

Εισαγωγικό σημείωμα Επιμελήτριας Έκδοσης

Στο πρώτο μέρος του βιβλίου, αρχικά εστιάζουμε στον προβληματισμό που επικρατεί για το Κριτήριο A κατά DSM, δηλαδή για το λειτουργικό προσδιορισμό του «Τραυματικού Γεγονότος». Ακολουθούν δύο ενότητες που αφορούν στα Διαφορο-διαγνωστικά Κριτήρια για τις σχετιζόμενες με Τραύμα & Στρεσογόνους Παράγοντες διαταραχές και στην Ψυχομετρική Αξιολόγηση του Μετα-τραυματικού Στρες. Στη συνέχεια, δίδεται το βήμα στη Νευρο-Βιολογική θεώρηση για το Τραύμα και, τέλος, παρατίθεται η ενότητα για τις σύγχρονες τάσεις στη Φαρμακευτική Αντιμετώπιση της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες.

Η ανάπτυξη των μεθόδων νευρο-απεικόνισης του ενήλικου εγκεφάλου (Παναγής 2010) όπως και οι πρόσφατες εξελίξεις στην εμβρυϊκή, νεογνική και βρεφική μελέτη της Συμπεριφορικής Γενετικής, έχουν αναδείξει εξαιρετικές μελέτες σχετικά με την επίδραση του στρες και του ψυχικού τραύματος στο Κ.Ν.Σ. (πβ. Γιαννοπούλου 2012). Ταυτόχρονα, έχουν δώσει το έναυσμα για καινοτόμες μελέτες που ερευνούν την επίδραση της Ψυχοθεραπείας επί των εγκεφαλικών λειτουργιών. Πλέον, όλο και περισσότερο μιλούμε για τον πολλά υποσχόμενο κλάδο της «Νευρο-Ψυχοθεραπείας» που εισήγαγε ο Klaus Grawe (2004) (βλ. Walter, Berger, Schnell 2009). Τα μέχρι τώρα ερευνητικά δεδομένα (από έρευνες MEG, f-MRI, ASL-MRI, TDI-FA, PET-SCAN, SPECT) καταδεικνύουν τη δράση των ψυχοθεραπευτικών τεχνικών στη νευροπλαστικότητα του εγκεφάλου, στη δομή του Αμυγδαλοειδούς Πυρήνα, στη δομή του Ιπποκάμπου και στη μεσοφλοιϊκή ντοπαμινεργική δραστηριότητα που διέπει την επικοινωνία του με τον Προμετωπιαίο Φλοιό (πβ. Zweerings et al 2020). Οι τομογραφίες SPECT καταλήγουν στην εμπλοκή των παραπάνω δομών στην ανάμνηση και την επαναβίωση ψυχο-τραυματικών εμπειριών (Peres et al 2007). Φαίνεται, πλέον, ότι λαμβάνουν νέα διάσταση οι νευρωνικές οδοί (pathways) επεξεργασίας του τραύματος στον εγκέφαλο και οι βρόγχοι (loops) καθήλωσης στις τραυματικές εμπειρίες (Stahl 2021). Η θεώρηση αυτή, μας κάνει να ελπίζουμε στη συστηματική ανάπτυξη νέων θεραπευτικών παρεμβάσεων με βάση τα νευρο-φυσιολογικά δεδομένα (πβ. Σεληνωτάκη & Νέστορος 2017).

Η συνδρομή της απεικονιστικής γενετικής, των Genome Wide Association Study (GWAS) μελετών, της μοριακής βιολογίας και νέων νευρο-απεικονιστικών και νευρο-χημικών εξετάσεων, θα εμπλουτίσει την ολιστική κατανόηση της διαταραχής, προσφέροντας διαγνωστική αρτιότητα (πέραν της φαινομενολογίας) και θα οδηγήσει στην κατάστρωση εμπλουτισμένων θεραπευτικών πρωτοκόλλων ολιστικής θεώρησης για την αντιμετώπισή της.

Ταυτόχρονα, τα τελευταία χρόνια αυξάνονται οι μελέτες στον τομέα της Ψυχοφαρμακολογίας που συνδυάζουν τη φαρμακευτική παρέμβαση με μοντέλα τραυματο-θεραπείας (πβ. Stahl 2021). Ο συνδυασμός νέων τραυματοθεραπευτικών παρεμβάσεων και Φαρμακοθεραπείας, πιθανόν να οδηγήσει μελλοντικά σε σημαντικά αποτελέσματα για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του Μετα-τραυματικού Στρες, μιας κλινικής οντότητας που παρουσιάζει συνθετότητα και πολυμορφία και συνακόλουθα αποτελεί γόνιμο έδαφος για τη Συνθετική Θεώρηση.

Αναμένουμε τη θαυμαστή εποχή, που οι έξωθεν ψυχοθεραπευτικές τεχνικές θα συστηματοποιηθούν με κοινό παρονομαστή τη δράση τους επί των εγκεφαλικών λειτουργιών, θα απευθύνονται στα ποικίλα και υψηλής διασυνδεσιμότητας νευρωνικά δίκτυα (αναλόγως των ιδιομορφιών κάθε περίπτωσης) και θα παγιώσουν «το Νέο Παράδειγμα Σκέψης» για μια Συνθετική Θεώρηση στην Κλινική Πράξη της Τραυματοθεραπείας (τολμώ να χρησιμοποιήσω τον όρο που εισήγαγε το 1962 ο Thomas S. Kuhn, στο περίφημο –για την ιστορικότητά του– έργο «Η δομή των Επιστημονικών Επαναστάσεων»).

Ενδεικτική βιβλιογραφία

- Γιαννοπούλου Ι (2012). Νευροβιολογικές εγγραφές του ψυχικού τραύματος κατά τη διάρκεια της πρώιμης παιδικής ηλικίας. *Ψυχιατρική Παρ. Ι*: 23:27–38
- Linden DEJ (2006). How psychotherapy changes the brain- the contribution of functional neuroimaging. *Molecular Psychiatry* 11:528–538
- Παναγής ΓΘ (2010). *Νευροεπιστήμη της Συμπεριφοράς: Βασικές αρχές, μέθοδοι, τεχνικές και εργαστηριακές ασκήσεις*. Αθήνα, Πασχαλίδης
- Peres JFP, Newberg AB, Mercante JP, Simao M, Albuquerque VE, Peres MJP, Nasello AG (2007). Cerebral blood flow changes during retrieval of traumatic memories before and after psychotherapy: A SPECT study. *Psychological Medicine* 37:1481–1491
- Σεληνιωτάκη Θ, Νέστορος ΙΝ (2017). Το νευροεπιστημονικό υπόβαθρο της ψυχοθεραπείας: Μηχανισμοί και εγκεφαλικές δομές που επηρεάζονται από την ψυχοθεραπευτική διαδικασία. *Ψυχολογία* 22:1–14
- Stahl SM (2021). Anxiety, Trauma, and Treatment. In: Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. UK, Cambridge University Press 359–378
- Walter H, Berger M, Schnell K (2009). Neuro-psychotherapy: conceptual, empirical and neuroethical issues. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 259:173–82. doi: 10.1007/s00406-009-0058-5. PMID: 19876676
- Zweerings J, Sarkheil P, Keller M, Dyck M, Klasen M, Becker B, Gaebler AJ, Ibrahim CN, Turetsky BI, Zvyagintsev M, Flatten G, Mathiak K (2020). Rt-fMRI neurofeedback-guided cognitive reappraisal training modulates amygdala responsivity in posttraumatic stress disorder. *Neuroimage Clin* 28:102483. doi: 10.1016/j.nicl.2020.102483. Epub 2020 Oct 28. PMID: 33395974; PMCID: PMC7689411

Κεφάλαιο 1

Το Κριτήριο A για τη διάγνωση των Μετα-Τραυματικών Διαταραχών Στρες (Acute SD & PTSD) κατά DSM και ο πλειουργικός τους προσδιορισμός *Ιστορική Αναδρομή και Ακαδημαϊκό Debate*

Θεώνη-Φανή Στ. Τριανταφύλλου

Μέθοδος

Για τη συγγραφή του κειμένου, μελετήθηκαν άρθρα τα οποία αντλήθηκαν από τη βιβλιογραφική τράπεζα του PubMed και οι λέξεις ή φράσεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: "posttraumatic stress disorder", "acute traumatic stress disorder", "Criterion A for post-traumatic stress", "DSM", "Debate for Criterion A & PTSD", "Stressor Criterion". Επίσης συμπεριλήφθηκαν οι φράσεις κλειδιά: "Covid-19 and traumatic stress", "Racism and traumatic stress", "Occupation and post-traumatic stress", "social media and traumatic stress" με το σκεπτικό ότι, τα τελευταία χρόνια, πλείστες έρευνες που συσχετίζουν το Τραυματικό Στρες με την Πανδημία, το Ρατσισμό και τη διεισδυτικότητα των ΜΜΕ και των Social Media στη ζωή μας, έχουν επηρεάσει τον προσδιορισμό του Κριτηρίου A, και έχουν προσφέρει πλούσια επιχειρήματα στο ακαδημαϊκό Debate επί του Κριτηρίου (πβ. Sibrava et al 2019, Skogstad et al 2013, Zhou et al 2022).

Οι βιβλιογραφικές πηγές που προέκυψαν, αποτελούν κυρίως δευτερογενείς μελέτες, οι οποίες δημοσιεύθηκαν σχετικά πρόσφατα. Αξιολογήθηκαν ως προς τους άξονες της εργασίας (Ιστορική αναδρομή και Debate) και τελικά επιλέχθηκαν:

1. Τα επιστημονικά άρθρα που εξετάζουν τη θεώρηση και την αναθεώρηση ή τον εμπλουτισμό του Κριτηρίου A μέσα στο πέρασμα του χρόνου.
2. Τα επιστημονικά άρθρα με συσχέτιση ερευνητικών δεδομένων στην επιχειρηματολογία τους, που συνθέτουν την κάθε πλευρά τοποθέτησης επί του Κριτηρίου A.
3. Τα επιστημονικά άρθρα που αποτελούν ουσιαστικά μια «αλληλογραφία» μεταξύ των «οπαδών» της κάθε τοποθέτησης και σκιαγραφούν τη διαφωνία της επιστημονικής κοινότητας επί του Κριτηρίου A. Αξίζει να σημειωθεί, ότι αρκετά από τα άρθρα αυτής της κατηγορίας (με άκρως ενδιαφέροντα τρόπο) αποτελούν κυριολεκτικώς «διάλογο»

μεταξύ των ερευνητών, καθώς ο τρόπος που είναι γραμμένα προσομοιάζει σε ανταλλαγή «επιστολών» (βλ. ενδεικτικά Friedman 2013, Kilpatrick 2013, Shevlin et al 2020).

Το Κριτήριο A

Το Κριτήριο A (“Stressor Criterion”) της Διαταραχής Οξέως Τραυματικού Στρες (Acute Stress Disorder) και της Διαταραχής Μετα-τραυματικού Στρες (Post-traumatic Stress Disorder), αποτελεί τόσο τη θεμέλιο λίθο για τη διάγνωση, όσο και το πεδίο debate, ήδη από την πρώτη ένταξη του PTSD στην τρίτη έκδοση του DSM (DSM-III 1980).

Η ανασκόπηση της «ιστορίας» του κριτηρίου A (μέσα από τις αλλαγές που υπέστη στις εκδόσεις του DSM) και οι βασικές τοποθετήσεις των ακαδημαϊκών μελετητών και ερευνητών στο debate επί του θέματος, προσφέρει μια «στερεοσκοπική εικόνα» για το φαινόμενο και την έννοια του Ψυχικού Τραυματισμού.

Υπό το πρίσμα αυτό και ελπίζοντας να φωτίσουμε το λειτουργικό προσδιορισμό (και όχι απλώς τον ορισμό) για τον Ψυχικό Τραυματισμό:

1. Ακολουθεί μια οργανωμένη παρουσίαση των ορισμών του Κριτηρίου A στο πέρασμα των εκδόσεων και των αναθεωρήσεων του DSM.
2. Παρατίθενται κάποια από τα πυρηνικά επιχειρήματα των υποστηρικτών των πλευρών του debate και οι προτάσεις τους για το Κριτήριο A.
3. Καταγράφονται κάποιες παρατηρήσεις/προβληματισμοί σχετικά με τον προσδιορισμό του «τι θεωρείται τραυματικό συμβάν».

Ιστορική αναδρομή

Στην έκδοση του DSM-III (1980), το Κριτήριο A ορίζεται ως η ύπαρξη κάποιου εντοπισμένου στρεσογόνου παράγοντα που προκαλεί σημαντικά οδυνηρά ψυχικά συμπτώματα (“distress”) σχεδόν σε κάθε άτομο. Για τη διάγνωση, θεωρήθηκε ως πυρήνας η ανάμνηση του τραυματικού γεγονότος, γύρω από την οποία οργανώνονται (και μέσα από την οποία γίνονται κατανοητά) τα συμπτώματα του PTSD (πβ. McNally 2009). Από τη στιγμή εκείνη, ξεκινά η συζήτηση για το ποια γεγονότα μπορούν να κριθούν ως τραυματικά. Αυτός είναι και ο λόγος των αναθεωρήσεων του Κριτηρίου στο πέρασμα των εκδόσεων του DSM χωρίς, ακόμη, μέχρι σήμερα να έχουμε καταλήξει σε ορισμό ευρείας και αδιαμφισβήτητης αποδοχής.

Στην αναθεωρημένη έκδοση του DSM-III-R (1987), το κριτήριο εμπλουτίζεται. Αναφέρεται ότι το άτομο έχει βιώσει ένα γεγονός εκτός του εύρους των συνηθισμένων ανθρώπινων εμπειριών, ένα γεγονός που θα προκαλούσε σημαντικά συμπτώματα “distress” σχεδόν σε κάθε άτομο. Δίδονται και παραδείγματα όπως: σοβαρή απειλή της ζωής και της σωματικής ακεραιότητας, σοβαρή απειλή ή πρόκληση βλάβης σε σημαντικά πρόσωπα εγγύτητας, αιφνίδια καταστροφή στο χώρο της οικίας ή της κοινότητας, μαρτυρία τραυματισμού ή θανάτου τρίτου προσώπου από ατύχημα ή φυσική βία (τόσο την ώρα του συμβάντος όσο και λίγο μετά το συμβάν). Συμπεριλαμβάνεται σε αυτή την αναθεώρηση και μία ακόμη εξαιρετικά σημαντική παράμετρος λοιπόν: η έμμεση έκθεση στο τραυματικό γεγονός του θανάτου, του σοβαρού τραυματισμού, της άσκησης φυσικής και σεξουαλι-

κής βίας (Alden 2008, Friedman 2013). Συγκεκριμένα, αναφέρεται η έκφραση «learning» δηλαδή η ενημέρωση για την τραυματική εμπειρία σε στενής εγγύτητας πρόσωπο, με τη σημείωση ότι η ενημέρωση αυτή (το συμβάν της έμμεσης έκθεσης) προκαλεί «έντονο φόβο, τρόμο και αβοηθησία» (DSM-III-R, σελ. 247, 1987). Από πολλούς ακαδημαϊκούς της εποχής, θεωρήθηκε ότι η έκθεση σε τέτοιου είδους τραυματικά συμβάντα παρουσιάζεται σπάνια, ενώ τα δεδομένα της κλινικής πράξης αποδείκνυαν (και όσο περνούν τα χρόνια συνεχίζουν ολοένα και περισσότερο να αποδεικνύουν) ότι είναι συχνή (πβ. Breslau & Kessler 2001). Τα επόμενα χρόνια, πολλά δεδομένα επιδημιολογικών ερευνών αποδείκνυαν την υψηλή συχνότητα τραυματικών συμβάντων και συνακόλουθα ψυχικών τραυματισμών. Έτσι και τέθηκε η λίθος και για μία ακόμη παράμετρο του Τραυματικού γεγονότος. Την παράμετρο της επαναληπτικότητας, ακόμη και αν τα τραυματικά συμβάντα δεν ήταν ακραία καταστροφικά (πβ. Weathers & Kane 2007).

Η έκδοση του DSM-IV (1994) ακολούθησε την πεπατημένη των προηγούμενων εκδόσεων, έθεσε όμως μια ακόμη σημαντική παράμετρο: Την παράμετρο των Ατομικών Διαφορών, τόσο σε σχέση με το πως βιώνεται ad hoc το τραυματικό συμβάν, όσο και σε σχέση με τις κατοπινές γνωστικές «αποδόσεις» (“attributions”) που θα δομήσει το άτομο για τον εαυτό του και για το συμβάν. Τίθεται επομένως μια ακόμη μεταβλητή, αυτή των γνωστικών σχημάτων που δομεί το άτομο (πβ. Auckenthaler 2012, Hathaway, Boals & Banks 2010). Για το λόγο αυτό, το Κριτήριο A διαιρέθηκε σε δύο κατηγορίες: Κριτήριο A1, με τον προσδιορισμό «Αντικειμενικό» και Κριτήριο A2, με τον προσδιορισμό «Υποκειμενικό». Στο Κριτήριο A1 (πβ. Van Hooff et al 2009) περιλαμβανόταν η έκθεση στο συμβάν, η μαρτυρία του συμβάντος, η ενημέρωση για το συμβάν και τα χαρακτηριστικά του συμβάντος (σε συντελεσθείσα καταστροφή/θάνατο/σοβαρό τραυματισμό ή υπό απειλή καταστροφής/θανάτου/σοβαρού τραυματισμού). Στο Κριτήριο A2 (πβ. O’Donnell et al 2010) περιλαμβάνονταν ο ακραίος φόβος/τρόμος και το συναίσθημα της αβοηθησίας, ως κεντρικές εκφάνσεις της περι-τραυματικής αντίδρασης, εκφάνσεις συναισθηματικές, ως αποτέλεσμα όχι μόνον των αισθητηριακών αποτυπώσεων από το τραυματικό συμβάν, αλλά και ως αποτέλεσμα των γνωστικών σχημάτων που δόμησε το άτομο για το τραυματικό συμβάν. Κατανοούμε ότι, ουσιαστικά, το Κριτήριο A2 λάμβανε κομβικό ρόλο, καθώς εισήγαγε την έννοια του υποκειμενικού βιώματος, ανεξαρτήτως εάν πληρείτο το Κριτήριο A1 (DSM-IV 1994). Πολύ σημαντικό κρίνεται το γεγονός ότι το DSM-IV όρισε και συμπληρωματικά στοιχεία για τους τραυματικούς παράγοντες όπως: το να έχει λάβει κανείς διάγνωση για μια νόσο που απειλεί τη ζωή του, σεξουαλικές εμπειρίες που δεν συνάδουν με την αναπτυξιακή φάση του ατόμου ακόμη και αν δεν περιλαμβάνουν έκδηλη βία ή σωματικό τραυματισμό, πληροφόρηση για αιφνίδιο θάνατο μέλους της οικογένειας ή στενού φίλου και το να πληροφορηθεί κάποιος ότι το παιδί του παρουσιάζει νόσημα που απειλεί τη ζωή (πβ. Luz et al 2011). Ενδιαφέρον είναι όμως, το γεγονός ότι, μολονότι η τοποθέτηση αυτή αποδέχεται ότι κάποια άτομα μπορεί να αναπτύξουν μετα-τραυματικό στρες, ως απάντηση σε ένα συμβάν το οποίο δεν πληροί το Κριτήριο A, στο σχετικό εδάφιο γίνεται σαφές ότι σε αυτές τις περιπτώσεις πρόκειται είτε για Διαταραχή Προσαρμογής είτε για Αγχώδη Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (Non otherwise specified- NOS). Επίσης ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι, ο όρος ακεραιότητα (“integrity”) που χρησιμοποιήθηκε στο κείμενο του DSM για τα παραπάνω, δεν καλύπτει απαραίτητως την απειλή που μπορεί να προέλθει από

την «προσβολή» της προσωπικότητας και της γενετήσιας λειτουργίας (εάν θέλουμε να είμαστε σχολαστικοί με το λόγο, λαμβάνοντας υπόψη και τη νομική διάσταση των εκφράσεων) (βλ. Goldstein 2021, Stein, Wilmot & Solomon 2016). Ας παρατηρήσουμε, στο σημείο αυτό, ότι στην καθημερινή ζωή είμαστε μάρτυρες ποικίλων μορφών σοβαρών τραυματισμών που δεν απειλούν την ακεραιότητα, αλλά εξακολουθούν να έχουν ισχυρή διεισδυτικότητα και να τιτρώσκουν σοβαρότητα, προκαλώντας συμπτώματα μετα-τραυματικού στρες, ακόμη και όταν δεν περιλαμβάνουν αποκάλυπτη βία (πβ. Auhéméry 2012, McLaughling et al 2015).

Στην έκδοση του DSM-5 (2013), το Κριτήριο A διακρίνει και εξαιρεί το θάνατο ηλικιωμένου αγαπημένου προσώπου από φυσικά αίτια, περιλαμβάνει όμως την κατηγορία αιφνίδιου ή βίαιου θανάτου ενός ηλικιωμένου αγαπημένου προσώπου. Η έμμεση έκθεση (ως πληροφόρηση) και η μαρτυρία σε ό,τι αφορά όλες τις υπόλοιπες περιπτώσεις/παραδείγματα (που είχαν τεθεί στις προηγούμενες εκδόσεις) διατηρήθηκαν. Πολύ σημαντική προσθήκη στην ανανέωση του Κριτηρίου υπήρξε η συμπερίληψη μιας ακόμη κατηγορίας/παραδείγματος: η άμεση ή η έμμεση έκθεση (ως πληροφόρηση) σε τραυματικά γεγονότα στο εργασιακό περιβάλλον (πβ. Skogstad et al 2013, Skogstad, Heir, Hauff, Ekeberg 2016, Stafseth et al 2022, Van Eerd et al 2021). Στα ενδεικτικά παραδείγματα, αναφέρονται κατηγορίες επαγγελματιών όπως ιατρικό προσωπικό, φωτο-ρεπόρτερς, σώματα ασφαλείας (πβ. Alden, Regambal, Larosa 2008, Muhie, et al 2023, Skogstad et al 2013). Το Κριτήριο A2 δεν υφίσταται στην έκδοση αυτή, καθώς θεωρήθηκε ότι είναι δεδομένη η σοβαρή υποκειμενική αντίδραση σε τέτοιου είδους ακραία συμβάντα (πβ. O'Donnel et al 2010, Osei-Bonsu et al 2012).

Μέσα από την «πορεία» του Κριτηρίου A, παρατηρούμε ότι ως τραυματικό γεγονός θεωρείται η κάθε τύπου έκθεση σε ένα καταστροφικό συμβάν που περιλαμβάνει πραγματική απώλεια ζωής ή απειλή κατά της ζωής ή σοβαρή βλάβη του ατόμου ή κάποιου άλλου (πβ. Luz et al 2011, Vance, Kovachy, Dong, Bui 2018). Συνακόλουθα, μένουν στο περιθώριο οι περιπτώσεις κατά τις οποίες πληρούνται κριτήρια που εντάσσονται τουλάχιστον στη Διαταραχή Οξέως Μετατραυματικού Στρες μολονότι δεν πληρείται απολύτως το Κριτήριο A, όπως υποστηρίζουν αρκετοί μελετητές (πβ. Larsen, Pacella 2016, McLaughling et al 2015, Nort, Suris, Smith, King 2016). Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι σε πολλές τέτοιες περιπτώσεις, πρόκειται για ψυχικό τραυματισμό του οποίου η αντίδραση βασίζεται στην ευαλωτότητα των μηχανισμών άμυνας (Marshall, Spitzer, Liebowitz 1999) και της δομής προσωπικότητας (Powers et al 2022) ή και ακόμα μπορεί να βασίζεται στην επαναπυροδότηση παλαιότερου σοβαρού τραυματισμού (πβ. Dohrenwend 2010, Gradus, Galea 2022, Howard et al 2023, Sar 2011, Waddington et al 2003).

Στην αναθεωρημένη έκδοση του DSM-5 (2022) άσκησε σημαντική επίδραση η Πανδημία του Ιού Covid-19, καθώς πλήθος ερευνών μελέτησαν την τραυματογόνο επίδραση της Πανδημίας στον ευρύ πληθυσμό (ενδεικτικά, Norrholm et al 2021, Yang et al 2021). Παρατηρήθηκε ότι, ειδικά οι ασθενείς με αναπνευστικά προβλήματα που οδηγήθηκαν σε ειδικές για τον ιό πτέρυγες, όχι μόνον βίωσαν απειλή για τη ζωή τους, αλλά υπήρξαν μάρτυρες θανάτου άλλων ασθενών. Επομένως, θεωρήθηκε ότι, υπό των συνθηκών αυτών, πληρούσαν το Κριτήριο A (πβ. Bridgland et al 2021). Χάρη στις έρευνες που διενεργήθηκαν, ήλθε ξανά στην επιφάνεια το ενδιαφέρον για το παλαιότερο Κριτήριο A2 (η υποκειμενική αντίδραση). Στο σχολιασμό των περιπτώσεων αυτών, δίνεται έμφαση στον ακραίο

φόβο, τον πανικό και την αγωνία θανάτου κατά τη διάρκεια μιας κρίσεως του αναπνευστικού συστήματος (πβ. Norrholm et al 2021). Στην πλήρωση του κριτηρίου συμπεριελήφθησαν και τα μέλη του ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού και οι συγγενείς/αγαπημένοι του ατόμου που νοσεί σοβαρά από συμπτώματα του COVID-19 και απειλείται η ζωή του (πβ. Shevlin, Hyland, Karatzias 2020, Yang et al 2021). Λαμβάνοντας υπόψη τον τρόπο που τίθεται το προερχόμενο από την έκθεση στον ιό τραυματικό γεγονός, είναι ενδιαφέρον ο τρόπος που εκφράζεται στα σχετικά εδάφια: «κατά τη διάρκεια της προσβολής από τον ιό και κατά τη διάρκεια της θεραπείας, συνθήκες που προκαλούν καταστροφικά συναισθήματα, που τρομοκρατούν, που επιφέρουν πόνο, που οδηγούν σε αβοηθησία ή “ενυπάρχων” θάνατο (“immanent”) (θα τολμούσαμε λοιπόν να πούμε, συνθήκες που αφυπνίζουν καταστροφικές φαντασιώσεις) (πβ. DSM-5-TR, APA, p.305, 2022). Το ανάλογο ορίζεται και για άλλες δυνητικά θανατηφόρες νόσους».

Εξαιρετικά σημαντικό να σημειωθεί και μια ακόμη προσθήκη για το Κριτήριο Α. Με βάση τα δεδομένα ερευνών τα τελευταία χρόνια (κυρίως στην απέναντι πλευρά του Ατλαντικού), δόθηκε προσοχή και σε στρεσογόνους παράγοντες που συνδέονται με Ρατσιστικές Δράσεις. Σε αυτή την περίπτωση, γίνεται αναφορά για «Στρεσογόνους Παράγοντες Σχετιζόμενους με Ρατσισμό» (πβ. Polanco et al 2024) που περιλαμβάνουν άσκηση ή απειλή βίας με επακόλουθο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό, ή άσκηση σεξουαλικής βίας (είτε πρόκειται για εμπειρία άμεση είτε έμμεση – ως πληροφόρηση για αγαπημένο πρόσωπο- είτε για μαρτυρία σε τέτοιο συμβάν). Σημειώνεται επίσης (και αυτό σημαντικό), ότι γεγονότα μαζικής βίας προς συγκεκριμένες εθνικές μειονότητες σαφώς και πληροί το Κριτήριο Α. Γίνεται επίσης αναφορά και σε άλλους στρεσογόνους παράγοντες/παραδείγματα σχετικά με το Ρατσισμό, περιλαμβανομένης της αστυνομικής βίας που οδηγεί σε θάνατο ανθρώπων με βάση το χρώμα ή την εθνικότητα (ενδεικτικά Sibrava et al 2019). Να σχολιάσουμε στο σημείο αυτό, ότι παρά την πιο πάνω τοποθέτηση του DSM-5, προς το παρόν, στο Κριτήριο Α δεν έχουν τεθεί οι παρακάτω περιπτώσεις: Άτομα που εμπλέκονται στα παραπάνω συμβάντα εμμέσως, όπως Δικαστικοί Λειτουργοί ή επί τόπου μάρτυρες, π.χ. συμμετέχοντες σε κοινωνικές κινητοποιήσεις διαδηλώσεων. Θα μπορούσε κανείς να θεωρήσει την τελευταία αυτή παρατήρηση ως δείγμα σχολαστικισμού. Ας κρατήσουμε όμως υπ’ όψη ότι τα διαγνωστικά συστήματα ταξινόμησης τόσο για την ψυχιατρική όσο και για την κλινική ψυχολογία υπήρξαν πάντοτε (με τη θετική έννοια) σχολαστικά στον προσδιορισμό κριτηρίων, προσδιοριστών και μεταβλητών αξιολόγησης (ως όφειλαν), ειδικά για έναν τομέα που προς το παρόν βασίζεται κυρίως στη φαινομενολογία των διαταραχών.

Το ακαδημαϊκό debate – Σχόλια και προβληματισμοί

Σε ό,τι αφορά την ύπαρξη του κριτηρίου Α2, έχει ασκηθεί έντονη κριτική, διότι αρκετές έρευνες καταλήγουν ότι δεν αποτελεί επαρκή προβλεπτικό παράγοντα για τη διάγνωση PTSD (Breslau, Kessler 2001) και υποστηρίζουν ότι δεν συμπεριλαμβάνει και άλλες περι-τραυματικές αντιδράσεις όπως αποσύνδεση, αποστροφή και θυμό (πβ. Brewin, Lanius, Novac, Schnyder, Galea 2009). Από πολλούς, προτάθηκε τα κριτήρια να βασίζονται αποκλειστικά σε μια ομάδα πυρηνικών συμπτωμάτων, καθώς θεωρούν ότι το σύνδρομο του PTSD δεν είναι πιθανόν να εκδηλωθεί χωρίς την παρουσία ενός ακραίου συμβάντος που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως τραυματικό (Maier 2006, Brewin et al 2009).

Τα τελευταία χρόνια αιωρείται ένα μεγάλο ερώτημα: μπορεί το κριτήριο A, έτσι όπως έχει μέχρι στιγμής τεθεί, να καλύψει όλο το φάσμα εμπειριών που αυξάνουν την επικινδυνότητα για την ανάπτυξη συνδρόμου μετα-τραυματικού στρες; Αρκετοί ερευνητές προτείνουν ότι θα πρέπει να δημιουργηθεί εντελεχής λίστα καταγραφής παραδειγμάτων που να περιγράφουν όλες τις κατηγορίες των τραυματικών γεγονότων που μπορεί να συμβούν και καθώς από πολλούς κάτι τέτοιο θεωρείται αδύνατον, πολλοί μελετητές προτείνουν να καταργηθεί το Κριτήριο A ή να θεωρηθεί προσδιοριστής (πβ. Gradus & Galea 2022, Wathélet et al 2021). Καθώς πλείστα ερευνητικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι μπορεί να υπάρξουν μετα-τραυματικά συμπτώματα που πληρούν το Οξύ Μετα-τραυματικό Στρες ως απάντηση σε συμβάντα που όμως δεν εντάσσονται στο Κριτήριο A, πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι το Κριτήριο A χρειάζεται να εμπλουτισθεί με εξαντλητικά παραδείγματα συμβάντων που έχουν τραυματογόνο δράση όπως: διαζύγιο, θάνατος αγαπημένου προσώπου ακόμα και αν δεν υπήρξε βία ή αιφνίδιος χαρακτήρας, σοβαρές οικονομικές δυσκολίες, ακόμη και απόκτηση παιδιού/γονικότητα, περιβάλλοντα πανδημίας, επεμβατικές ιατρικές πράξεις κ.ά. (πβ. Bodkin et al 2007, Holmes et al 2016, Larsen & Pacella 2016, Olde et al 2006, Rosen & Lilienfeld 2008). Αναρωτιέται βεβαίως κανείς, εάν η πρόταση αυτή ουσιαστικά εξισώνει τα στρεσογόνα συμβάντα ζωής (stressful life events) με το τραύμα.

Υπό το σκεπτικό της διεύρυνσης του Κριτηρίου A, πλείστοι ερευνητές -επίσης- προτείνουν και την κατηγορία έκθεσης σε πανδημίες, και μάλιστα, όχι απαραίτητα με την έννοια της άμεσης ή έμμεσης έκθεσης (προσβολή από τον ιό, νοσηλεία κ.λπ.) αλλά με την έννοια της καθημερινής έκθεσης σε ένα περιβάλλον στο οποίο υποβόσκει η απειλή ενός μολυσματικού ιού και οδηγεί σε συνθήκες ψυχο-κοινωνικής αποστέρησης (βλ. Karatzias et al 2020).

Τέλος, τίθεται από αρκετούς μελετητές η ανάγκη να προσδιοριστεί και η συσχέτιση του ρατσισμού με συμπτώματα μετα-τραυματικού στρες, ώστε να συμπεριληφθεί ως κατηγορία στο Κριτήριο A (πβ. Silbrava et al 2019, Williams et al 2021). Συστηματικές ανασκοπήσεις ερευνών καταλήγουν ότι οι πρακτικές ρατσιστικής διάκρισης συσχετίζονται θετικά και με στατιστική σημαντικότητα με τα συμπτώματα του Μετα-τραυματικού Στρες, ακόμη και σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει ένα ξεκάθαρα ακραίο τραυματικό συμβάν που να εντάσσεται στο Κριτήριο A. Οι υποστηρικτές της τοποθέτησης αυτής, σημειώνουν ότι οι συμπεριφορές διάκρισης σε διάφορα πλαίσια του πεδίου της κοινωνικής ζωής, έχουν τραυματογόνο δράση όταν είναι επαναλαμβανόμενες και η συσσωρευτική τους απήχηση συντελεί στην ανάπτυξη συμπτωματολογίας μετα-τραυματικού στρες (βλ. Kirkinis et al 2021).

Μια άλλη ομάδα ερευνητών προτείνουν το Κριτήριο A να περιορισθεί και να γίνει διάκριση μεταξύ της εμπειρίας και της έμμεσης εμπειρίας (ως πληροφόρηση), θεωρώντας ότι χωρίς τη διάκριση αυτή, υπάρχει ο κίνδυνος υπερ-διάγνωσης για το μετατραυματικό στρες. Υποστηρίζουν ότι η έμμεση έκθεση συμπεριλαμβάνει στη διάγνωση (ως παρασιτική μεταβλητή) την προ-υπάρχουσα ευαλωτότητα του ατόμου απέναντι σε στρεσογόνους παράγοντες (ουσιαστικά εννοούν το δείκτη ψυχικής ανθεκτικότητας του ατόμου/resilience). Συνακόλουθα, προτείνουν το Κριτήριο A να μην περιλαμβάνει την έμμεση έκθεση και να κρατήσει μόνο την άμεση έκθεση (έκθεση ή μαρτυρία, με προϋπόθεση τη φυσική παρουσία στο τραυματικό συμβάν) (πβ. McNally 2009). Οι ερευνητές που υποστηρίζουν την άποψη αυτή, στηρίζονται σε μετα-αναλύσεις που καταδεικνύουν σοβαρές μεθοδολογικές ανεπάρκειες των ερευνητικών πρωτοκόλλων σχετικά με τη διεύρυνση του

Κριτηρίου A. Υποστηρίζουν ότι οι περισσότερες από τις έρευνες αυτές, βασίζονται σε ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς, χωρίς επαρκή στοιχεία για τη σύνδεση μεταξύ της έναρξης των συμπτωμάτων και της έκθεσης στο τραυματικό συμβάν. Πιθανολογούν, λοιπόν, ότι υπεισέρχονται αρκετές παρασιτικές μεταβλητές, οι οποίες μπορεί να είναι υπεύθυνες (σε κάποιο βαθμό) για τη μετα-τραυματική συμπτωματολογία. Επίσης, οι έρευνες αυτές στερούνται δομημένης ή ημι-δομημένης συνέντευξης και δεν λαμβάνουν υπόψιν το τραυματικό ιστορικό των συμμετεχόντων. Είναι επίσης γεγονός, ότι σε πολλές από τις έρευνες (αυτής της κατεύθυνσης) δεν γίνεται διαστατική διάκριση σε ότι αφορά τα υπο-ουδικά και τα κλινικά επίπεδα των μετα-τραυματικών δεικτών, δεδομένου ότι σε πλαίσια Distress Syndrome εκδηλώνονται συμπτώματα που προσομοιάζουν σε μετα-τραυματικά συμπτώματα (με απουσία όμως μείζονος στρεσογόνου παράγοντα/συμβάντος) (πβ. Kilpatrick 2013, Weathers & Keane 2007).

Είναι κατανοητό το γεγονός ότι η σχολαστική μελέτη και έρευνα για το Κριτήριο A οφείλεται στο ιδιαίτερο επιστημονικό ενδιαφέρον για τη Μετα-τραυματική Διαταραχή Στρες (PTSD), καθώς η συγκεκριμένη διαταραχή έχει τόσο κοινωνικές, πολιτικές όσο και νομικές διαστάσεις. Μολονότι, όμως, τα διαγνωστικά κριτήρια για πολλές από τις ψυχιατρικές αλλά και τις οργανικές καταστάσεις δεν απαιτούν τον ορισμό του μηχανισμού μέσα από τον οποίο δημιουργήθηκαν, για την κατηγορία του μετα-τραυματικού στρες, απαιτείται το Κριτήριο A. Θα μπορούσε κανείς να σκεφτεί ότι και μόνο η ύπαρξη του κριτηρίου δηλώνει ένα κυκλικό σκεπτικό: Το τραυματικό συμβάν προκαλεί τα συμπτώματα και τα συμπτώματα ορίζουν την ισχύ ή όχι του συμβάντος. Για το λόγο αυτό, άλλωστε, κατά τη δεκαετία του 70 έγινε μια μεγάλη προσπάθεια από τους μελετητές, ώστε η Διαταραχή Μετα-τραυματικού Στρες να πάψει να θεωρείται πολιτική-κοινωνική κατασκευή αλλά ψυχοπαθολογική οντότητα, βασισμένη όχι μόνο στη φαινομενολογία αλλά και στα δεδομένα της νευρο-απεικόνισης. Από την άλλη πλευρά, με βάση τα δεδομένα αρκετών ερευνών, υπάρχουν άτομα που δεν αναπτύσσουν μετατραυματικό στρες μετά από έκθεση σε γεγονότα του Κριτηρίου A (Goldstein et al 2016). Σε αυτές τις περιπτώσεις, δεν υπάρχουν συμπτώματα που να «ορίζουν» (σύμφωνα με το κυκλικό σκεπτικό που προαναφέρθηκε) το τραυματικό συμβάν του Κριτηρίου. Κι όμως πρόκειται για ένα τραυματικό συμβάν που ισχύει με βάση την αντικειμενική πραγματικότητα. Επίσης, είναι γεγονός ότι αρκετά από τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες συμπίπτουν με συμπτώματα από άλλες ψυχιατρικές οντότητες. Αυτό, το τελευταίο, μπορεί να σημαίνει ότι εάν καταργηθεί το Κριτήριο A, υπάρχει περίπτωση να καταλήξουμε σε υπο-διάγνωση.

Είναι επίσης πολύπλοκο και το ζήτημα της βαρύτητας, όχι μόνο των μετα-τραυματικών συμπτωμάτων, αλλά και της αξιολόγησης της τραυματογόνου ισχύος των τραυματικών συμβάντων/παραδειγμάτων του Κριτηρίου A. Θα ήταν σημαντική μια διαστατική κατηγοριοποίηση των παραδειγμάτων, με έναν τρόπο ανάλογο με τη διαστατική κατηγοριοποίηση που χαρακτηρίζει τη νομική σκέψη (για παράδειγμα σεξουαλική παρενόχληση-ασέλγεια-βιασμός κ.λπ.). Η διαστατική διαβάθμιση των τραυματικών συμβάντων-παραδειγμάτων θεωρείται από πολλούς μελετητές εξαιρετικά δύσκολη. Θα ήταν όμως πολύτιμη, όχι τόσο για κλινικούς-θεραπευτικούς αλλά για νομικούς λόγους.

Η διαλεκτική σχέση των ακαδημαϊκών μελετών και της καλώς νοούμενης σχολαστικότητας έχει ανοίξει νέους δρόμους στη διεύρυνση του Κριτηρίου A. Η έρευνα τροφοδοτεί τις θεωρητικές κατασκευές και ανοίγει δρόμους για νέα παραδείγματα σκέψης. Δεδομένα

πλείστων ερευνών καταδεικνύουν την ανάπτυξη Διαταραχής Μετα-τραυματικού Στρες σε επαγγέλματα όπου το άτομο εκτίθεται επαναλαμβανόμενα σε τραυματικές συνθήκες (βλέπουμε εδώ ξανά την έννοια της συσσωρευτικής επαναληπτικότητας). Ανάλογες έρευνες οδήγησαν το Friedman και τους συνεργάτες του να προτείνουν τη συμπερίληψη ορισμένων επαγγελμάτων στο Κριτήριο A. Για παράδειγμα, σώματα ασφαλείας, λειτουργούς της δικαιοσύνης, δημοσιογράφους, ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό, επαγγελματίες ψυχικής υγείας κ.ά. (πβ. Friedman 2013). Ανάλογης μεθοδολογίας έρευνες καταδεικνύουν – μέχρι στιγμής– χαμηλά ποσοστά ανάπτυξης Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες μέσω της ηλεκτρονικής έκθεσης σε τραυματικά γεγονότα (π.χ. εικόνες πολέμου, τρομοκρατικές επιθέσεις). Στο σημείο αυτό, θα μπορούσαμε να θέσουμε βέβαια ένα ανοικτό ερώτημα: Δεδομένης της δράσης των μέσων δικτύωσης με έναν εξαιρετικά συχνό και διεισδυτικό τρόπο στην καθημερινή μας ζωή, υπάρχει πιθανότητα, η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα να οδηγεί σε άμβλυση και επομένως απευαισθητοποίηση σε ό,τι αφορά την έμμεση έκθεση –με τη μορφή πληροφόρησης– για τραυματικά συμβάντα που δεν αφορούν οικεία πρόσωπα;

Είναι πιθανόν, μελλοντικά, να υπάρξει ομοφωνία για το Κριτήριο A με την ανάπτυξη ερευνών με αυστηρή και ανάλογη μεθοδολογία σε αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού για ποικίλα τραυματικά γεγονότα ζωής. Ακολουθώντας το σκεπτικό του Dohrenwend, αυτά τα στρεσογόνα συμβάντα ζωής έχουν 6 γενικά χαρακτηριστικά: 1. Πηγή: προέρχονται από εξωτερικούς παράγοντες και είναι πέραν του ελέγχου του ατόμου 2. Σθένος: χαρακτηρίζονται από ένα είδος σοβαρής «απώλειας», 3. Αιφνίδιος χαρακτήρας, 4. Μέγεθος: Επιφέρουν υψηλό βαθμό αρνητικών αλλαγών στη ζωή του ατόμου, 5. Κεντρικότητα: Έχουν κεντρική αρνητική διασπορά στους στόχους και τη ζωή του ατόμου και 6. Επιφέρουν βλάβη στην ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει την κατάσταση. Σύμφωνα με αυτό το σκεπτικό, τα γεγονότα τα οποία παρουσιάζουν τον υψηλότερο βαθμό έλλειψης ελέγχου, πλήρους αδυναμίας πρόβλεψης, ακραίων αλλαγών στη ζωή του ατόμου, σοβαρής απειλής στους στόχους του και αδυναμίας διαπραγμάτευσης, χαρακτηρίζονται ως «τραυματικά». Υπό το πρίσμα αυτό, παρατηρούμε ότι δεν είναι απαραίτητη η βία ή η καταστροφή και δίδεται έμφαση στην αδυναμία αντιμετώπισης, στη φυσική και ψυχική καταπόνηση/εξάντληση και στη ραγδαία αλλαγή. Επίσης, η θεώρηση αυτή προτείνει ότι η φαινομενολογική καταγραφή σε ένα ευρύτατο κοινωνικό πλαίσιο (ως χαρτογράφηση) μπορεί να οδηγήσει σε τομείς που επικαλύπτονται, αποκαλύπτοντας ποιοι τραυματικοί παράγοντες συμπίπτουν και αποτελούν κοινό τόπο για υποκατηγορίες του πληθυσμού. Φυσικά, σε συσχέτιση με βιο-δείκτες, ψυχολογικές διεργασίες και ψυχιατρική συννόσηση, αυτή η θεώρηση/πρόταση οδηγεί σε μια συνθετική οπτική που νοσηματοδοτεί το τραυματικό γεγονός και με βάση την τυπολογία του πληθυσμού που εκτίθεται σε αυτό (πβ. Marx et al 2024). Είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα αυτή η πρόταση, αν σκεφτεί κανείς ότι η λογική της προσομοιάζει στη «λογική στάθμισης» των ψυχομετρικών δοκιμασιών σε ομάδες πληθυσμού.

Πέραν της διαγνώσεως, αυτής καθαυτής, βάσει των κριτηρίων του DSM, παραμένει ανοικτό ζήτημα η αξιολόγηση της μετα-τραυματικής συμπτωματολογίας όταν εκλύεται από έναν στρεσογόνο παράγοντα που δεν πληροί τη σφοδρότητα των παραδειγμάτων που περιλαμβάνει το Κριτήριο A. Πρόκειται για τις περιπτώσεις που η μετα-τραυματική «απάντηση» του ψυχικού οργάνου είναι δυσανάλογη της εντάσεως του στρεσογόνου παράγοντα. Πρόκειται συχνά για τις περιπτώσεις που η μετα-τραυματική φαινομενολογία

αποτελεί απάντηση στην πυροδότηση παλαιότερου τραύματος από συμβολικά ανάλογο τραυματικό γεγονός. Μιλούμε τότε για την «επαναφορά ενός χαμένου τραύματος» μέσα από την πυροδότηση ή ακόμη τη συνειδητοποίηση και το βίωμα ενός τραύματος που μπορεί να είχε εξοβελιστεί για πολύ καιρό στη σφαίρα της αποσύνδεσης.

Με βάση τα παραπάνω, αντιλαμβανόμαστε τη χρονιότητα, την ένταση και το ανεπίλυτο του debate αυτού. Μελλοντικά, στον ορισμό του Κριτηρίου A, θα παίξουν μεγάλο ρόλο και αξιολογήσεις που θα περιλαμβάνουν γενετικές, επιγενετικές, μοριακές, φυσιολογικές, συμπεριφορολογικές μεταβλητές και μεταβλητές που αφορούν νευρωνικά κυκλώματα, συνοδευτικές των κλιμάκων αυτό-αναφοράς και των εστιασμένων στο τραύμα κλινικών συνεντεύξεων που μέχρι σήμερα χρησιμοποιούμε για την αξιολόγηση του Μετατραυματικού Στρες.

Η επιχειρηματολογία των μελετητών για το Κριτήριο A πιθανόν να θεωρείται από κάποιους ως σχολαστική ιδεοληψία των ακαδημαϊκών κύκλων. Είναι όμως σημαντικό να λάβουμε υπόψη ότι, η –καλώς νοούμενη– σχολαστικότητα βοήθησε τους ερευνητές και μελετητές πολλά χρόνια τώρα, στη δόμηση διαγνωστικών κριτηρίων ειδικά για επιστήμες όπως η ψυχιατρική και η κλινική ψυχολογία που (προς το παρόν) βασίζονται, ως επί το πλείστον, στη φαινομενολογία των ψυχικών φαινομένων για τη διάγνωση. Τέλος, η ενδελεχής οργάνωση των συμπτωμάτων και των κλινικών οντοτήτων χρειάζεται να καταγραφεί σχολαστικά, καθώς μελλοντικά, στα πλαίσια της συμβιωτικής σχέσης ψυχιατρικής – ψυχολογίας και δικαστικής επιστήμης, θα θεσπιστούν νομοθετικές ρυθμίσεις που να αφορούν και τον ψυχικό τραυματισμό που μπορεί πολλές φορές να μην προσδιορίζεται ιατροδικαστικά (καθώς δεν φέρει ίχνη στην αναψηλάφηση του σώματος) είναι όμως παρών.

Βιβλιογραφία

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed). American psychiatric Association, 1980
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed, text rev). American psychiatric Association, 1987
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed, text rev). American psychiatric Association, 1994
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed). American psychiatric Association, 2013
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed, text rev). American psychiatric Association, 2022
- Alden LE, Regambal MJ, Laposa JM (2008). The effects of direct versus witnessed threat on emergency department healthcare workers: implications for PTSD criterion. *A J Anxiety Disord* 22:1337-46 doi: 101016/jjanxdis200801013 Epub 2008 Feb 2 PMID: 18325730
- Allwood MA (2024). Moving forward with a culturally inclusive PTSD Criterion A: Commentary on Marx et al (2023) *J Trauma Stress* 37:16–18 doi: 101002/jts23016 Epub 2024 Jan 16 PMID: 38229413
- Auxéméry Y (2012). L' état de stress post-traumatique comme conséquence de l' interaction entre une susceptibilité génétique individuelle, un évènement traumatogène et un contexte social *Encephale* 38:373–380 doi: 101016/jencep201112003 Epub 2012 Jan 24 PMID: 23062450
- Bensimon M, Solomon Z, Horesh D (2013). The utility of Criterion A under chronic national terror Isr. *J Psychiatry Relat Sci* 50:81–83 PMID: 24225434
- Bodkin JA, Pope HG, Detke MJ, Hudson JI (2007). Is PTSD caused by traumatic stress? *Jour Anx Dis* 21:176–182 <https://doi.org/101016/jjanxdis200609004>