супстанција:** Пушењето супстанции, на пример, тутун и крек, може да доведе до неизлечиви респираторни заболувања и рак на белите дробови . Инјектирањето недозволени дроги може да доведе до оштетување на екстремитетите и проблеми со вените и артериите, во некои случаи да доведе до развој на инфекција и можно губење на екстремитетот. Редовното консумирање прекумерно количество алкохол може да доведе до хронични проблеми со црниот дроб.

- **Несоница:** Несоницата е чест симптом на повлекување. Користењето недозволени стимуланси, како што се брзината или екстазите, исто така може да поттикне нарушен циклус на спиење, бидејќи лицето може да остане буден до доцна неколку ноќи по ред за да оди на забави и да ја користи супстанцијата.

- **Промена во изгледот:** Едно лице може да почне да изгледа повеќе разбушавено, уморно и изнемоштено, бидејќи користењето на супстанцијата или извршувањето на зависничкото однесување ги заменува клучните делови од денот, вклучително и перење алишта и следење на личната хигиена.

- **Зголемување на толеранцијата:** Телото доживува намалени ефекти на супстанцијата со текот на времето, така што лицето чувствува потреба да преземе повеќе за да го постигне истиот ефект.

Едно лице може да доживее неколку од овие симптоми или многу од нив. Нарушувањето на употребата на супстанции може да има драстично различно влијание врз секој поединец.

Нарушувањето на употребата на супстанции има многу симптоми кои можат да предизвикаат оштетување на физичкото и психичкото здравје на поединецот, секојдневните активности и социјалниот живот.

Ефектите во голема мера зависат од типот на супстанцијата, личните околности, семејниот живот, нивото на увид на лицето во нивното однесување и нивните моментални финансии.

Психолошки, нарушувањето на употребата на супстанции може да доведе до континуирана употреба и покрај другите ефекти врз здравјето и неможноста да се прекине со употреба. Едно лице може да биде опседнато со фаќање супстанција или учество во нивните штетни активности.

Супстанциските и зависничките однесувања, исто така, може да доведат до повлекување од личните одговорности, претходно важните активности и социјалните интеракции. Тие можат да наведат поединец да бара осаменост и тајно да се вклучи во нарушување на употребата на супстанции.

Нарушувањето на употребата на супстанции може исто така да доведе до конфронтации со законот, како при добивање на супстанција, така и при извршување на некарактеристични или неуредни дејства што произлегуваат од употребата на супстанцијата.

Редовното земање на супстанција може да предизвика и физичко оштетување, во зависност од видот на лекот. Некои супстанции предизвикуваат симптоми на повлекување кои вклучуваат многу физички ефекти, како што се тресење, потење или гадење.

Ова зависи од вклучената супстанција. Општо земено, лицето треба да внимава на количината на супстанцијата што ја користи. Користењето на супстанцијата во поголеми и поголеми количини треба да биде црвено знаме за личноста дека можеби е на пат кон зависност.

1.5. Зависноста како метод за преживување

Постојат многу причини и фактори кои придонесуваат за нарушувања на употребата на супстанции, вклучително и изложеност на трауматски искуства, особено кога траумата се случила во детството. Според Белис и Зиск, „траумата може да влијае на центрите за наградување на нашиот мозок, правејќи нè поподложни на злоупотреба на супстанции или други зависности.

Преку делата на Бесел ван дер Колк, Оно ван дер Харт и Брус Пери, сега знаеме дека траумата доживеана во детството „се меша во способноста на телото да се саморегулира и психолошки и соматски. Штом нервниот систем е толку длабоко нерегулиран, последователното влијание врз личноста е далекусежно, што веројатно ќе влијае и на психолошките и на физичките функции. Жанина Фишер во својот труд „Зависности и закрепнување на траума“ сугерира дека во некои случаи „психолошкиот развој е одложен или искривен, а формирањето на идентитетот мора да се одвива по „грешните линии“ што произлегуваат од разединителните одбрани и разделувањето.

Бидејќи траумата толку силно влијае на нормалната, природна способност да функционира секој ден, лесно е да се види како се формира врската помеѓу траумата и зависноста. За едноставно да го преживееме секојдневниот живот што го земаме здраво за готово, возрасните преживеани од траума треба да измислуваат стратегии што ќе им

овозможат да се саморегулираат. Без овие саморегулирачки стратегии, животот едноставно би бил премногу огромен.

Стратегиите за саморегулирање што ги користат лицата кои преживеале траума често се однесувања што ги научиле во детството - или репризирање на траумата што ја доживеале или користејќи стратегии за справување што ги открилe тогаш, како што е самоповредување или прејадување. Високо ризични или однесувања за самолекување, како што се алкохол, секс, дрога, коцкање или било што друго што може да го олесни посакуваното чувство на одвојување преку обезбедување адреналин и/или ендорфин кои можат да дадат привремено ослободување од чувствата на депресија, анксиозност и страв поврзани со траума.

Кога се бориме со наметливите спомени, стравот, депресијата, анксиозноста или кој било друг симптом поврзан со траума, неотелотворувањето или дисоцијацијата е начин да се извлечеме себеси од нашите искуства, нашето тело и светот. Затоа, кога преживеаните од траума се свртуваат кон дрога или алкохол како начин да се одделат, тие ги користат за да се чувствуваат нормално, ослободени од болка. Без нив тие може да не можат да се справат со неподносливите психолошки или физички симптоми кои настанале како резултат на нивната траума. Диасоцијацијата и „зависничкото однесување се исто така генијални начини за менување на свеста и менување на психофизиолошкото искуство. Затоа, употребата на дрога може да се смета како снаодлив, но деструктивен метод за преживување што го користат оние кои страдаат од комплексен пост трауматски синдром.

Затоа, врската помеѓу траумата и зависноста започнува како едноставна тактика за преживување, но, поради природата на супстанциите што се користат за да сеублажат неиздржливите чувства, толеранцијата кон лекот ќе се зголеми со редовна употреба. Затоа, количината на употребената супстанција нужно ќе треба да се зголеми за да продолжи да работи на потребниот начин. На крајот, супстанциите ќе престанат да ја ублажуваат болката од симптомите на траума, но сепак ќе бидат потребни за да се избегне физичко и емоционално повлекување од лекот. Ова е тогаш зависност. На крајот на краиштата, зависноста има потенцијал да стане повеќе деструктивна и загрозувачка за животот на

преживеаните од траумата отколку оригиналните симптоми на траумата. Ова е често време кога поединците ќе посегнат за помош. Поради оваа причина, императив е и траумата и зависноста да се третираат истовремено, инаку едното едноставно ќе го поткопа другото. Според ѕборовите на Џон Кап траумата и зависноста може да се излечат со тоа што ќе покажеме дека зависноста е само-лекувачки начин за справување со ефектот на траумата, така што исцелувањето се случува кога клиентот ќе стане свесен за врската меѓу нив и имплицитните (несвесни) сеќавања на траумата станува експлицитна (свесна).

1.6. Што е траума

Често го користиме ѕборот „траума“ за да се однесуваме на огромен настан или искуство - на пример, сексуален напад или катастрофална природна катастрофа. Важно е да се разѕбере разликата помеѓу почестите искуства кои предизвикуваат интензивен стрес и анксиозност, и трауматските настани кои ни се неразѕбирливи и можат да имаат значително, долгорочно влијание врз квалитетот на нашиот живот и ѕблагосостојѕба.

Општо земено, траумата може да се дефинира како психолошки, емоционален одговор на настан или искуство што е длабоко вознемирувачко или вознемирувачко. Кога лабаво се применува, оваа дефиниција за траума може да се однесува на нешто вознемирувачко, како што е инволвираност во несреќа, болест или повреда, губење на сакана личност или развод. Меѓутоа, може да ја опфати и далечната крајност и да вклучи искуства кои се сериозно штетни, како што се силување или тортура.

Трауматските настани и искуства може да се случат наѕрзина и да ѕидат неочекувани и шокантни, или може да се развиваат поѕавно со текот на времето, како што е патаринатa преземена од долгогодишна злоупотреѕа или занемарување. Во секој случај, траумата е препознатлива по начинот на кој влијае на нашата способност да функционираме во секојдневниот живот и начинот на кој ги разнишува основните

верувања и го обликува нашето чувство за безбедност во светот околу нас. Траумата може да го направи животот да се чувствува огромен и неуправлив. Колку и да е тешко, важно е да се знае дека со правилна поддршка и стратегии за справување, можеме да ја надминеме оваа болка и нејзиното влијание врз нашите животи.

Бидејќи на настаните се гледа субјективно, оваа широка дефиниција за траума е повеќе упатство. Секој различно обработува трауматичен настан затоа што сите ние се соочуваме со нив низ објективот на претходните искуства во нашите животи. На пример: едно лице може да биде вознемирено и исплашено откако ќе помине низ поплава, но некој друг можеби го изгубил семејството и едвај избегал од поплавен дом за време на поплава. Во овој случај, помала поплава може да предизвика трауматични ретроспективи на нивното застрашувачко искуство.

Траумата е дефинирана од Американската психолошка асоцијација (АПА) како емоционален одговор кој некој го има на екстремно негативен настан. Додека траумата е нормална реакција на ужасен настан, ефектите можат да бидат толку тешки што ја попречуваат способноста на поединецот да живее нормален живот. Во таков случај, можеби ќе биде потребна помош за лекување на стресот и дисфункција предизвикани од трауматскиот настан и за враќање на поединецот во состојба на емоционална благосостојба.

Бидејќи реакциите на траума паѓаат низ широк спектар, психолозите развија категории како начин да се разликуваат видовите на трауми. Меѓу нив се сложени трауми, посттрауматско стресно растројство (ПТСН) и развојна траума.

Комплексната траума се случува постојано. Тоа често резултира со директна штета на поединецот. Ефектите од сложената траума се кумулативни. Трауматското искуство често се случува во одредена временска рамка или во специфична врска, а често и во одреден амбиент.

Посттрауматско стресно растројство (ПТСН) може да се развие откако лицето ќе биде изложено на застрашувачки настан или ќе помине низ искушение во кое се случило

или му се заканувало интензивно физичко оштетување. Оние кои страдаат од ПТСН имаат постојани и застрашувачки мисли и сеќавања на нивните искушенија.

Развојна траума растројство е неодамнешен термин во проучувањето на психологијата. Ова нарушување се формира во првите три години од животот на детето. Резултатот од злоупотреба, занемарување и/или напуштање, развојната траума го попречува невролошкиот, когнитивниот и психолошкиот развој на новороденчето или детето. Тоа ја нарушува способноста на жртвата да се приврзе кон возрасен старател.

Возрасниот кој нанесува развојна траума обично не го прави тоа намерно - напротив, тоа се случува затоа што не се свесни за социјалните и емоционалните потреби на децата.

1.7. Видови на траума и што ги предизвикува

Може да доживеете траума на различни начини во зависност од настанот или искуството што ја предизвикало.

Емоционална траума

Емоционалната траума е крајниот резултат на настани или искуства кои не оставаат да се чувствуваме длабоко небезбедни и често беспомошни. Тоа може да произлезе од еден настан или да биде дел од тековно искуство, како што е хронична злоупотреба, малтретирање, дискриминација или понижување. Иако некои трауматски искуства може да предизвикаат и физичка штета, како сообраќајна несреќа или сексуален напад, не мора да се претрпи физичка повреда за да се доживее емоционална траума.

Емоционалната траума е препознатлива по постојаното чувство на несигурност и други предизвикувачки емоции како страв и/или анксиозност. Често е придружена и со други физички симптоми, како што се хронична несоница, кошмари и други здравствени проблеми. Емоционалната штета од траума често може да биде поштетна и потешко да се

опорави од физичките повреди, бидејќи траумата всушност може да го промени начинот на функционирање на нашиот мозок, особено кога таа траума е хронична.

Комплексна траума

Многу трауматски настани се еднократни настани, како насилен напад или скоро смртно искуство поврзано со природна катастрофа. Но, траумата може да дојде и од доживување на повеќе различни видови на вознемирувачки настани. На пример, поединците кои живеат во зони на природни катастрофи или во хаотични или маргинализирани населби веројатно ќе бидат изложени на зголемен ризик од сиромаштија, раселување или насилство. Честопати, овие ситуации ни даваат чувство дека немаме контрола и немаме можност да избегаме и често предизвикуваат долготрајни ефекти врз нашето ментално здравје. Ова се нарекува сложена траума и скоро секогаш ќе бара терапевтска поддршка за да заздрави.

Секундарна траума

Траумата не секогаш вклучува самите да доживееме вознемирувачки настан. Да се биде сведок на трауматски настан, како што е гледањето на родител како насилно нападнат, исто така може да има постојани ефекти врз нашето емоционално здравје. Ова се нарекува секундарна траума.

1.8. Кои се главните извори на траума

Траумата може да биде предизвикана од убедливо негативен настан кој предизвикува трајно влијание врз менталната и емоционалната стабилност на жртвата. Додека многу извори на траума се физички насилни по природа, други се психолошки. Некои вообичаени извори на траума вклучуваат:

- Силување
- Семејно насилство
- Природни непогоди
- Тешка болест или повреда
- Смртта на некој близок
- Сведок на чин на насилство

Траумата е често, но не секогаш поврзана со присуството на местото на настанот што предизвикува траума. Исто така, можно е да се одржи траума откако ќе се види нешто од далечина. Малите деца се особено ранливи на траума и треба да бидат психолошки прегледани откако ќе се случи трауматски настан за да се обезбеди нивната емоционална благосостојба.

1.9. Реакции на доживување трауматски настан

Не постои „вистински начин“ да се реагира на траума. Во пресрет на трауматски настан, вашиот ум и тело прават најдобро што може за да го обработат она што се случило.

Често, шокот и негирањето се типични реакции на трауматски настан. Со текот на времето, овие емоционални реакции може да избледат, но преживеаниот може да доживее и долгорочни реакции. Тие може да вклучуваат:

- Гнев
- Постојани чувства на тага и очај
- Ретроспективи
- Непредвидливи емоции

- Физички симптоми, како што се гадење и главоболки
- Интензивни чувства на вина, како да се некако одговорни за настанот
- Промененото чувство на срам
- Чувство на изолација и безнадежност

Реакциите на траума најчесто вклучуваат физички, ментални и емоционални симптоми. Некои од најчестите симптоми се подолу:

Вообичаени емоционални и бихејвиорални одговори на траума

Негирање
Конфузија
Гнев
Страв
Вина
Анксиозност
Депресија
Ретроспективи на настанот
Тешкотии со концентрирање
Повлекување од пријателите и семејството

Вообичаени физички одговори на траума

Несоница или нарушен сон
Замор
Мускулна напнатост
Главоболки
Болка во градите
Хронична необјаснета болка или здравствени предизвици

Овие физички и емоционални реакции може да се доживеат веднаш по трауматскиот настан, или многу подоцна кога некој друг настан или ситуација ќе предизвика сеќавање на траумата. Траумата, исто така, може да предизвика или влоши постоечки ментални здравствени состојби, како депресија или злоупотреба на супстанции - така што симптомите што веќе ги имате може да станат поинтензивни по траума.

Емоциите се еден од најчестите начини на кои се манифестира траумата. Некои вообичаени емоционални симптоми на траума вклучуваат негирање, лутина , тага и емоционални испади. Жртвата на траума може да ги пренасочи преголемите емоции што ги доживува кон други извори, како што се пријателите или членовите на семејството. Ова е една од причините зошто траумата е тешка и за најблиските. Тешко е да му помогнете на некој што ве отфрла, но разбирањето на емоционалните симптоми што доаѓаат по трауматски настан може да помогне во олеснување на процесот.

Траумата често се манифестира физички, но и емоционално. Некои вообичаени физички знаци на траума вклучуваат бледило, летаргија, замор, слаба концентрација и забрзано чукање на срцето. Жртвата може да има анксиозност или напади на паника и да

не може да се справи во одредени околности. Физичките симптоми на траума може да бидат реални и алармантни како оние на физичка повреда или болест, и треба да се внимава да се управува со нивото на стрес по трауматски настан.

1.10. Краткорочни и долгорочни ефекти од траумата

Сите ефекти од траумата може да се случат или во краток временски период или во текот на неколку недели или дури години. Било какви последици од траума треба веднаш да се решат за да се спречи трајност. Колку побрзо се реши траумата, толку поголеми се шансите жртвата да закрепне успешно и целосно.

Краткорочните и долгорочните ефекти од траумата можат да бидат слични, но долгорочните ефекти се генерално потешки. Краткорочните промени на расположението се прилично нормални по траумата, но ако промените во расположението траат подолго од неколку недели, може да се појави долгорочен ефект.

Вознемирувачките настани ја активираат амигдалата, структура во мозокот одговорна за откривање закани. Тој реагира со испраќање аларм до повеќе телесни системи за да се подготви за одбрана. Симпатичкиот нервен систем скока во акција, стимулирајќи го ослободувањето на адреналин и норадреналин и хормоните на стрес кои го подготвуваат телото за одговор борба-лет или замрзнување. Краткорочниот страв , анксиозност , шок и лутина/ агресија се сите нормални одговори на траума. Ваквите негативни чувства исчезнуваат како што кризата се намалува и искуството исчезнува од меморијата , но за некои луѓе, вознемирувачките чувства може да останат и да се мешаат во секојдневниот живот.

Страдачите на долготрајна траума може да развијат емоционални пореметувања, како што се екстремна вознемиреност, лутина, тага, вина на преживеаниот ,

дисосоцијација, неможност да се чувствува задоволство (*анхедонија*) или ПТСН (посттрауматско стресно растројство) . Амигдалата станува хиперактивна , нејзината претерана реакција на помали пертурбации доведува до излив на хормони на стрес. Живеејќи во одбранбен режим и постојано внимателни кон можноста за закана, луѓето може да искусат постојани проблеми со спиење или физичка болка, да наидат на турбуленции во нивните лични и професионални односи и да почувствуваат намалено чувство на самопочит .

Позитивни психолошки промени по траума се исто така можни кога луѓето ги признаваат своите тешкотии и се гледаат себеси како преживеани наместо жртви на несреќно искуство. Тие може да вклучуваат градење на издржливост , развој на ефективни вештини за справување и развој на чувство за само-ефикасност. Некои луѓе може да претрпат посттрауматски раст , да создаваат посилни врски, да го редефинираат својот однос со ново значење и/или духовна цел и да добијат подлабоко ценење за животот. Можеби звучи контрадикторно, но посттрауматскиот раст може да постои заедно со ПТСН .

1.11. Третман за траума

Ако не се реши или не се лекува, траумата може да ги поткопа односите и да предизвика хаос во личниот и професионалниот живот. Постојат повеќе начини на третман достапни за луѓе кои се соочуваат со краткорочни или долготрајни симптоми на траума.

Промените во животниот стил се опција за ран третман што треба да се земе предвид. Здраво јадење, вежбање, избегнување алкохол и дрога, доволно сон, редовно гледање со саканите и нагласување на грижата за себе може да помогне во ублажување на симптомите на траума.

Психотерапијата може да му помогне на лицето да изгради еластичност, да развие вештини за справување и да ги реши нерешените чувства што го држат заглавен. Терапијата со експозиција и когнитивната терапија за повторно оценување се два од посигурните третмани за траума.

Грижата информирана за траума ја третира целата личност, ја препознава мината траума и неприлагодливите механизми за справување што поединецот можеби ги усвоил за да го преживее своето вознемирувачко искуство . им помага на младите со ПТСН и нарушувања на расположението кои произлегуваат од злоупотреба, насилство или нерешена тага .

Траума терапијата не е единствена за сите. Мора да се прилагоди за да одговори на различни симптоми. Професионалци за ментално здравје кои се специјално обучени за лекување на траума може да ги проценат уникатните потреби на преживеаниот и да планираат третман специјално за нив.

Во моментов, постојат неколку модалитети на терапија за траума:

- Когнитивната бихејвиорална терапија (КБТ) ја учи личноста да стане посвесна за своите мисли и верувања за нивната траума и им дава вештини за да им помогне да реагираат на емоционалните предизвикувачи на поздрав начин.

- Терапијата со експозиција (исто така наречена In Vivo терапија со експозиција) е форма на когнитивна бихејвиорална терапија која се користи за намалување на стравот поврзан со емоционалните предизвикувачи предизвикани од траумата.

- Терапијата со разговор (психодинамска психотерапија) е метод на вербална комуникација што се користи за да му помогне на лицето да најде ослободување од емоционалната болка и да ги зајакне адаптивните начини на управување со проблемот што поединецот веќе ги поседува.

Овие модалитети го третираат меморискиот дел (несвесното) на траумата, но сега знаеме дека мора да се третира и свесниот мозок на преживеаниот. Неодамнешните

студии откриј дека приодите ориентирани кон телото, како што се свесноста , јогата и EMDR се моќни алатки за помагање на повторното поврзување на умот и телото.

Дополнително, неврофидбекот (вид на биофидбек кој се фокусира на мозочните бранови) ветува дека им помага на пациентите со симптоми на траума да научат да ја менуваат активноста на нивните мозочни бранови за да им помогнат да станат помирни и поспособни да се вклучат со другите.

Можно е да се излечи од емоционална и психолошка траума. Знаеме дека мозокот се менува како одговор на трауматско искуство, меѓутоа, со работа со професионалец за ментално здравје кој е специјализиран за траума, можете да ја оставите вашата траума зад себе и да научите повторно да се чувствувате безбедно.

Симптомите на траума обично траат од неколку дена до неколку месеци, постепено исчезнуваат додека го обработувате вознемирувачкиот настан. Но, дури и кога се чувствувате подобро, од време на време може да ве вознемируваат болни спомени или емоции - особено како одговор на предизвикувачи како што е годишнината од настанот или нешто што ве потсетува на траумата.

Ако симптомите на психолошка траума *не се* олеснат - или ако станат уште полоши - и се открие дека не може да се продолжите од настанот подолг временски период, може да се доживее посттрауматско стресно нарушување (ПТСН) . Додека емоционалната траума е нормален одговор на вознемирувачки настан, таа станува ПТСН кога нечиј нервен систем ќе „заглави“ и ќе остане во психолошки шок, не можејќи да се разбере што се случило или да ги процесираат емоциите.

Без разлика дали трауматски настан вклучува смрт или не, еден преживеан мора да се справи со губењето, барем привремено, на своето чувство за безбедност. Природната реакција на оваа загуба е тагата. Како и луѓето кои изгубиле некој близок, треба да поминат низ процес на тагување .

1.12. Секвенца на трауматски реакции

Непосредните реакции на преживеаните како последица на траумата се доста комплицирани и се под влијание на нивните сопствени искуства, пристапноста до природните потпори и исцелители, нивните вештини за справување и живот и оние на потесното семејство, како и реакциите на поголемата заедница во која живеат. Иако реакциите се движат по сериозност, дури и најакутните одговори се природни одговори за управување со траума - тие не се знак на психопатологија. Стиловите на справување варираат од акција ориентирана до рефлективна и од емоционално експресивна до воздржана. Клинички, стилот на одговор е помалку важен од степенот до кој напорите за справување успешно овозможуваат да се продолжат неопходните активности, да се регулираат емоциите, да се одржи самодовербата и да се одржуваат и уживаат меѓучовечките контакти. Навистина, грешка од минатото во психологијата на трауматскиот стрес, особено во однос на групните или масовните трауми, беше претпоставката дека сите преживеани треба да ги изразат емоциите поврзани со траумата и да зборуваат за траумата; Поновите истражувања покажуваат дека преживеаните кои одлучуваат да не ја обработат својата траума се исто толку психолошки здрави како и оние кои го прават тоа. Најновите приоди на психолошки дебрифинг го нагласуваат почитувањето на стилот на справување на поединецот и не вреднувањето на еден тип над друг.

Траумата може да влијае на нечии верувања за иднината преку губење на надежта, ограничени очекувања за животот, страв дека животот ќе заврши нагло или рано, или очекување дека нема да се случат нормални животни настани (на пр. пристап до образование, способност да има значајна и посветена врска, добри можности за работа).

Првичните реакции на траума може да вклучуваат исцрпеност, збунетост, тага, вознемиреност, возбуда, вкочанетост, дисоцијација, конфузија, физичка возбуда и затапено влијание. Повеќето одговори се нормални по тоа што ги погодуваат повеќето преживеани и се општествено прифатливи, психолошки ефективни и

самоограничени. Показателите за посериозни реакции вклучуваат континуирана вознемиреност без периоди на релативна смиреност или одмор, тешки симптоми на дисоцијација и интензивни наметливи сеќавања кои продолжуваат и покрај враќањето на безбедноста. Задоцнетите одговори на траумата може да вклучуваат постојан замор, нарушувања на спиењето, кошмари, страв од повторување, анксиозност фокусирана на ретроспективи, депресија и избегнување на емоции, сензации или активности кои се поврзани со траумата, дури и од далечина

1.13. Заеднички искуства и одговори на траума

Различни реакции често се пријавени и/или забележани по траума. Повеќето преживеани покажуваат моментални реакции, но тие обично се решаваат без тешки долгорочни последици. Тоа е затоа што повеќето преживеани трауми се многу отпорни и развиваат соодветни стратегии за справување, вклучително и користење на социјална поддршка, за да се справат со последиците и ефектите од траумата. Повеќето закрепнуваат со текот на времето, покажуваат минимална вознемиреност и ефикасно функционираат во главните животни области и развојни фази. И покрај тоа, лицата кои покажуваат мало оштетување може сè уште да имаат субклинички симптоми или симптоми кои не одговараат на дијагностички критериуми за акутно стресно нарушување (АСН) или ПТСН. Само мал процент од луѓето со историја на траума покажуваат оштетување и симптоми кои ги исполнуваат критериумите за стресни нарушувања поврзани со траума, вклучително и нарушувања на расположението и анксиозноста.

Следните делови се фокусираат на некои вообичаени реакции низ домени (емоционални, физички, когнитивни, бихејвиорални, социјални и развојни) поврзани со единечни, повеќекратни и трајни трауматски настани. Овие реакции често се нормални одговори на траума, но сепак може да бидат вознемирувачки да се доживее. Таквите

одговори не се знаци на ментална болест, ниту пак укажуваат на ментално растројство. Нарушувањата поврзани со трауматски стрес сочинуваат специфична констелација на симптоми и критериуми.

Емотивно

Емоционалните реакции на траума може многу да варираат и се значително под влијание на социокултурната историја на поединецот. Надвор од првичните емоционални реакции за време на настанот, оние кои најверојатно ќе излезат на површина вклучуваат гнев, страв, тага и срам. Сепак, поединците може да наидат на потешкотии во идентификувањето на некое од овие чувства од различни причини. Можеби им недостига искуство или претходна изложеност на емоционално изразување во нивното семејство или заедница. Тие може да ги поврзат силните чувства со минатите трауми, така што ќе веруваат дека емоционалното изразување е премногу опасно или ќе доведе до чувство на неконтролирано (на пр. чувство на „губење“ или полудување). Други, пак, може да негираат дека имаат некакви чувства поврзани со нивните трауматски искуства и да ги дефинираат нивните реакции како вкочанетост или недостаток на емоции.

Емоционална дисрегулација

Некои преживеани од траума имаат потешкотии да ги регулираат емоциите како што се гнев, вознемиреност, тага и срам - ова е повеќе кога траумата се случила на млада возраст. Кај индивидуи кои се постари и добро функционираат пред траумата, таквата емоционална дисрегулација обично е краткотрајна и претставува непосредна реакција на траумата, наместо тековен модел. Самолекувањето - имено злоупотребата на супстанции - е еден од методите што ги користат трауматизираните луѓе во обид да ја вратат емоционалната контрола, иако на крајот предизвикува уште понатамошна емоционална дисрегулација (на пр. промени во влијанието предизвикани од супстанции за време и по употреба). Други напори за емоционална регулација може да вклучуваат ангажирање во високоризични или самоповредливи однесувања, нарушено јадење, компулсивно однесување како што се коцкање или прекумерна работа и репресија или негирање на емоциите; сепак, не сите однесувања поврзани со саморегулација се сметаат за негативни. Всушност, некои поединци сметаат дека се креативни, здрави,

Трауматскиот стрес има тенденција да предизвика две емоционални крајности: чувство или премногу (преоптоварено) или премалку (вкочането) емоции. Третманот може да му помогне на клиентот да го најде оптималното ниво на емоции и да му помогне соодветно да ги доживее и регулира тешките емоции. Во третманот, целта е да им се помогне на клиентите да научат да ги регулираат своите емоции без употреба на супстанции или друго небезбедно однесување. Ова најверојатно ќе бара учење нови вештини за справување и како да се толерираат вознемирувачките емоции; некои клиенти може да имаат корист од практиките на внимателност, когнитивното реструктуирање и пристапите за десензибилизација специфични за траума, како што се терапијата со експозиција и десензибилизацијата и преработката на движењето на очите.

Отепнување

Отепувањето е биолошки процес во кој емоциите се одвојуваат од мислите, однесувањата и сеќавањата. Во следната илустрација на случајот, вкочанетоста на Садана е потврдена од нејзиниот ограничен опсег на емоции поврзани со меѓучовечките интеракции и нејзината неспособност да поврзе каква било емоција со нејзината историја на злоупотреба. Таа, исто така, поседува верба во скратена иднина. Проспективна лонгитудинална студија што го следеше развојот на ПТСН кај работниците при катастрофи ја истакна важноста од разбирање и ценење на отепувањето како трауматска реакција на стрес. Бидејќи симптомите на вкочанетост го кријат емотивно она што се случува внатре, може да има тенденција членовите на семејството, советниците и другиот здравствен персонал во однесувањето да ги проценат нивоата на симптомите на трауматски стрес и влијанието на траумата како помалку сериозни отколку што всушност се.

Физички

Дијагностичките критериуми за ПТСН даваат значителен акцент на психолошките симптоми, но некои луѓе кои доживеале трауматски стрес првично може да се претстават со физички симптоми. Така, примарната здравствена заштита може да биде првата и единствена врата низ која овие лица бараат помош за симптоми поврзани со траума. Покрај тоа, постои значајна врска помеѓу траумата, вклучително и негативните

искуства од детството (ACEs) и хроничните здравствени состојби. Вообичаени физички нарушувања и симптоми вклучуваат соматски поплаки; нарушувања на спиењето; гастроинтестинални, кардиоваскуларни, невролошки, мускулно-скелетни, респираторни и дерматолошки нарушувања; уролошки проблеми; и нарушувања на употребата на супстанции.

Соматизација

Соматизацијата укажува на фокусирање на телесни симптоми или дисфункции за да се изрази емоционална вознемиреност. Соматските симптоми се со поголема веројатност да се појават кај лица кои имаат трауматски стресни реакции, вклучително и ПТСН. Луѓето од одредени етнички и културни потекла може првично или единствено да покажат емоционална вознемиреност преку физички заболувања или грижи. Многу поединци кои се манифестираат со соматизација веројатно не се свесни за врската помеѓу нивните емоции и физичките симптоми што ги доживуваат. Понекогаш, лицата може да останат отпорни на истражување на емоционална содржина и да останат фокусирани на телесни поплаки како средство за избегнување. Некои клиенти може да инсистираат на тоа дека нивните примарни проблеми се физички дури и кога медицинските проценки и тестови не успеваат да ги потврдат болестите. Во овие ситуации, соматизацијата може да биде знак за ментална болест. Сепак, различни култури пристапуваат кон емоционалниот стрес преку физичката област или ги гледаат емоционалните и физичките симптоми и благосостојбата како едно. Важно е да не се претпоставува дека лицата со физички поплаки користат соматизација како средство за изразување на емоционална болка; тие може да имаат специфични состојби или нарушувања кои бараат медицинска помош.

1.14. Биологија на траума

Биологијата на траума е област на растечко истражување, со ветување за посложени и објаснувачки наоди допрва да доаѓаат. Иако темелната презентација за биолошките аспекти на траумата е надвор од опсегот на оваа публикација, она што во моментов е познато е дека изложеноста на траума води до каскада од биолошки промени и

реакции на стрес. Овие биолошки промени се многу поврзани со ПТСН, други ментални болести и нарушувања на употребата на супстанции. Тие вклучуваат:

- Промени во функционирањето на лимбичкиот систем.
- Активноста на оската на хипоталамус-хипофизата-надбубрежните жлезди се менува со променливите нивоа на кортизол.
- Дисрегулација на возбуда и ендогени опиоидни системи поврзани со невротрансмитери.

Како јасен пример, раните АКЕ како злоупотреба, занемарување и други трауми влијаат на развојот на мозокот и ја зголемуваат ранливоста на лицето да се соочи со меѓучовечко насилство како возрасен и да развие хронични болести и други физички болести, ментални болести, нарушувања поврзани со супстанции и оштетување во други животни области.

1.15. Хипервозбуда и нарушувања на спиењето

Вообичаен симптом кој произлегува од трауматски искуства е хипервозбудувањето (исто така наречено хипербудност). Хипервозбудата е начин на кој телото останува подготвено. Се карактеризира со нарушувања на спиењето, мускулна напнатост и понизок праг за реакции на шок и може да опстојува со години по појавата на траума. Тоа е исто така еден од примарните дијагностички критериуми за ПТСН.

Хипервозбудата е последица на биолошки промени иницирани од траума. Иако служи како средство за самозаштита после траума, може да биде штетно. Хипервозбудата може да ја попречи способноста на поединецот да го одвои потребното време за да го процени и соодветно да одговори на конкретни информации, како што се гласни звуци

или ненадејни движења. Понекогаш, хипервозбудата може да предизвика претерани реакции на ситуации кои се сметаат за опасни кога, всушност, околностите се безбедни.

Заедно со хипервозбудата, нарушувањата на спиењето се многу чести кај поединци кои доживеале траума. Тие можат да се појават во форма на рано будење, немирен сон, тешкотии при заспивање и кошмари. Нарушувањата на сонот се најупорни кај лицата кои имаат стрес поврзан со траума; нарушувањата понекогаш остануваат отпорни на интервенција долго откако другите трауматски стресни симптоми се успешно третирани. Достапни се бројни стратегии освен лековите, вклучувајќи добри практики за хигиена на спиење, когнитивни проби на кошмари, стратегии за релаксација и исхрана.

Трауматските искуства можат да влијаат и да ги променасознанијата. Од самиот почеток, траумата го предизвикува праведниот свет или основните животни претпоставки кои им помагаат на поединците да се движат во секојдневниот живот. На пример, би било тешко да излезете од дома наутро ако верувате дека светот не е безбеден, дека сите луѓе се опасни или дека животот не ветува. Верувањето дека нечии напори и намери можат да се заштитат себеси од лоши работи ја намалуваат веројатноста поединецот да ја согледа личната ранливост. Меѓутоа, трауматските настани — особено ако се неочекувани — можат да ги предизвикаат таквите верувања.

1.16. Поврзаноста помеѓу траумата и зависноста

Нешто што сè уште не е целосно разбрано од општата популација е дека зависноста не е морално прашање или едноставно прашање на избор. Склоноста кон штетна употреба на алкохол или дрога често е исклучена од историја на траума, ментална болест и генетски и социјални влијанија. За некои луѓе, отпорот на искушението е веќе огромен предизвик, а

тоа е дополнително овековечено од навидум неодоливата желба да се вцепат или затапеат емоциите.

Дури и некој со хронично, долгогодишно нарушување на употребата на супстанции ги има алатките во себе да се спротивстави на нивните импулси, но потребна е многу напорна работа и професионално водство. Возрасната траума, негативните искуства од детството , проблемите со менталното здравје и одредени генетски и еколошки особини го отежнуваат отпорот на импулсот за злоупотреба на дрога и алкохол.

Во секој случај трауматските настани не обликуваат. Без разлика дали се работи за искуство од детството или нешто со кое сме се соочиле како возрасен, овие ситуации го менуваат начинот на кој го гледаме светот и како се гледаме себеси. Не е невообичаено да се слушне дека некој што доживеал трауматично искуство сега се бори со зависност. Премногу често, траумата доведува до алкохолизам или злоупотреба на дрога.

Зошто се случува ова? Постои смртоносна врска помеѓу траумата и зависноста.

Зависноста речиси секогаш има основни причини, а историјата на траума е едно од најчестите прашања зад зависноста од дрога и алкохол. Некои групи на луѓе имаат поголема веројатност да искусат одредени видови на трауми од другите, а степенот до кој траумата влијае на некого и води до злоупотреба на супстанции може да варира меѓу овие групи.

Постои поврзаност помеѓу траумата и цела низа здравствени проблеми, вклучително и силна корелација со нарушувања на употребата на супстанции. Злоупотребата на дрога и алкохол може да се чувствува како забава за кратко, но главно е само погубна за болниот и луѓето околу нив.

Зависноста го мами системот за наградување на мозокот да бара краткорочни поправки за да најде каков било можен начин да ги задуши тешките емоции. Луѓето кои доживеале искуства со кои се чувствуваат неспособни да се справат се изложени на поголем ризик да станат жртви на овој механизам.

Друг мит што постои во јавното мислење е идејата дека само најекстремните искуства, како што е сексуалниот напад, водат до траума. Се смета дека ефектите од траумите од злоупотреба во детството имаат најголема улога, бидејќи тие се јавуваат додека мозокот се развива. Меѓутоа, злоупотребата, запоставувањето и другите трауматски искуства не изгледаат исто.

Некои луѓе се генетски предиспонирани да бидат поимпулсивни, чувствителни и невротични од другите. Личност со такви особини може да биде истрауматизирана од искуство што некој без овие особини не би го имал. Затоа, важно е да се разбере дека дури и навидум обичните настани можат да бидат трауматични за некои луѓе.

1.17. Врската помеѓу траума и зависност

Распространетоста на проблемите со злоупотреба на супстанции кај луѓе кои доживеале траума ја прави мала веројатноста да биде случајност. Во прилог на теоријата за развој на мозокот, постои едноставно објаснување за врската помеѓу детската траума и зависноста од возрасните: кога децата не се чувствуваат доволно поддржани од нивните семејства како млади, тие учат да се смируваат.

Ако само-смирувачките однесувања не се водат кон здрави методи, постои голема шанса жртвата на злоупотреба да се самолекува преку употреба на дрога или алкохол како возрасен.

Човечкиот мозок е една од најневеројатно приспособливите работи на планетата. Благодарение на карактеристиката позната како пластичност, нашиот мозок може да реагира и да се прилагоди на сè што ќе доживееме во текот на вашиот живот. Оваа способност игра во секој дел од животот, овозможувајќи ни да научиме нови вештини и да создаваме спомени додека се движите низ светот.

Сè што правиме, и добро и лошо, предизвикува невроните на нашиот мозок да растат, да се менуваат или дури и да се скршат, во зависност од потребните прилагодувања што ќе не одржат да функционираме. Оваа вештина им овозможува на пациентите со трауматски повреди на мозокот повторно да учат вештини како одење или зборување. Мозокот може, буквално, да се преживее за да овозможи да продолжиме да функционираме.

Пластичноста е и причината зошто работите што ги доживуваме во детство обично не следат во адолесценцијата и зрелата возраст. Тие го обликуваат начинот на кој размислуваме, се однесуваме и реагираме на луѓе и ситуации. Постои јасна врска помеѓу детската траума и алкохолизмот и другите зависности.

1.18. Врската помеѓу траума во детството и зависноста како возрасен

Детска траума е настани што му се случуваат на детето или на детството на една личност, а кои биле опасни, опасни по живот и страшни, а кои поединецот не ги заборава лесно. Напредувачката акумулација на истражувањата за зависности нуди повнимателно разбирање на зависноста. Во секој случај, иако знаеме повеќе сега од кое било друго време во поновата меморија, продолжуваме да бараме одговори, особено во врска со развојот на зависност и подложноста. Студиите се придвижија кон потрагата по променливи кои би можеле да бидат одговорни за развој на зависност од широк опсег на точки.

Со цел да се утврди дали болеста се однесува на искуствата од детството на лицето и неговите/нејзините социјални, искуствени или биолошки состојби со детската траума, се очекува да се идентификуваат причинско-последичните врски помеѓу болеста и искуствата од детството на лицето. Бидејќи условите и средбите на еден млад човек го обликуваат нивниот физички и психолошки развој, следува дека истражувачите би

почнале да размислуваат за работата што искуството од детството може да го натера да тргне кон зависност.

Изложеноста на траума во детството, која често вклучува сексуална или физичка злоупотреба и насилство во домаќинството, ги менува физичките структури и хемиските функции на мозокот во развој. Овие промени често доведуваат до когнитивни проблеми и поголем ризик од ментални болести по патот, вклучувајќи шизофренија, тешка депресија и биполарно растројство.

Оваа врска помеѓу злоупотреба во детството и дрога се јавува поради фактот што детската траума и малтретирање може да бидат причина за абнормалности во структурата на мозокот. Овие абнормалности можат да предизвикаат различни проблеми со сознанието и однесувањето. Високите нивоа на кортизол и други хормони на стрес вообичаени за траумата во детството го попречуваат нормалниот развој на мозокот.

Траумата може да создаде различни долгорочни проблеми со менталното здравје. Дури две третини од сите поединци со зависност доживеале некаков вид на траума во текот на нивното детство. Овие лица, исто така, можат да ја моделираат нивната злоупотреба на супстанции и самолекувањето според однесувањето што го забележале кај саканите додека растеле. Овие прашања водат многумина кон самолекување, што обезбедува основа за врската помеѓу траумата и злоупотребата на супстанции.

Примарната причина зошто поединците користат дроги за злоупотреба се должат на нивните непосредни психолошки ефекти. Алкохолот и другите дроги (покрај наградните однесувања) го менуваат начинот на кој поединците се чувствуваат со производство на задоволство (т.е. позитивно засилување) и намалување на дисфоријата (т.е. негативно засилување).

За индивидуи со нерегулирани стресни системи кои произлегуваат од траума, злоупотребата на лекови може да понуди ослободување од хронична хипервозбуда и анксиозност. Алкохолот, бензодиазепините, опиоидите и производите од канабис имаат смирувачки ефекти на интоксикација, од кои некои дури служат за забавување на централниот нервен систем (т.е. депресанти). Дополнително, коцкањето (особено со

електронските машини за коцкање) ги затишува играчите во вид на транс во кој тие забораваат на сè друго освен на машината.

Поединците со историја на траума може да бидат поранливи на зависност како средство за регулирање на нивното расположение, смирување на наметливите мисли и потиснување на возбудата предизвикана од зголемени хормони на стрес. Лековите за злоупотреба или зависничкото однесување може да ја олеснат состојбата на вкочанетост, иако привремено (и додека предизвикуваат невроадаптации што го овековечуваат, наместо да го решаваат првобитното прашање).

Други лица кои доживуваат траума може да имаат различна реакција (повторно, како резултат на видот на траумата, времетраењето на траумата, возраста на настанување и биолошките карактеристики на поединецот). Наместо хипервозбуда, некои поединци се заштитуваат себеси за време на долготрајните трауматски искуства со дисоцијација или примена на стратегии за деперсонализација. Овие лица може да се чувствуваат хронично вкочанети, отпуштени и без емоции.

Кокаинот, амфетамините, синтетичките дроги и никотинот имаат стимулирачки интоксикациски ефекти кои произведуваат енергија и будност. Дополнително, активностите како што се несамоубиствено самоповредување , секс и играње игри може да ги потресат поединците од состојби на вкочанетост и да им овозможат да почувствуваат одредена сензација (иако привремено, а исто така го влошуваат првобитното прашање).

Така, индивидуите со историја на траума може да бидат поранливи на зависност поради својствата на лековите за злоупотреба кои го менуваат расположението и наградувачките однесувања. Навистина, зависничкото однесување може да биде најдобриот обид на поединецот да се справи со биолошките и невробиолошките ефекти на детската траума, кои може да вклучуваат хипервозбуда или обезличување.

Во светлината на оваа сложена врска, концептуализацијата и третманот на зависноста бараат перспектива информирана за траума за да се адресира и искуството на траума и однесувањето кое предизвикува зависност истовремено.

Врската помеѓу детската траума и подложноста на зависност може најдобро да се согледа кога некој ќе сфати што значи искуството за развојот на мозокот. Иако никој не може да го спречи значењето на добивањето на биологија и наследни квалитети во развојот на мозокот, човечкиот мозок има природна способност да реагира и да се приспособува на поттикнувањето на околината, што се нарекува пластичност.

Детскиот мозок започнува и се развива во текот на детството додека создава, зајакнува, а понекогаш и ги отстранува нервните врски, кои формираат организација на неврони во мозокот кои го надополнуваат со неговите различни придобивки и уникатни способности од детската траума. Искуствата со кои се среќаваат влијаат на развојот на мозокот на сличен начин како учењето да зборуваме или одиме, предизвикувајќи формирање, развој на невротрансмитери или врски помеѓу невроните, понатаму или прекинување за време на траумата во детството.

Едноставно кажано, развојот на мозокот и неговиот неизбежен физички дизајн се суштински под влијание на нечии средби, и позитивните и негативните, главно засновани на трауми/појави од детството. И додека искуството често го поттикнува мозокот да создава на корисни начини, искуството исто така може да биде негативно, што може да го блокира или во секој случај да го измени развојот на мозокот.

Се верува дека негативниот увид на детската траума/малтретман стои зад сигурните аномалии во структурата на мозокот кои предизвикуваат когнитивни, бихејвиорални и социјални оштетувања.

По проценка на поединци кои наишле на траума/малтретман во детството, испитувањето покажа дека злоупотребата во детството предизвикува континуирани и неверојатно значајни степени на стрес што го попречуваат типичниот развој на мозокот. Постојаниот притисок од непрестајното малтретирање започна со реакции на физиолошки притисок кои, на долг рок, предизвикаа основни прекини што беа забележани во невролошките мерења и кои веројатно ги прават жртвите од детската траума ранливи на нарушувања на злоупотреба на супстанции.

1.19. Ефектите од употребата на супстанции врз симптомите на трауматски стрес

Некои од проблемите што луѓето ги доживуваат по трауматски инцидент се дел од дијагнозите на акутно стресно растројство (АСН) и посттрауматско стресно растројство (ПТСН). ASD опишува искуства на дисоцијација (на пр., чувства на нереалност или исклучување), наметливи мисли и слики, напори да се избегнат потсетниците на трауматските искуства и анксиозноста што може да се појави во месецот по настанот. Кога овие искуства траат повеќе од еден месец, тие се опишани со дијагноза на ПТСН.

Употребата на алкохол или дрога може да обезбеди привремено одвлекување и олеснување за траумaтизираните луѓе кои можеби страдаат од многу сериозни, па дури и изнемоштени проблеми во повеќе области од нивниот живот (мисли, чувства, телесни искуства, однос кон себе и другите и однесувања) . Сепак, ова олеснување е само привремено, а употребата на супстанции за намалување на симптомите на крајот може да биде штетна. Злоупотребата на супстанции ја намалува способноста на личноста да се концентрира, да биде продуктивна во работата и животот воопшто, да спие мирно и да се справува со трауматични сеќавања и надворешни стресови. Злоупотребата на супстанции може да го зголеми емоционалното вкочанетост, социјалната изолација, лутината и раздразливоста, депресијата и чувството дека треба да се внимава (хипервнимателност).

Прекумерното пиење или користењето дрога од страна на траумaтизирано лице може да биде добронамерен (но на крајот самоуништувачки) обид за „само-лекување“ против сеќавањата или потсетниците на ужасните трауматски искуства. Може да помогне и при проблеми со спиењето, како што се проблеми со заспивањето, трауматските кошмари и постојаното „ранување“. Употребата на супстанции како начин за само-лекување може да помогне при еден проблем, но да го влоши друг проблем. На пример, злоупотребата на супстанции може привремено да ја намали сериозноста и бројот на

застрашувачки кошмари, но исто така може да ја зголеми раздразливоста и хипервнимателноста.

II. ПРИМЕНЕТИ МЕРНИ ИНСТРУМЕНТИ

2. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕ

2. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Во насока на редоследот на активности кои се преземени при изработка на трудот, би можела да кажам дека најпрво се пристапи кон истражување на литература која ќе ми послужи за изработка на магистерскиот труд. При оваа потрага наидов на наслови од непроценлива важност, не само за потребите на овој труд, туку и за мојата понатамошна работа. Откако собрав значителен број на материјали, пристапив кон избор на техники кои ќе ми послужат да го спроведам истражувањето и да ги добијам објективните резултати кои ќе ги потврдат поставените хипотези.

Добиените податоци од истражувањето се таβеларно претставени, и соодветно интерпретирани додека во самата методологија на истражување, покрај основната и посебните хипотези, се прикажани предметот, целите и задачите на истражувањето.

2.1. Предмет на истражувањето

Сè повеќе литература покажува силна поврзаност помеѓу посттрауматско стресно растројство и нарушувања на употреβата на супстанции нагласувајќи ја клиничката и ја но-здравствената важност за разβирање и соодветно реагирање на во ие нарушувања кои исто така се појавуваат. Високи стапки на изложеност на траума се заβележани и кај машките и кај женските популации кои користат супстанции. Несаканите ефекти во детството се во корелација со почетокот на употреβата на алкохол на порана возраст и е откриено дека детската траума е поверојатно да се појави пред злоупотреβа на алкохол и други супстанции во адолесценцијата.

Целта на овој труд е систематски да се сумира знаењето за поврзаноста помеѓу изложеноста на интерперсонална траума и однесувањето кое предизвикува зависност. Постојните прегледи за оваа поја а се фокусираат на ограничен опсег на зависности поврзани со супстанции и/или користат наратив наместо систематски пристап.

2.2. Задачи на истражувањето

Постои консензус во литературата и научните истражу ања дека постои поврзаност кај поединци кои имаат историја на злоупотреба на супстанции и да кај нив постои претходна психолошка траума. Во овој труд, прво ги дефинираме концептите на злоупотреба на супстанции и психолошка траума, ја истражуваме врската помеѓу двете и продолжуваме да разговараме зошто интегрираниот пристап е најсоодветен за справување со оваа појава. На крај, се разгледани и испитани стапките на поврзаност, односно перцепцијата за поврзаност меѓу овие две помеѓи општата популација кај нас. Трудот завршува со предлози за тоа како полето може да се подобри.

2.3. Истражувачки хипотези

Хипотезите на истражувањето произлегуваат од поставениот предмет и цели, па оттаму се поставени една главна хипотеза и неколку помошни.

Главна хипотеза на истражувањето: Постои силна врска помеѓу доживеаната траума и подоцнежната злоупотреба на супстанции.

Посебни хипотези на истражувањето:

Злоупотреба во детството може да биде траума која доведува до злоупотреба на супстанции.

Психолошка траума може да биде траума која доведува до злоупотреба на супстанции.

Пост трауматски стрес симптом може да биде траума која доведува до злоупотреба на супстанции.

Лоши услови за растење може да биде траума која доведува до злоупотреба на супстанции.

Постојат различни моменти кои индивидуата ги доживува како траума која доведува до злоупотреба на супстанции.

2.4. Варијабли во истражувањето

Варијабли на истражу ањето се:

- Услови на домување како траума.
- Финансиска положба на семејството.
- Образовно ниво.
- Вид на траума.
- Вид на за исност.

2.5. Постапка за прибирање на податоците

Прибирањето на податоците се одвива во средина по избор на самите испитаници како би се чувствувале доволно удобно да дадат точни одговори. Испитаниците ќе бидат информирани дека собирањето на тие податоци е во научни цели, дека е комплетно анонимно, дека им е загарантирана потполна дискреција и тоа нема на негативно да се одрази на било кој начин врз нив. Во истражувањето вклучена листа со основни демографски карактеристики кои што треба да ја пополнат, па потоа се продолжува со останатите прашања.

2.6. Статистичка обработка на податоците

Врз основа на предметот на истражување, одредена е методологијата која ќе се користи во текот на истражувањето, а методите ќе се комбинираат во зависност од содржината т.е. елементот што се истражува.

За изработка на трудот ќе се користат примарни и секундарни истражувања.

Секундарните извори се однесуваат на стручна литература, научни трудови од областа на волонтирање како и различни статистички податоци.

Општите научни методи кои ќе се користат при обработка на податоците се:

- Аналитичко – синтетички метод - анализа на определени појави, расчленување до крајните основни делови, нивно групирање според заеднички карактеристики и врз основа на тоа извлекување и презентирање на нови конкретни заклучоци.
- Индуктивно-дедуктивен метод - утврдување на општи заклучоци, преку поединечни конкретни ставови и опсервации, и обратно, доаѓање до нови конкретни заклучоци преку општи ставови.

- Метод на дескрипција - како постапка за опишување или прикажување на предметот на научното истражување со научно толкување и објаснување. При дескрипцијата ќе се користи поголем број на научна и стручна литература и конкретни истражувања од истакнати експерти, стручни здруженија или релевантни институции од земјата и странство.

- Статистички метод - статистички ќе бидат обработени прибраните податоци, истите ќе бидат интерпретирани и потоа анализирани врз основа на што ќе бидат извлечени соодветни заклучоци за истражуваната појава. Статистичкиот метод и неговата примена ќе овозможат подредување и организирање на претходно прибраните податоци според различни критериуми, сето тоа ќе биде поткрепено со статистички табели и графички прикази со цел полесно и појасно да се утврдат релациите на условеност на оваа појава.

За целите на овој труд користен е Инвентар за рана траума (ЕТИ) прашалник кој е развиен врз основа на согледаната потреба за сеопфатна и сигурна проценка на траумата од детството за истражувачки и клинички цели. Во почетниот развој на ЕТІ, учествува интердисциплинарна група со широк опсег на клиничко и истражувачко искуство за деца и возрасни во областа на траумата за да се конструира мерка за детска траума. Идентификувани се четири домени на трауматски настани во детството: општа траума, физичка, емоционална и сексуална злоупотреба. Со цел да се идентификуваат потенцијално релевантните настани во овие домени, се наведени работни описи на секој домен. Физичкото малтретирање е опишано како физички контакт, ограничување или затворање, со намера да се повреди или повреди. Емоционалната злоупотреба е опишана како вербална комуникација со намера да се понижи или понижи жртвата. Сексуалната злоупотреба е опишана како несакани сексуални коментари или контакти извршени исклучиво за задоволство на сторителот или за целите на доминација или понижување на жртвата. Општи трауматски настани опфаќаат низа стресни и трауматски настани кои се главно секундарни на случајни настани или настани извршени од странец, наспроти настани во доменот на злоупотреба кои обично вклучуваат извршување од поединец познат на жртвата со специфична намера да наштети на жртвата.

Краткиот формулар ETI е прашалник од 27 ставки, кој се користи за проценка на физичка, емоционална и сексуална злоупотреба, како и општо трауматско искуство што може да се случило пред 18-тата година од животот и може да се спроведе самостојно за околу 15 мин. . На секоја од ставките се одговара „да“ (кодирано како 1) или „не“ (кодирано како 0). Има дополнителни 2 ставки, кои се на крајот од прашалникот. Еден од нив бара од субјектите да изберат еден настан кој имал најголемо влијание врз неговиот/нејзиниот живот, а други две ставки ги мерат последователните реакции, т.е. страв или обезличување.

2.7. Популација и примерок

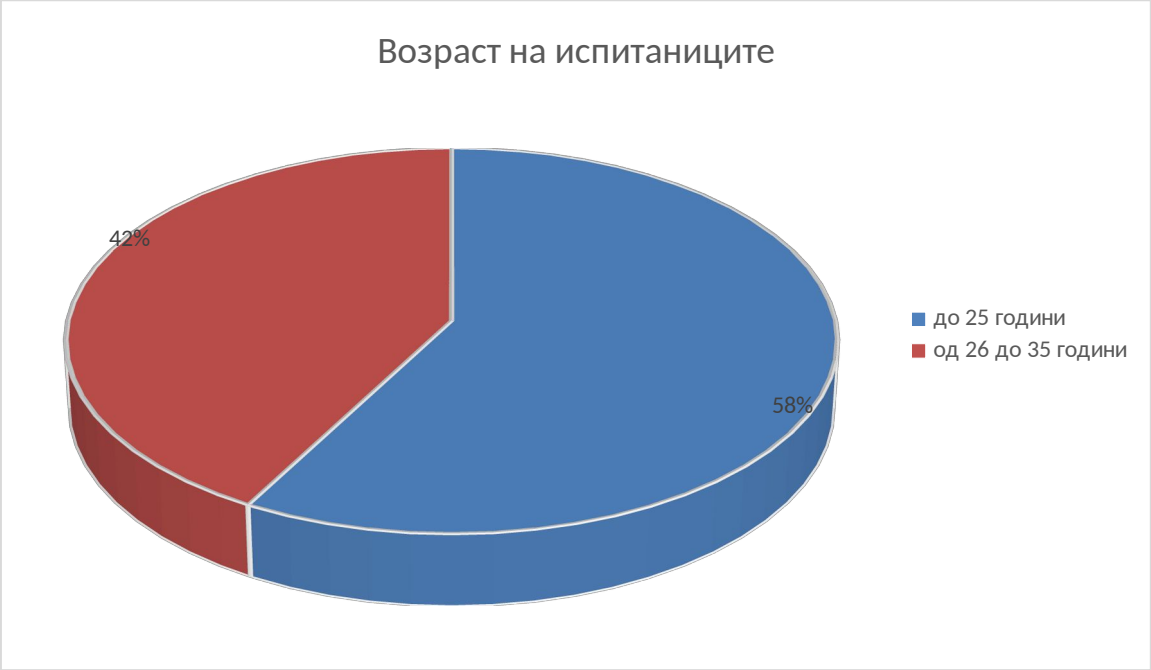
Предметната популација за која се наменети резултатите од овој труд врз која се испитуваат прашањата во овој труд се лица со зависност и лица без зависност како контролна група.

Достапна популација се 100 лица кои користат услуги од психолог за борба против зависности и лица кои немаат зависност.

За потребите на ова истражување се користи пригоден примерок, составен од 100 испитаници.

Анкетираната група се состои од 100 испитаници од кои 58 испитаниц се на возраст до 25 години 42 се деца од 26 до 35 години.

Процентуално и графички односот на испитаниците би изгледал како што е прикажано во следниот графикон.



Графикон 1 Процентуално учество на испитаници според возраст

Податоците ќе се анализираат преку методи на научно сознание и интерпретацијата на добиените податоци и информации од моментот на нивно собирање, па се до постапката на воопштување во научни сознанија, се темели на повеќе методи на научно заклучување.

Истражувањето е во текот на декември - јануари, 2021/22 година.

3. РЕЗУЛТАТИ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО

3. АНАЛИЗА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО

3.1. Квалиитативна анализа на резултатите од истражувањето

Пред да се започне со анализа на добиените резултати направена е анализа на испитаниците според нивни карактеристики односно според пол, образование и работен статус на што добиените податоци се презентирани во табела 1.

		Број на испитаници	Процент
Пол	Женски	53	53%
	Машки	47	47%
Возраст (средна вредност на испитаници)		24.5	25%
Образование	Основно училиште	5	5%
	Средно училиште	58	58%
	Факултет	35	35%
	Пост дипломски и повисоко	2	2%
Работен статус	Невработен	36	36%
	Вработен	52	52%
	Студент	12	12%
Лица со зависност		30	30
Контролна група		70	70

Табела 1 Карактеристики на испитаници

Во однос на добиените податоци од овој прашалник може да се каже дека четирите делови на ЕТІ плус 2 дополнителни прашања на крајот од листата покажаа прифатлива согласност во повеќето изјави.

Првиот дел од ЕТИ, за општа траума, покажа согласност во сите, освен во две изјави (Q5, Q11). Q5 беше оценет како адекватен од само 13/100 (13%) од учесниците и Q11 од 38/100 (38%) учесници (Табела 2).

Резултати	Процент на испитаници кои го одговорија прашањето	Средна вредност	Медијана
П1	100	42.5	50
П2	88	40	44
П3	100	43.7	50
П4	100	43.7	50
П5	13	28.7	7
П6	100	42.5	50
П7	100	42.5	50
П8	75	40	37
П9	75	40	37
П10	88	40	44
П11	38	30	17

Табела 2 Прв дел - Општа траума

Вториот дел од ЕТИ, за физичка злоупотреба, покажа согласност во сите, освен во една изјава (Q4). Q4 беше оценето како адекватено од само 13/100 (13%) од учесниците (Табела 3).

Резултати	Процент на испитаници кои го одговорија прашањето	Средна вредност	Медијана
П1	100	46.2	50
П2	88	42.5	44
П3	75	30	38
П4	13	28.7	7
П5	75	42.5	38

Табела 3 Втор дел - физичка злоупотреба

Третиот дел од ЕТИ, за емоционална злоупотреба, покажа согласност во сите, освен во две изјави (Q2, Q3).

Q2 беше оценето како адекватен од 25/100 (25%) од учесниците, а Q3 од само 13/100 (13%) од учесниците (Табела 4).

Резултати	Процент на испитаници кои го одговорија прашањето	Средна вредност	Медијана
П1	100	42.5	50
П2	25	30	13
П3	13	27.5	7
П4	63	37.5	32
П5	100	46.2	50

Табела 4 Трет дел - емоционална злоупотреба

Четвртиот дел од ЕТИ, за сексуална злоупотреба, покажа согласност во сите, освен во една изјава (П5). Q5 беше оценето како адекватен од 25/100 (25%) од учесниците (Табела 5).

Резултати	Процент на испитаници кои го одговорија прашањето	Средна вредност	Медијана
П1	63	38.7	32
П2	100	42.5	50
П3	100	43.7	50
П4	100	45	50
П5	25	28.5	23
П6	88	42.5	44

Табела 5 Четврт дел - сексуална злоупотреба

Две дополнителни прашања на крајот од ЕТИ покажаа согласност во сите изјави (Табела 6).

Резултати	Процент на испитаници кои го одговорија прашањето	Средна вредност	Медијана
П1	88	41.2	44
П2	88	41.2	44

Табела 6 Дополнителен дел

3.2. Квантитативна анализа на резултатите од истражувањето

Валидноста на ЕТИ беше мерена преку неговата способност да прави разлика помеѓу лица кои имаат минато со злоупотреба на дрога и лица кои немаат минато со злоупотреба на дрога како контролна група. Исто така, беше оценето со споредување на учесниците кои пријавиле дека доживеале сериозен страв, ужас, фрустрација или искуство

надвор од телото кога доживувале каков било трауматски настан опишан во ЕТИ и учесниците без такви чувства.

Резултатите од споредбата во резултатите на сите ЕТИ потскали помеѓу лица кои имаат минато со злоупотреба на дрога и лица кои немаат минато со злоупотреба на дрога како контролна група се сумирани во Табела 7. Контролната група имат статистички значително пониски резултати на сите ЕТІ домени.

Пот скала	Општ а траума (0-11)	Физичка злоупотреба (0 - 5)	Емоционалн а злоупотреба (0 - 5)	Сексуална злоупотреба (0 - 6)
Кон тролна група	2.2	2.2	1.1	0.5
Зави сници	3.7	2.8	2.6	1.1
т вредност	-4.7	-2.9	-5.1	-2.6
п вредност	<0.001	0.005	<0.001	0.012

Табела 7 Просечни резултати на ЕТИ кај контролна ґрупа и кај зависници и резултати од независен т-тест за примероци

Резултатите кои што се добија од споредбата во сите оценки на домените на ЕТІ скалата од страна на оние испитаници кои што во минатото односно пред 18 години имаат доживеано страв или искуство кое било трауматично во споредба со оние испитаници кои немаат доживеано такво искуство и во ова истражување се вклучени како контролна група се табеларно претставени во Табела 8. Од самата табела може да се заклучи дека оние

испитаници кои немаат такви искуства, контролната група, имаат статистички значително пониски резултати на сите ЕТІ скалила.

Потскала	Општа траума (0-11)	Физичка злоупотреба (0 -5)	Емоционална злоупотреба (0 - 5)	Сексуална злоупотреба (0 - 6)
Без доживеана траума (екстремен страв)	1.7	2	0.6	0.2
Со доживеана траума (екстремен страв)	3.7	2.8	2.5	1
т вредност	-7	-3.8	-8.5	-1.2
Р вредност	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

Табела 8 Резултати на ЕТІ кај испитаниците кои имаат доживеано сериозен страв и резултатите контролна група испитаници.

Внатрешната конзистентност на скалите, како што се мери со Кронбах-овата алфа, е над предложениот праг за ЕТИ од 0,7 за скалите на емоционална злоупотреба и сексуална злоупотреба, кои се презентирани во табела 4 и 5, а под ова околу 0,6 за скалите на општата траума и физичка злоупотреба. Вредностите на Кронбах -овата алфа ≥0,6, сепак, се сметаат за прифатливи. Веродостојноста на повторното тестирање е висока за сите домени, со коефициенти на корелација кои се движат од 0,8 до 1 што е прикажано во Табела 9.

Подскала	Општа траума (0-11)	Физичка злоупотреба (0 - 5)	Емоционална злоупотреба (0 - 5)	Сексуална злоупотреба (0 - 6)
Кронбах - ова алфа	0.6	0.6	0.9	0.8
Повторно тестирање	0.8	0.8	0.9	1

Табела 9 Внатрешна конзистентност и повторно тестирање.

Подетален опис на добиените одговори од страна на испитаниците е прикажано во Табела 10. Она кое што испитаниците во најголем процент го дале како причина за нивна траума од физичка злоупотреба е шлаканица по образ за што најголем дел од испитаниците односно 86% од нив одговорија а веднаш после тоа е и туркање за што одговор дадоа 66% од испитаниците.

Корелацијата од ставка до вкупно означува ставки што ја загрозуваат валидноста и внатрешната конзистентност на ставката, додека вредностите на Кронбаховите алфа се наведени ако ставката е испуштена од доменот. Во доменот на физичка злоупотреба, една ставка која е слаба корелирана со вкупниот резултат на доменот, и за која неговото пропуштање би резултирало со повисока Кронбахова алфа, е искуството да се биде „изгорен со цигара“. Спротивно на тоа, изоставувањето на ниту една од ставките на доменот на општата траума би резултирало со повисока внатрешна конзистентност на доменот.

Потскала (опсег)	**Средна вредност**	**Корелација ставка до вкупно**	**Кронбах-ова алфа**
Општа траума			
Природна катастрофа	2%	0.1	0.6
Тешка несреќа	3%	0.3	0.6
Тешка лична повреда	4%	0.3	0.6
Тешка повреда/болест	7%	0.3	0.6

на родителот			
Разделба на родители	9%	0.2	0.6
Тешка болест/повреда на брат или сестра	2%	0.2	0.6
Тешка повреда на пријател	44%	0.3	0.6
Сведок на насилство	39%	0.5	0.6
Семејна ментална болест	20%	0.4	0.6
Алкохоличари родители	23%	0.3	0.6
Видете некој убиен	1%	0.1	0.6
Физичко малтретирање			
Шлаканица во лице	86%	0.3	0.6
Изгорени со цигара	5%	0.1	0.6
Ударен со тупаници или клоци	44%	0.5	0.5
Удрен со фрлен предмет	40%	0.5	0.5
Турнат	66%	0.4	0.5
Емоционална злоупотреба			
Често омаловажувани или исмејувани	50%	0.7	0.8
Често ги игнорираат или прават да се чувствуваат дека не се важни	48%	0.7	0.8
Честопати велат дека не сте добри	33%	0.7	0.8
Поголемиот дел од времето се третира на ладен или невнимателен начин	25%	0.7	0.8

Родителите не ги разбираат вашите потреби	56%	0.6	0.8
Сексуална злоупотреба			
Допирани интимни делови на начин кој е непријатен	21%	0.5	0.9
Некој си ги трие гениталиите од тебе	6%	0.6	0.8
Принудени да допираат нечии интимни делови	7%	0.7	0.8
Некој имал генитален секс со вас против ваша волја	4%	0.7	0.8
Принудени на орален секс	3%	0.7	0.8
Принудени да бакнуваат некого на сексуален начин	6%	0.5	0.8

Табела 10 Фреквенција на траумашки насшани, корелација од сшавка до вкуйна и вредносш на Кронбаховаша алфа ако сшавкаша е исйушшена

За подобар увид во добиените податоци, бројките добиени од истражувањето и претставени во оваа табела се прикажани графички во следните неколку графикони.



Графикон 2 Фреквенција на траумашки настани

Според овој графикон е лесно увидливо дека највисок процент од испитаниците траумата која ја имаат доживеано е од страна на физичко малтретирање, физичка злоупотреба кај прашањето П1 од овој дел односно шлаканица во образ додека после тоа е исто од овој дел односно оваа област физичко малтретирање во случајот туркање додека најнизок процент од учесниците имаат одговорено дека нивната траума е од делот за општа траума П11 да видат некој убиен.



Графикон 3 Корелација од сīавка до вкуīна

Од овој графикон може да се заклучи дека корелацијата од ставката до вкупното е најистакната кога станува зборот за емоционалната злоупотреба четири од вкупно пет прашања од оваа ставка одговорени со максимални вредности а исто така и кај сексуална злоупотреба со три од вкупно шест прашања кои имаат достигнато максимална вредност. Исто така забележителни се и осцилациите кои се јавуваат во однос на општа траума и физичко малтретирање каде има значителни разлики помеѓу прашањата кои се во таа ставка со 0,1 се до 0,5 вредности.



Графикон 4 Вредноста на Кронбаховата алфа ако ставката е испуштена

Од овој графикон се гледа дека Кронбаховата ставка е најниска кај физикчо малтретирање додека кај сексуална злоупотреба на П1 добива максимални вредности. При испитување на општа траума има константни вредности.

.

ДИСКУСИЈА

Резултатите од ETI покажаа статистички значајни разлики помеѓу двете групи кои што се испитуваа во рамките на ова истражување односно контролната група кои се лица без зависност и доживеана рана траума и лица кои се зависници и кои што имаат доживеана рана траума, што само по себе ни епоказател за дискриминантна валидност.

Во рамките на истражувањето се докажа дека оние испитаници кои се од групата на испитаници кои имаат минато со злоупотреба на дроги и супстанци имаат повеќе трауматични настани според нивните одговори во самото детство односно пред да наполнат 18 години во споредба со оние испитаници кои се од контролната група што е карактеристично особено во доменот на општа траума и емоционална злоупотреба.

Ова е потврдено и со споредување на резултатите кои се добиени во делот на испитаници кои доживеале екстремен страв и оние кои немаат такво нешто доживеано.

Исто така повеќе пријавени трауматски настани во сите домени беа статистички значајни поврзани со емоционалните одговори.

Во поглед конкретно на поставените хипотези **во целост е докажана главната хипотеза односно п**остои силна врска помеѓу доживеаната траума и подоцнежната злоупотреба на супстанции со тоа што оние испитаници кои што беа вклучени кои имаат истаканто дека имаат доживеано одредена траума во детството имаат и повисоки бројки при испитување на нивната историја со употреба односно злоупотреба на дроги.

Во согласност со ова се потврдуваат и посебните хипотези односно како една од хипотезите дека злоупотреба во детството може да биде траума која доведува до злоупотреба на супстанции се потврдува со тоа што повисок процент од испитаниците кои имаат доживеано траума во детството јавуваат и злоупотреба на дроги а со ова се докажуваат и помоќните хипотези дека психолошка траума може да биде траума која доведува до злоупотреба на супстанции и пост трауматски стрес симптом може да биде траума која доведува до злоупотреба на супстанции.

Помошната хипотеза за тоа дека лоши услови за растење може да биде траума која доведува до злоупотреба на супстанции може да се каже дека е докажана бидејќи постои поврзаност со тоа дека децата кои растат во лоши услови имаат поголема веројатност за доживување на траума односно добро е познато дека луѓето чие детство се карактеризира со различни видови на недостиг на ресурси се изложени на значително поголем ризик од другите да развијат сериозна злоупотреба на дрога.

Исто така е потврдено дека постојат различни моменти кои индивидуата ги доживува како траума која доведува до злоупотреба на супстанции односно додека кај едни тоа е физичка траума кај други е емоционална, сексуална или општа траума.

Според истражувања добиени од студијата на Брајовиќ и сор. Е докажано дека физичката злоупотреба е посилно поврзана со моделите на употреба на алкохол отколку со емоционалната злоупотреба. Лицата кои доживеале четири или повеќе категории на изложеност во детството на трауматски настани, во споредба со оние кои не доживеале ниту една, имале 4 до 12 пати зголемени здравствени ризици за алкохолизам, злоупотреба на дрога, депресија и обиди за самоубиство, како и 2- до 4-кратно зголемување на пушењето и лошото самооценето здравје. Студијата за негативни детски искуства (ACE) сугерираше дека влијанието на негативните искуства од детството врз здравствениот статус на возрасните е силно и кумулативно. Секундарната превенција на ефектите од негативнитве искуства од детството прво ќе бара зголемено препознавање на нивното појавување, а потоа и ефективно разбирање на уредите за справување со однесувањето кои вообичаено се усвојуваат за да се намали емоционалното влијание на овие искуства.

Второто психометриско својство беше веродостојноста на податоците. Кронбаховата алфа, како мерка за внатрешна конзистентност која се користи при испитувањето и обработката на добиените податоци во овој случај варира меѓу различните домени. Доменот на општата траума и физичка злоупотреба покажаа пониска внатрешна конзистентност од емоционалната и сексуалната злоупотреба.

Веродостојноста на повторното тестирање е висока за сите потскали, со коефициенти на корелација кои се движат од 0,8 до 1.

ЗАКЛУЧОК

Трауматските настани ве обликуваат. Без разлика дали се работи за искуство од детството или нешто со кое сте се соочиле како возрасен, овие ситуации го менуваат начинот на кој го гледате светот и како се гледате себеси. Не е невообичаено да се слушне дека некој кој доживеал трауматично искуство сега се бори со зависност. Премногу често, траумата доведува до алкохолизам или злоупотреба на дрога.

Трауматските искуства во детството претставуваат важен јавно здравствен проблем кој стана глобална епидемија во модерното време. Последиците од раните трауматски искуства може да се наведат како психосоматски и соматоформни нарушувања, кои предизвикуваат непотребна, скапа и инвазивна дијагностика и губење време за започнување на правилен третман. Затоа, итно ни е потребна брза и економична мерна алатка за ран скрининг на трауматски настани во детството за употреба во системот на примарната здравствена заштита. Таквата алатка ќе им овозможи на здравствените работници да го оптимизираат дијагностичкиот процес и навремено да ги упатуваат пациентите на терапевтски и/или психијатриски третман.

Можеме да заклучиме дека тезата ја поддржува идејата дека изложеноста на интерперсонални трауми води до развој на последователни зависни однесувања. Сепак, методолошките избори направени од истражувачите може да го откријат големиот број нулти асоцијации идентификувани во релевантните лонгитудинални истражувања. Дополнително, потребна е поголема прецизност за да се проценат суштинските и временските аспекти на изложеноста на траума. Општо земено, полето треба да еволуира надвор од биваријатното размислување, да се тестираат теоретски веродостојните механизми (посредници) кои лежат во основата на оваа асоцијација, како и подпопулации (модератори) за кои би се очекувало дека асоцијацијата ќе биде посилна или послаба. Спроведувањето понатамошни испитувања со контрола на потенцијалните трети променливи (на пр., неповолна социоекономска и физичка средина, конфликтни интимни односи или нарушена функција на мозокот) кои би можеле да ја објаснат врската помеѓу

изложеноста на траума и однесувањето кое предизвикува зависност без да се постулира вистинска причинско-последична врска меѓу нив, исто така, може да помогне ја разјасни улогата на изложеноста на траума во развојот на однесувањето кое предизвикува зависност. Подобрувањето на базата на докази на овие начини може да придонесе за развој и подобрување на интервенциите кои имаат за цел да им помогнат на ранливите поединци да се справат со трауматските искуства и да го спречат формирањето на зависни и други ментални нарушувања.

Исходот од детската траума е мултифакториелен. Тежината, времетраењето и природата на злоупотребата и ранливоста на детето се сите фактори кои придонесуваат во однос на исходот од злоупотребата. Децата кои се трауматизирани веројатно ќе бидат длабоко погодени. Студиите покажаа и речиси секој истражувач се согласува дека траумите од раното детство лежат во коренот на многу емоционални и психолошки болести.

ЛИТЕРАТУРА

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

2. American Psychological Association. Violence and the Family: Report of the American Psychological Association Presidential Task Force on Violence and the Family. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.

3. Anon. Drug allergies and childhood trauma among chronic pain patients. Psychiatry (Edgmont) 2009;6(Suppl 6):17–8. [PubMed]

4. Arnow BA. Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. J Clin Psychiatry. 2004;65(Suppl 12):10–5. [PubMed]

5. Arnow BA. Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. J Clin Psychiatry. 2004;65:10–15.

6. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4:561–571.

7. Bellis, M. D., & Zisk, A. (2014). The Biological Effects of Childhood Trauma. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 23(2), 185-222.

8. Berntsen D, Rubin DC. Emotionally charged autobiographical memories across the life span: the recall of happy, sad, traumatic, and involuntary memories. Psychol Aging. 2002;17(Suppl 4):636–52. doi: 10.1037/0882-7974.17.4.636.

9. Binder EB, Bradley RG, Liu W, et al. Association of FKBP5 polymorphisms and childhood abuse with risk of posttraumatic stress disorder symptoms in adults. J Am Med Assoc. 2008;299:1291–1305.

10. Bradley RG, Binder EB, Epstein MP, et al. Influence of child abuse on adult depression: moderation by the corticotropin-releasing hormone receptor gene. Arch Gen Psychiatry. 2008;65:190–200.

11. Brady KT, Dansky BS, Sonne SC, Saladin ME. Posttraumatic stress disorder and cocaine dependence. Order of onset. Am J Addict. 1998;7:128–135.

12. Brajović M, Bellis M, Kukec A, Terzić N, Baban A, Sethi D. Impact of adverse childhood experiences on alcohol use in emerging adults in Montenegro and Romania. Zdr Varst. 2019;58:129–38. doi: 10.2478/sjph-2019-0017. et al.

13. Bremner JD, Bolus R, Mayer EA. Psychometric properties of the early trauma inventory-self report. J Nerv Ment Dis. 2007;195(Suppl 3):2118. doi: 10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c.

14. Bremner JD, Vermetten E, Mazure CM. Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: the early trauma inventory. Depress Anxiety. 2000;12(Suppl 1):1–12. doi: 10.1002/1520-6394200012:1<1::AID-DA1>3.0.CO;2-W.

15. Bremner JD, Vermetten E, Mazure CM. Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: the Early Trauma Inventory. Depress Anxiety. 2000;12:1–12.

16. Breslau N, Davis GC, Schultz LR. Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. Arch Gen Psychiatry. 2003;60:289–294.

17. Burk Haris N. (2018). Најдлабокиот бунар: Исцелување на долгорочните ефекти од неволјите во детството. Сина птица.

18. Clark DB, Lesnick L, Hegedus AM. Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36:1744–1751.

19. Costello EJ, Erkanli A, Fairbank JA, Angold A. The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. J Trauma Stress. 2002;15:99–112.

20. Cottler LB, Nishith P, Compton WM., III Gender differences in risk factors for trauma exposure and post-traumatic stress disorder among inner-city drug abusers in and out of treatment. Compr Psychiatry. 2001;42:111–117.

21. Danielson CK, Amstadter AB, Dangelmaier RE, Resnick HS, Saunders BE, Kilpatrick DG. Trauma-related risk factors for substance abuse among male versus female young adults. Addict Behav. 2009;34:395–399.

22. De Bellis, MD, & Zisk, A. (2014). Биолошките ефекти од детската траума. Детски и адолесцентни психијатриски клиники на Северна Америка, 23, 185-222.

23. DeBellis M. Developmental traumatology: a contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. Psychoneuroendocrinology. 2002;27:155–170.

24. Deykin EY, Buka SL. Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents. Am J Psychiatry. 1997;154:752–757.

25. Douglas KR, Chan G, Gelernter J, et al. Adverse childhood events as risk factors for substance dependence: partial mediation by mood and anxiety disorders. Addict Behav. 2010;35:7–13.

26. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB. Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. Addict Behav. 2002;27:713–725.

27. Dube, SR, Anda, RF, Felitti, VJ, Edwards, VJ, & Croft, JB (2002). Несакани искуства од детството и лична злоупотреба на алкохол како возрасен. Зависни однесувања, 27, 713-725.

28. Elklit A, Christiansen DM. Predictive factors for somatization in a trauma sample. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2009;5:1. doi: 10.1186/1745-0179-5-1.

29. Exley D, Norman A, Hyland M. Adverse childhood experience and asthma onset: a systematic review. Eur Respir Rev. 2015;24(Suppl 136):299–305. doi: 10.1183/16000617.00004114.

30. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. Am J Prev Med. 1998;14(Suppl 4):245–58. doi: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8. et al.

31. Fisher J. Addictions and Trauma Recovery. Paper presented at the International Society for the Study of Dissociation, November 13, 2000. San Antonio, Texas

32. Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. J Trauma Stress. 1993;6:459–473.

33. Foa EB, Tolin DF. Comparison of the PTSD symptom scale-interview version and the clinician-administered PTSD scale. J Trauma Stress. 2000;13:181–191.

34. Funk RR, McDermeit M, Godley SH, Adams L. Maltreatment issues by level of adolescent substance abuse treatment: the extent of the problem at intake and relationship to early outcomes. Child Maltreat. 2003;8:36–45.

35. Garnefski N, Diekstra RF. Child sexual abuse and emotional and behavioral problems in adolescence: gender differences. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36:323–329.

36. Giaconia RM, Reinherz HZ, Hauf AC, Paradis AD, Wasserman MS, Langhammer DM. Comorbidity of substance use and post-traumatic stress disorders in a community sample of adolescents. Am J Orthopsychiatry. 2000;70:253–262.

37. Gillespie CF, Bradley B, Mercer K, et al. Trauma exposure and stress-related disorders in inner city primary care patients. Gen Hosp Psychiatry. 2009;31:505–514.

38. Gillespie CF, Nemeroff CB. Early life stress and depression. Curr Psychiatry. 2005;4:15–30.

39. Goodwin RD, Hoven CW, Murison R, Hotopf M. Association between childhood physical abuse and gastrointestinal disorders and migraine in adulthood. Am J Public Health. 2003;93(Suppl 7):1065–7. doi: 10.2105/ajph.93.7.1065.

40. Grabski H. Reliable und ökonomische erfassung lebensgeschichtlich früher traumatisierung: die deutsche version des adverse childhood experiences questionnaire (ACE) Hamburg: Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg; 2013.

41. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis: a global perspective. 7th ed. Pearson Education. 2010.

42. Hörberg N, Kouros I, Ekselius L, Cunningham J, Willebrand M, Ramklint M. Early trauma inventory self-report short form (ETISR-SF): validation of the Swedish translation in clinical and non-clinical samples. Nord J Psychiatry. 2019;73(Suppl 2):81–9. doi: 10.1080/08039488.2018.1498127.

43. https://www.mentalhelp.net/addiction/

44. https://www.ncadd.org/about-addiction/signs-and-symptoms/signs-and-symptoms

45. https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm

46. Hyman SM, Garcia M, Kemp K, Mayue CM, Sinha R. A gender specific psychometric analysis of the early trauma inventory short form in cocaine dependent adults. Addict Behav. 2005;30(Suppl 4):847–52. doi: 10.1016/j.addbeh.2004.08.009.

47. Ivetić V, Pašić K, Selič P. The effect of an educational intervention in family phisicians on self-rated quality of life in patients with medically unexplained symptoms. Zdr Varst. 2017;56:91–8. doi: 10.1515/sjph-2017-0012.

48. Jeon JR, Lee EH, Lee SW, Jeong EG, Kim JH, Lee D. The early trauma inventory selfreport-short form: psychometric properties of the Korean version. Psychiatry Investig. 2012;9(Suppl 3):229–35. doi: 10.4306/pi.2012.9.3.229.

49. Kascakova N, Furstova J, Hasto J, Madarasova Geckova A, Tavel P. The unholy trinity: childhood trauma, adulthood anxiety, and longterm pain. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(Suppl 2):414. doi: 10.3390/ijerph17020414.

50. Kaysen D, Rosen G, Bowman M, Resick PA. Duration of exposure and the dose-response model of PTSD. J Interpers Violence. 2009

51. Kellogg SH, McHugh PF, Bell K, et al. The Kreek-McHugh-Schluger-Kellogg scale: a new, rapid method for quantifying substance abuse and its possible applications. Drug Alcohol Depend. 2003;69:137–150.

52. Kilpatrick DG, Saunders BE, Smith DW. 2003. Youth Victimization: Prevalence and Implications Electronic . U.S. Department of Justice, Office of Justice Program, National Institute of Justice;. Available at: http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/194972.pdf.

53. Kingston S, Raghavan C. The relationship of sexual abuse, early initiation of substance use, and adolescent trauma to PTSD. J Trauma Stress. 2009;22:65–68.

54. Kishore V, Theall KP, Robinson W, et al. Resource loss, coping, alcohol use, and posttraumatic stress symptoms among survivors of Hurricane Katrina: a cross-sectional study. Am J Disaster Med. 2008;3:345–357.

55. Kuo JR, Goldin PR, Werner K, Heimberg RG, Gross JJ. Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. J Anxiety Disord. 2011;25(Suppl 4):467–73. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.11.011.

56. Lipschitz DS, Rasmusson AM, Anyan W, et al. Posttraumatic stress disorder and substance use in inner-city adolescent girls. J Nerv Ment Dis. 2003;191:714–721.

57. Mills KL, Teesson M, Ross J, Peters L. Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. Am J Psychiatry. 2006;163:652–658.

58. Mock SE, Arai SM. Childhood trauma and chronic illness in adulthood: mental health and socioeconomic status as explanatory factors and buffers. Front Psychol. 2011;1:246. doi: 10.3389/fpsyg.2010.00246.

59. Najavits LM, Gastfriend DR, Barber JP, et al. Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. Am J Psychiatry. 1998;155:214–219.

60. Neuner F, Schauer M, Karunakara U, Klaschik C, Robert C, Elbert T. Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. BMC Psychiatry. 2004;4:34.

61. Nunnally JC, Bernstein IR. Psychometric theory. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.

62. Nunnally JC. Psychometric theory. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1978.

63. Obremenjujoče izkušnje v otroštvu in posledice v odraslosti: kratka strokovna publikacija. 2020. https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/oio_v_otrostvu_in_posledice_v_odraslosti_-_kratka_strokovna_publikacija_2020_hq.pdf Accessed September 12th.

64. Odenwald M. Psychometrische eigenschaften der deutschen kurzform des early trauma inventory - self report (ETI-SF) Konstanz: Universität Konstanz; 2018.

65. Osorio FL, Salum GA, Donadon MF, Forni-Dos-Santos L, Loureiro SR, Crippa JA. Psychometrics properties of early trauma inventory self report - short form (ETISR-SR) for the Brazilian context. PLoS One. 2013;8(Suppl 10):e76337. doi: 10.1371/journal.pone.0076337.

66. Perkonigg A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. Acta Psychiatr Scand. 2000;101:46–59.

67. Plaza A, Torres A, Martin-Santos R, Gelabert E, Imay ML, Navarro P. Validation and test-retest reliability of early trauma inventory in Spanish postpartum women. J Nerv Ment Dis. 2011;199(Suppl 4):280–5. doi: 10.1097/NMD.0b013e31821245b9. et al.

68. Powers A, Ressler KJ, Bradley RG. The protective role of friendship on the effects of childhood abuse and depression. Depress Anxiety. 2009;26:46–53.

69. Rademaker AR, Vermetten E, Geuze E, Muilwijk A, Kleber RJ. Self-reported early trauma as a predictor of adult personality: a study in a military sample. J Clin Psychol. 2008;64(Suppl 7):863–75. doi: 10.1002/jclp.20495.64:863-875.

70. Reed PL, Anthony JC, Breslau N. Incidence of drug problems in young adults exposed to trauma and posttraumatic stress disorder: do early life experiences and predispositions matter? Arch Gen Psychiatry. 2007;64:1435–1442.

71. Reynolds M, Mezey G, Chapman M, Wheeler M, Drummond C, Baldacchino A. Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. Drug Alcohol Depend. 2005;77:251–258.

72. Roelofs K, Spinhoven P. Trauma and medically unexplained symptoms towards an integration of cognitive and neuro-biological accounts. Clin Psychol Rev. 2007;27:798–820. doi: 10.1016/j.cpr.2007.07.004.

73. Susanne Alm, Drug abuse and life-chances—Do childhood conditions matter? Results from a Swedish life course study, Advances in Life Course Research, Volume 32, 2017, Pages 1-11, ISSN 1040-2608, https://doi.org/10.1016/j.alcr.2016.11.002.Scherrer JF, Xian H, Lyons MJ, et al. Posttraumatic stress disorder; combat exposure; and nicotine dependence, alcohol dependence, and major depression in male twins. Compr Psychiatry. 2008;49:297–304.

74. Schneider R, Baumrind N, Kimerling R. Exposure to child abuse and risk for mental health problems in women. Violence Vict. 2007;22:620–631.

75. Schwartz AC, Bradley RL, Sexton M, Sherry A, Ressler KJ. Posttraumatic stress disorder among African Americans in an inner city mental health clinic. Psychiatr Serv. 2005;56:212–215.

76. Sullivan TP, Holt LJ. PTSD symptom clusters are differentially related to substance use among community women exposed to intimate partner violence. J Traumatic Stress. 2008;21:173–180.

77. Tang Y, Khoury L, Bradley B, Gillespie CF, Ressler KJ, Cubells JF. Substance use disorders assessed using the Kreek-McHugh-Schluger-Kellogg (KMSK) scale in an urban low-income and predominantly African-American sample of primary care patients. Am J Addict. 2010 in press.

78. Weber K, Rockstroh B, Borgelt J, et al. Stress load during childhood affects psychopathology in psychiatric patients. BMC Psychiatry. 2008;8:63.

79. White HR, Widom CS. Three potential mediators of the effects of child abuse and neglect on adulthood substance use among women. J Stud Alcohol Drugs. 2008;69:337–347.

80. Wu NS, Schairer LC, Dellor E, Grella C. Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. Addict Behav. 2010;35:68–71.

ПРИЛОЗИ

Прашалник за самооценување на траума во детството - кратка форма (ЕТИ).

Прв дел. Општа траума. Пред 18 години..

1. Дали некогаш сте биле изложени на природна катастрофа опасна по живот?	ДА ДА	НЕ НЕ
2. Дали некогаш сте биле вклучени во тешка сообраќајна несреќа?	ДА ДА	НЕ НЕ
3. Дали некогаш сте имале сериозна повреда или болест?	ДА	НЕ
4. Дали некогаш сте доживеале смрт или сериозна болест на родител или старател?	ДА ДА	НЕ НЕ
5. Дали твоите родители раскинаа или се разделија?	ДА	НЕ
6. Дали некогаш сте доживеале смрт или сериозна повреда на брат или сестра?	ДА	НЕ
7. Дали некогаш сте доживеале смрт или сериозна повреда на пријател?	ДА	НЕ
8. Дали некогаш сте биле сведоци на насилство врз другите, вклучително и членовите на семејството?	ДА	НЕ
9. Дали некој во вашето семејство имал ментално растројство или доживеал „нервен слом“?		
10. Дали вашите родители или старатели имале проблеми со алкохол или дрога?		
11. Дали некогаш сте виделе некој убиен?		

Втор дел. Физичко казнување. Пред 18 години.

1. Дали некогаш сте добиле шлаканици?	ДА	НЕ
2. Дали некогаш сте се изгореле со топла вода, цигара или нешто друго?	ДА	НЕ
3. Дали некогаш сте биле тепани или клоцани?	ДА	НЕ
4. Дали некогаш ве удрил некој или предмет бил фрлен кон вас?	ДА	НЕ
5. Дали некогаш сте биле турнати или оттурнати?		

Трет дел. Емоционална злоупотреба. Пред 18 години.

1. Дали често сте биле понижувани или исмејувани?	ДА	НЕ
2. Дали често бевте игнорирани или се чувствувавте непочитувани?	ДА	НЕ
3. Дали често ви кажуваат дека сте за ништо?	ДА	НЕ
4. Дали често сте биле третирани на ладен, безгрижен начин или сте се чувствувале несакани?		
5. Дали вашите родители или старатели честопати не успеале да ве разберат вас или вашите потреби?		

Четврти дел. Сексуални настани. Пред 18 години.

1. Дали некој некогаш ги допрел вашите интимни или други делови од телото (на пр. гради, бутови, гениталии) на начин што ве изненадил или ви создавал непријатност?	ДА	НЕ
2. Дали некој некогаш ги триел гениталиите	ДА	НЕ

покрај вас?		
3. Дали некогаш сте биле принудени да допирате интимни или интимни делови од телото на друга личност?	ДА ДА ДА	НЕ НЕ НЕ
4. Дали некој имал секс со тебе против твоја волја?		
5. Дали некогаш сте биле принудени да имате орален секс против ваша волја?		
6. Дали некогаш сте биле принудени да бакнете некого на сексуален а не на пријателски начин?		

Ако одговоривте со „ДА“ на некое од горенаведените прашања, одговорете на следните прашања за настанот што е најмногу влијаеше на вашиот живот. Кога одговарате, размислете како се чувствувавте во моментот на настанот.

1. Дали почувствувавте сериозен страв, ужас или беспомошност?	ДА ДА	НЕ НЕ
2. Дали се чувствувавте како да сте надвор од телото или како да сте во сон?		