

Stres i traumatizacija

Ivanišević, Karla

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:142:810444>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-19**



FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku
Filozofski fakultet
Preddiplomski studij psihologije

Karla Ivanišević

Traumatizacija i stres

Završni rad

Mentor: doc. dr. sc. Ana Kurtović

Osijek, 2019.

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku
Filozofski fakultet
Odsjek za psihologiju
Preddiplomski studij psihologije

Karla Ivanišević

Traumatizacija i stres

Završni rad

Društvene znanosti, polje psihologija, grana klinička i zdravstvena psihologija

Mentor: doc. dr. sc. Ana Kurtović

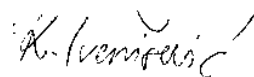
Osijek, 2019.

IZJAVA

Izjavljujem s punom materijalnom i moralnom odgovornošću da sam ovaj rad samostalno napravio te da u njemu nema kopiranih ili prepisanih dijelova teksta tuđih radova, a da nisu označeni kao citati s napisanim izvorom odakle su preneseni. Svojim vlastoručnim potpisom potvrđujem da sam suglasan da Filozofski fakultet Osijek trajno pohrani i javno objavi ovaj moj rad u internetskoj bazi završnih i diplomskih radova knjižnice Filozofskog fakulteta Osijek, knjižnice Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku i Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu.

JMBAG: 0018152692

Potpis:



U Osijeku, 18. 09. 2019.

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Stres.....	2
3. Psihološka trauma	5
4. Poremećaji povezani uz stres i traumu.....	7
4.1 Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)	8
4.2 Akutni stresni poremećaj	11
5. Disocijativni poremećaji	12
5.1 Disocijativna amnezija.....	13
5.2 Poremećaj depersonalizacije/ derealizacije.....	13
5.3 Disocijativni poremećaj identiteta	13
6. Tretmani poremećaja vezanih uz stres i traumu.....	15
6.1 Somatske terapije	15
6.1.1 Farmakoterapija	15
6.1.2. Desenzibilizacija i reprocesiranje očnih pokreta (EMDR)	16
6.2 Psihoterapije	17
7. Zaključak.....	18
8. Literatura.....	19

Sažetak

Stres predstavlja neizbježan dio čovjekova života, te se još naziva "bolesti današnjice". On je integriran u svaki aspekt čovjekova života, načina razmišljanja. Može se reći da stres predstavlja fizičku ili psihičku napetost koju izazivaju čimbenici koji mijenjaju postojeću ravnotežu. Često se kroz literaturu povezuje pojam stresa s pojmom traume. Za razliku od stresa, trauma nije toliko česta te se odnosi na težak, potresan događaj te na ugrožavanje životne sigurnosti. U DSM 5 izdvojena je posebna skupina poremećaja povezanih uz stres i traumu, te disocijativni poremećaji koji su zasebni, ali su usko povezani s traumom. Postoji mnogo terapija koje se provode za navedene poremećaje, najbolja je kombinacija somatskih i psihoanalitičkih terapija. Izlječenje predstavlja kompliciran proces koji rezultat same kompleksnosti poremećaja, te mogućnosti prikrivanja simptoma to jest potiskivanja.

Ključne riječi: stres, trauma, traumatizacija, poremećaji povezani uz stres i traumu, disocijativni poremećaji

1. Uvod

Stres svakodnevno pogađa mnoge ljude. Za neke ljude stres je toliko čest da im to predstavlja način života. Naše društvo doživljava stres kao dio svakodnevnog života, što se može vidjeti u evoluciji čovjeka. Vrste koje su se najbolje prilagodile okolišu i njegovim promjenama bile su one koje su prevladavale, nastavile se razvijati i danas ih možemo pronaći. To nas dovodi do pitanja, što je stres? Teško je pridati stresu jednu definiciju upravo zbog njegove kompleksnosti i jer predstavlja subjektivne osjećaje. Međutim, jedna od definicija kaže kako se stres odnosi na opisivanje emocionalnog, kognitivnog, fizičkog i bihevioralnog odgovora na događaje koji se smatraju prijetecim. Drugim riječima, stres je sve što život nudi i ima potencijal narušiti našu ravnotežu. (Cicarelli, White i Noland, 2013). Stoga se stres često vezuje uz traumu.

Starogrčka riječ za ranu je trauma. Jednostavno definirano, trauma je veoma uznemirujuće iskustvo koje može stvoriti ekstremni stres i preplaviti um i tijelo. Psihološka trauma rezultat je izuzetno stresnih događaja koji uništavaju osjećaj sigurnosti, da se osoba osjeća bespomoćno u surovom, opasnom svijetu. Traumatična iskustva često uključuju prijetnju životu ili sigurnosti. Svaka situacija koja ostavlja osobu izolirano i preplavljeno može rezultirati traumom, čak i ako ne uključuje fizičku štetu. Subjektivno emocionalno iskustvo događaja određuje je li neki događaj traumatičan, a ne objektivne okolnosti. Što je osoba osjećala veći strah, veća je vjerojatnost da ćete biti traumatizirana (Van der Kolk, 2003).

Stoga, traumatična iskustva su uvijek stresna, ali stresori nisu uvijek traumatični. To znači da stres nije uvijek štetan, dok je trauma gotovo uvijek. Primjer toga je da neki ljudi bolje rade u školi ili na poslu uz određenu razinu stresa, kao što je brzo približavanje roka. Stres negativno utječe na ljude kada nisu razvili stabilan set strategija za suočavanje sa stresorima. Međutim, kada osoba nauči reagirati na stres, manje je vjerojatno da će potisnuti svoje reakcije što može dovesti do problematičnih simptoma. Za osobe s neizliječenim emocionalnim traumama, ono što može izgledati kao blagi obični stresori svakodnevnog života, može dovesti do vrlo intenzivnih emocija i funkcionalnog oštećenja jer su njihovi resursi za suočavanje već usmjereni ka rješavanju trajnih emocionalnih posljedica (Resick, 2014).

Cilj ovoga rada je objasniti i opisati odnos između stresa i traume. U radu će se predstaviti teorije koje objašnjavaju nastanak stresa, također vrste stresa, te njihove simptome. Objasniti će se i trauma koji su dijelovi traume, kako se ona dijeli, te kako se može prepoznati. Također, istaknuti će poremećaji koji su povezani uz stres i traumu, naglasak će biti na akutnom poremećaju stresa i posttraumatskom stresnom poremećaju koji su u današnjem svijetu sve zastupljeniji. Osim navedenih poremećaja objasniti će se i disocijativni poremećaji zbog uske povezanosti s prethodno navedenim poremećajima. Konačno, zadnji

dio rada bit će usmjeren na terapije odnosno procese liječenja poremećaja izazvanih traumom.

2. Stres

U suvremenom svijetu stres je sve rašireniji problem i ponekad se čini kao da mu nitko od nas ne može pobjeći. On nastaje u trenucima kad se osoba osjeća ugroženo ili uznemireno, kad osjeti da je u opasnosti, bez obzira na to je li opasnost stvarna ili zamišljena. Izraz stres posuđen je iz područja fizike, od jednog od očeva istraživanja stresa, Hansa Selyea. U fizici, stres opisuje silu koja stvara naprezanje u fizičkom tijelu. Hans Selye nagovijestio je da je stres nespecifično naprezanje tijela uzrokovano nepravilnostima u normalnim tjelesnim funkcijama. Suočavanje organizma sa stresom nazvao je "općim adaptacijskim sindromom", što se odnosi na opću prilagodbu, odnosno kratkotrajne i dugotrajne reakcije našeg tijela na stres (Selye, 1956; prema Resick, 2014). Prethodno navedeni sindrom podijeljen je u nekoliko faza. Prva faza navedenog sindroma, faza uzbune, odnosi se na početni šok koji pojedinac osjeća i mobilizaciju koja pokreće obrambene mehanizme organizma. U sljedećoj fazi, fazi odupiranja, dolazi do prilagodbe organizma na početni stres, te se koriste sve rezerve psihičke i tjelesne energije u procesu suočavanja. Posljednja faza, faza iscrpljenja, označava iscrpljenost organizma nakon dugotrajnog odupiranja stresu (Selye, 1956; prema Resnick, 2014).

Tijelo reagira kada se dogodi stres i to je način na koji nas zapravo štiti. Eustres (grčka riječ 'eu' znači dobro) je izraz koji se koristi za opisivanje pozitivnog stresa. On se često promatra kao motivator, jer u pojedincu potiče stav potreban za vrhunske performanse, motivira osobu da ispuní rokove i izvrši zadatke pod pritiskom. Distres je pak izraz koji se koristi za označavanje negativnog stresa koji može biti vrlo štetan, utjecati na raspoloženje, stvarati probleme s pamćenjem i apetitom, te izazvati čak i bolove (Ali i sur., 2011).

Kad se stresor opazi i protumači, sustav reakcije na stres pokreće kaskadu bioloških događaja. Kao rezultat toga, oslobađaju se hormoni stresa adrenalin i kortizol. Os koja je uključena u stresne situacije reakcija na stres naziva se hipotalamično-hipofizna-nadbubrežna os (HPA os). Nakon opažanja stresa, hipotalamus šalje kemijsku poruku hipofizi. Iz hipofize se iz mozga putem krvi šalje nova kemijska poruka proizvođačima hormona stresa, nadbubrežnim žlijezdama. Kada se kortizol, hormon nadbubrežne žlijezde veže na svoje receptore, tada može komunicirati s drugim stanicama, gotovo svuda po tijelu pa tako i u mozgu. Primjerice, ako je osobi potrebna brza opskrba energijom da bi ojačala mišiće i trčala, prednost će se dati receptorima koji se nalaze u mišićima nogu. Dakle, kad se oslobodi dovoljno hormona stresa i posao se obavi, kortizol kreće unatrag prema sustavu poruka releja i jednostavni čin vezanja na njegove receptore u sustavu ga isključuje. Taj proces je poznat kao negativna povratna informacija (Resnick, 2014). Svojim djelovanjem stres može ostaviti fizičke, psihološke ili

ponašajne posljedice na pojedinca. On uzrokuje da stanice i organi koji čine živčani sustav, kao što su sustavi za održavanje homeostaze oslobađaju hormone koji pokreću proizvodnju bijelih krvnih zrnaca (koji se bore protiv infekcije) i drugih elemenata koji se bore protiv bolesti. Ovo oslobađanje hormona koje je izazvano stresom bitno je za pripremu imunološkog sustava da brzo reagira na ozljede i akutne (kratkoročne) bolesti. Međutim, ova aktivnost nije korisna za naše zdravlje ako se nastavi na dulje staze. Kronična stimulacija imunološkog sustava uzrokuje potpuno suzbijanje sustava i time postaje manje učinkovita u suzbijanju bolesti i infekcija (Puglisi -Allegra i Oliverio, 2012). Stanice u imunološkom sustavu oslobađaju kemikalije zvane citokini koji djeluju kao glasnici. Ti glasnici dopuštaju stanicama da "razgovaraju" jedna s drugom i upućuju jedna drugu da razviju dodatne stanice za borbu protiv infekcije. Oslobađanje hormona tijekom kroničnog stresa može inhibirati proizvodnju citokina, čime se narušava sposobnost tijela da učinkovito koordinira borbu protiv infekcije. Tada nije iznenađujuće da osobe koje su pod velikim stresom podliježu prehladi, infekcijama i proboju herpesa. Narušavanjem homeostaze dolazi i do psiholoških promjena kao što je smanjena kvaliteta sna, a promjene u samopercepciji mogu dovesti do anksioznosti i depresije. Mijenja se i ponašanje osobe, ona postaje sve manje intrinzično motivirana, dolazi do izbjegavanja kontakta s ljudima, do promjena u seksualnom ponašanju u vidu smanjenja seksualnih aktivnosti, razvitka destruktivnog i samouništavajućeg (alkohol, droga) ponašanja. Također se razvija reakcija "borba ili bijeg", odgovor na stres koji se rezultira kroz fiziološke promjene kao što je ubrzani rad srca, povišeni krvni tlak, te otežano disanje (Puglisi -Allegra i Oliverio, 2012).

Stresori su stvarni ili percipirani izazovi sposobnosti organizma da udovolji svojim stvarnim ili uočenim potrebama. U većini kralježnjaka odgovori koji su se razvili da bi se nosili s takvim izazovima, ograničeni su pragom otkrivanja izazova, pažnje koja se temelji na stvarnoj ili uočenoj važnosti i sposobnosti da se odgovori na bilo kojoj razini nakon što se izazov otkrije. Ovisno o intenzitetu i vremenu stresora, svaki od njih može varirati neovisno. Najmanje štetni su poznati stresori nakon kojih se organizam najlakše vraća u homeostazu. Kada je nadmašena sposobnost organizma da održava homeostazu u određenom rasponu, pojavljuju se odgovori koji omogućuju organizmu da se izbori s uklanjanjem stresora ili olakšavanjem suočavanja sa stresom (Puglisi- Allegra i Oliverio, 2012). Suočavanje sa stresom uključuje specifični postupak kognitivne procjene kako bi se utvrdilo vjeruje li pojedinac da ima resurse za učinkovito odgovaranje na izazove stresa ili promjene. U literaturi, postupak suočavanja sa stresom objašnjava se kroz suočavanja usmjereno na probleme ili suočavanje usmjereno na emocije. Ako pojedinac ne vjeruje da ima sposobnost odgovoriti na izazov ili osjeća nedostatak kontrole, najvjerojatnije će se okrenuti odgovoru usmjerenom ka emocijama, poput željenog razmišljanja

, distanciranja ili naglašavanja pozitivnog. No, ako osoba ima resurse za upravljanje izazovom, obično će razviti odgovor usmjeren na problem kao što je analiza, izrada plana djelovanja (Krohne, 2002).

Stresori mogu biti prisutni u radnom okruženju ili u drugim životnim aktivnostima. Postoji mnogo vrsta stresora koji se dijele u tri glavne skupine: fizičke, psihološke i socijalne (Puglisi -Allegra i Oliverio, 2012). Fizički stresori se odnose na izloženosti velikoj buci, velikoj toplini ili hladnoći, te jakoj boli. Psihološki stresori su uvjetovani međuljudskim sukobima i nesporazumima koji događaju između članova obitelji, kolega na poslu, prijateljskih veza i sl. Socijalni stresori su vrste stresora koji utječu na cjelokupno društvo kao što su na primjer ekonomske krize, ratovi, promjena društvenog sustava (Puglisi -Allegra i Oliverio, 2012).

Stres se može razlikovati ovisno o njegovoj jačini, pa tako postoji svakodnevni stres, veliki životni stres te traumatski životni stres. Svakodnevni stres je rezultat akumulacije manjih svakodnevnih stresora kao što je gužva u prometu, buka, neljubaznost i sl. Veliki životni događaji kao što su gubitak voljene osobe, gubitak posla izazivaju promjenu ili diskontinuitet koji dovodi do razvitka velikog životnog stresa. Traumatski životni stres odnosi se na vrstu stresa koji zbog svoje jačine onemogućava prikladno suočavanje s problemima, te se većina ljudi osjeća bespomoćno zbog toga. Primjeri traumatskog životnog stresa su prisustvovanju nasilju nad drugima, zarobljeništvu i sl. (Resnick, 2014). Osim prema jačini, stres se dijeli i prema trajanju na akutne i kronične. Akutni stres proizlazi iz specifičnih događaja ili situacija koji uključuju novost, nepredvidivost, prijetnju egu i ostavljaju pojedinca sa slabim osjećajem kontrole. Ova vrsta stresa „na licu mjesta“ može biti pogodna jer oslobođeni hormoni stresa pomažu umu i tijelu da se nose sa situacijom primjerice kod javnog nastupa odnosno izlaganja. Kronični stres je stres koji proizlazi iz opetovanog izlaganja situacijama koje dovode do oslobađanja hormona stresa. Za razliku od akutnog, kod kroničnog stresa, organizam ne vraća u homeostazu stoga može biti opasan tako što može uzrokovati oštećenje ljudskog uma i tijela. Mnogi znanstvenici misle da ljudski sustav reagiranja na stres nije stvoren da se stalno aktivira. Ova prekomjerna upotreba može pridonijeti oštećenju mnogih tjelesnih sustava. Stres izaziva imunološke i endokrine promjene koje utječu na razvoj kardiovaskularnih bolesti (npr. srčani udar), autoimunih bolesti (npr. psorijaza, Chronova bolest) , karcinoma i bolesti dišnog sustava (npr. astma) (Resnick, 2014).

Stres je multidimenzionalni konstrukt koji je objašnjen kroz nekoliko teorija, u ovom radu istaknuti ćemo najbitnije. Jedna od najpoznatijih teorija stresa jest Lazarusova teorija koja se zalagala za interakcionistički pristup, u kojem je stres sklop promjena u ponašanju, fizioloških i emocionalnih reakcija ako se neki događaj doživi kao prijeteći. Stres i stresori se razlikuju, stres se odnosi na unutarnje stanje, a stresor na vanjski događaj. Ono što se ističe kao najznačajniji čimbenik u stresnoj situaciji su

kognitivni procesi. Oni služe osobi da procjeni važnost i značenje određene situacije (primjerice, je li osoba u opasnosti), te procjeni mogućnosti kontrole koje se odnose na samo suočavanje sa stresom (Krohne, 2002).

3. Psihološka trauma

Trauma je definirana od strane American Psychological Association (APA), kao emocionalni odgovor osobe na izuzetno negativne događaje. Iako je trauma normalna reakcija na uznemirujući događaj, učinci mogu biti toliko ozbiljni da ometaju mogućnost pojedinca da nastavi normalan život. U takvom slučaju može biti potrebna pomoć u liječenju stresa i disfunkcije uzrokovane traumatičnim događajem i vraćanje pojedinca u stanje emocionalne dobrobiti. Traumatski događaj može uključivati jedno iskustvo ili dugotrajne ponovljene događaje koji u potpunosti nadvladavaju sposobnost pojedinca da se nosi ili integrira ideje i osjećaje koji su uključeni u to iskustvo. To rezultira iskustvom osobne prijetnje vlastitoj sigurnosti ili cjelovitosti vlastitog identiteta. Traumatski događaji mogu ozbiljno utjecati na one koji su uključeni, čak i ako događaj nije prouzročio fizičku štetu (Van der Kolk, 2003).

Traumu može uzrokovati izuzetno negativan događaj koji uzrokuje trajan utjecaj na duševnu i emocionalnu stabilnost žrtve. Dok su mnogi izvori traume fizički nasilni po prirodi, drugi su psihološki. Neki uobičajeni izvori traume uključuju nasilje u obitelji, silovanje, teške bolesti, smrt voljene osobe, prirodne katastrofe ili svjedočenje činu nasilja. Trauma je često, ali nije uvijek, povezana s prisutnošću na mjestu događaja koji izaziva traumu. Moguće je doživjeti traumu i nakon svjedočenja nečemu iz daljine (Resnick, 2014).

Ljudi koji su pretrpjeli traumatične događaje često će djelovati potreseno i dezorijentirano. Možda neće htjeti razgovarati kao što bi obično činili i često će se činiti povučenima ili odsutnima čak i dok govore. Još jedan znak koji može ukazivati na traumatizaciju je tjeskoba. Anksioznost zbog traume može se očitovati u problemima poput noćnih mora, razdražljivosti, loše koncentracije i promjene raspoloženja. Pojedinci na traumu reagiraju na različite načine. Ponekad se trauma gotovo ne primjećuje čak ni u krugu najbližih prijatelja i obitelji žrtve. Trauma se može manifestirati danima, mjesecima ili čak godinama nakon stvarnog događaja. Ona se najčešće manifestira kroz emocije kao što su ljutnja ili tuga. Žrtva traume može preusmjeriti prekomjerne emocije koje doživljava prema drugim izvorima, poput prijatelja ili članova obitelji. Osim emocija, trauma se manifestira i fizičkim simptomima kao što su umor, loša koncentracija i ubrzani rad srca (Van der Kolk, 2003).

Složena trauma odnosi se na višestruku ili kroničnu izloženost razvojno nepovoljnoj interpersonalnoj viktimizaciji, fizičkom, seksualnom i emocionalnom zlostavljanju i zanemarivanju,

nasilju u obitelji i zajednici. Obično je međuljudska. Ona uključuje stanje „biti ili osjećati se zarobljeno“, pojavljuje se kumulativno ili se ponavlja. Također negativno utječe na samopoštovanje, identitet osobe, te reguliranje emocija. Pojedinci se na razne načine nose sa složenom traumom. Neke od strategija koje koriste su konzumiranje alkohola i droga, samopovređivanje, prekomjerna ili nedovoljna prehrana, prekomjerni rad, što ima dodatne negativne učinke na emocionalno i fizičko zdravlje, dobrobit, odnose i svakodnevno funkcioniranje (Courtois, 2008).

Traumatski stres također se dijeli se na akutni i kronični. Akutna trauma je jedan traumatični događaj koji je vremenski ograničen kao, primjerice, prirodna katastrofa, teška nesreća, gubitak bliske osobe. Tijekom akutnog događaja osoba prolazi kroz razne osjećaje, misli i fizičke reakcije koje zastrašuju i doprinose osjećaju preplavljenosti. Kronična trauma odnosi se na iskustvo višestrukih traumatičnih događaja. To mogu biti višestruki i raznoliki događaji. Učinci kronične traume često su kumulativni, jer svaki događaj služi da podsjeti osobu na prethodnu traumu i pojača negativan utjecaj (Van der Kolk, 2003). Da trauma zahvaća veliki broj ljudi govori i sama statistika. Tako 30-70% osoba na ambulantnom liječenju i 40-72% onih u bolničkom liječenju navode iskustvo traume (Newman i sur., 1998.) Također, 75% osoba koje su koristile drogu bile su žrtve fizičkog ili seksualnog nasilja, te u mnogim zemljama koje su proživjele rat više od 60% djece je traumatizirano (SAMHSA, 2000).

Traumatična reakcija podijeljena je na tri skupine simptoma. Prva skupina se odnosi na izbjegavanje traumatičnog događaja ili otupljenost, u drugoj skupini osoba ponovno proživljava traumatični događaj i u posljednjoj skupini dolazi do hiperuzbuđenja u kojem je osoba u stanju u kojem doživljava povećane reakcije na podražaje (povećana razina budnosti, ubrzan rad srca, ubrzano disanje). Ukoliko hiperuzbuđenje dugo traje, razvijaju se problemi s društvenom vezanošću kao što su prekomjerna ovisnost ili izolacija, zatim agresija prema sebi i drugima, te nemogućnost modulacije seksualnih impulsa (Reyes i sur., 2008).

Glavna područja mozga pod utjecajem traume su amigdala, hipokampus i ventromedijalni prefrontalni korteks. Oni su dio stresnog kruga u mozgu koji može objasniti zašto se traumatični stres nastavlja dugo nakon završetka događaja. Promjene u ovim dijelovima mozga mogu biti odgovorne i za specifične simptome PTSP-a (Reyes i sur., 2008). Hipokampus je dio mozga koji je odgovoran za ponovno sjećanje i razlikovanje prošlih i sadašnjih iskustava. Žrtve PTSP-a gube volumen u hipokampusu zbog povišenog hormona stresa. Kao rezultat toga, oni mogu imati problema s prepoznavanjem razlike između prošlosti i sadašnjosti što ih vodi da izbjegnu situacije koje ih podsjećaju na njihovu traumu. Gubitak volumena također se odvija u ventralnom prefrontalnom korteksu koji kontrolira odgovor na emocije. Gubitak volumena u ovom području može žrtvama PTSP-a otežati

kontrolu njihovih reakcija i ponašanja. Oni također mogu imati uvećanu amigdalnu što uzrokuje njihovo negativno raspoloženje i daljnje poteškoće u kontroli emocija (Reyes i sur., 2008).

Traumatizacija se može podijeliti na dvije temeljne vrste: primarnu i sekundarnu. One se razlikuju u načinu na koji je osoba izložena traumi, a ona može biti izravan ili neizravan. *Primarna traumatizacija* je tako proces koji se može dogoditi prilikom izravnog kontakta s traumatičnim događajem, koji većinom izaziva snažnu emocionalnu reakciju. Primjer takvih događaja bila bi prijetnja smrću ili fizičkom integritetu osobe, neka druga vrsta ozbiljne ozlijeđe ili bilo koja situacija u kojoj postoji mogućnost za smrću. No, ne mora biti slučaj da će svaki izravan kontakt s traumom nužno dovesti do traumatizacije (Zimering i sur., 2003). Za razliku od primarne, *sekundarna traumatizacija* odnosi se na proces koji se događa prilikom neizravnog dodira pojedinca s traumom, kao što je npr. zajedničko stanovanje ili skrb za nekoga tko je proživio neku vrstu traume ili proživljava proces traumatizacije. Najbolji primjer osoba koje su pod većim rizikom za pojavu sekundarne traumatizacije su supruge muževa s PTSP-om. Naime, one su većinu vremena pod stresom što može dovesti do stanja kroničnog stresa. Takvo stanje rezultat je toga što njihovi muževi postaju psihički, a neki od njih i fizički, odsutni što kod njihovih suprugica može izazvati nesiguran i negativan doživljaj svijeta oko sebe (Maloney, 1988).

4. Poremećaji povezani uz stres i traumu

Poremećaji povezani uz stres i traumu uključuju poremećaje u kojima je izloženost traumatičnom ili stresnom događaju izričito navedena kao dijagnostički kriterij. To uključuje reaktivni poremećaj privrženosti, dezinhbirani poremećaj socijalnog uključivanja, posttraumatski stresni poremećaj, akutni stresni poremećaj i poremećaje prilagodbe. Psihološka bol nakon izlaganja traumatičnom ili stresnom događaju vrlo je promjenjiva. U nekim slučajevima simptomi se mogu dobro razumjeti unutar konteksta anksioznost-strah. Međutim, mnogi pojedinci koji su bili izloženi traumatičnom stanju ili stresnom događaju ispoljavaju fenotip u kojem su kliničke karakteristike, umjesto anksioznosti ili straha, anhedonski i disforni simptomi, disocijativni simptomi i ispadi ljutnje i agresije (American Psychiatric Association, 2013).

Poremećaj reaktivne privrženosti karakterizira obrazac izrazito razvojno neprikladnog ponašanja vezanosti. Bitna karakteristika je odsutnost ili nerazvijena povezanost između djeteta i odraslih osoba koje se skrbe o njemu. Poremećaji reaktivne privrženosti odnose se na stanje prisutno kod djece koja nisu dobivala pažnju te stoga nisu formirala zdravu emocionalnu povezanost s primarnim skrbnicima, prije pete godine (odnosi se obično na majke). Smatra se da djeca s poremećajem reaktivne privrženosti mogu formirati selektivnu privrženost. Međutim, zbog ograničenih mogućnosti tijekom ranog razvoja, oni ne prikazuju ponašanja selektivnih privrženosti. Dakle, poremećaj je povezan s nedostatkom

očekivanog traženja ugone i odgovora na utješno ponašanje. Kao takva, djeca s reaktivnim poremećajem privrženosti pokazuju smanjenu ili odsutnu izraženost pozitivnih emocija tijekom svakodnevnih interakcija s njegovateljima. Dijagnoza poremećaja reaktivne privrženosti ne smije se postavljati djeci koja u razvoju nisu sposobna formirati selektivnu privrženost. Iz tog razloga dijete mora imati razvojnu dob od najmanje 9 mjeseci. Poremećaj reaktivne privrženosti često se povezuje s autizmom, depresivnim poremećajima i poremećajem intelektualnog razvoja (Zeanah i sur., 2004).

Dezinhibirani poremećaj socijalnog uključivanja odnosi se na obrazac ponašanja koji uključuje kulturalno neprimjereno pretjerano prisno ponašanje s relativnim strancima. Ovo pretjerano prisno ponašanje krši društvene granice kulture. Zbog socijalne impulzivnosti dezinhibirani poremećaj socijalnog uključivanja često se veže uz hiperaktivni poremećaj ili poremećaj manjka pažnje (American Psychiatric Association, 2013).

Prisutnost emocionalnih ili bihevioralnih simptoma kao odgovora na stres koji se može identificirati, osnovno je obilježje poremećaja prilagodbe. Stresor može biti pojedinačni događaj ili može biti više stresora. Stresori mogu biti neprekidni (npr. trajni invaliditet) ili se mogu ponavljati (npr. sezonske poslovne krize). Također, oni ne utječu samo na pojedinca već i na grupu, zajednicu ili čitavu obitelj. Često se i vezuju uz razvojne događaje kao što su napuštanje roditeljskog doma, ulazak u brak i sl. Nakon smrti voljene osobe poremećaji prilagodbe mogu se dijagnosticirati kada trajnost, intenzitet ili kvaliteta reakcija tuge premaši ono što se uobičajeno može očekivati. Poremećaji prilagođavanja usko su povezani s velikim depresivnim poremećajem, posttraumatskim stresnim poremećajem, akutnim stresnim poremećajem i poremećajem ličnosti (Friedman i sur., 2011).

4.1 Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) je poremećaj koji se razvija kod nekih ljudi koji su doživjeli šokantan, zastrašujući ili opasan događaj. Prirodno je osjećati strah tijekom i nakon traumatične situacije. Strah pokreće tijelo kako bi se pomoglo obraniti od opasnosti ili izbjeći je. Ovaj odgovor „borbe ili bijega“ tipična je reakcija namijenjena zaštiti osobe od štete. Gotovo svi će doživjeti niz reakcija nakon traume, no većina ljudi se oporavlja od početnih simptoma prirodnim putem. Onima koji i dalje imaju problema, može se dijagnosticirati PTSP (Bryant, 2011). Naime, PTSP nastupa zbog izloženosti traumatskom događaju koji se sastoji od dvije komponente: 1) pojedinac je iskusio ili se suočio sa situacijama koje su imale neposredan ili potencijalan rizik od stradavanja, smrti, kao i mogućnost ugrožavanja vlastitog ili tuđeg fizičkog integriteta; 2) javljanje visokih razina straha, osjećaja beznađa ili

nemoći kao posljedice prisustvovanja traumatskom događaju. Traumatski se događaj konstantno iznova proživljava na jedan ili više načina: 1) prisjećanje događaja koje obuhvaća misli, percepcije i slike istog; 2) ponašanje i doživljavanje emocija kao da se traumatski događaj iznova odvija koje je popraćeno halucinacijama, iluzijama te epizodama disocijativnih flashbackova prilikom intoksikacije i buđenja; 3) često sanjanje traumatskog događaja; 4) pojava visokih razina psihološkog stresa prilikom susretanja s unutarnjim/vanjskim podražajima koji na neki način karakteriziraju traumatski događaj i 5) izazivanje fiziološke reakcije prilikom izloženosti internalnim i eksternalnim podražajima koji se odnose ili podsjećaju na neki aspekt traumatskog događaja. Simptomi obično počinju rano, unutar 3 mjeseca od traumatičnog incidenta, ali ponekad počinju godinama nakon toga. Simptomi moraju trajati više od mjesec dana i biti dovoljno ozbiljni da ometaju odnose ili posao. Tijek bolesti varira. Neki se oporavljaju u roku od 6 mjeseci, dok drugi imaju simptome koji traju mnogo duže. Kod nekih ljudi stanje postaje kronično (American Psychiatric Association, 2013).

Simptomi ponovnog proživljavanja događaja uključuju flashback - ponovno proživljavanje traume iznova, uključujući fizičke simptome poput ubrzanog srca ili znojenja, noćnih mora, zastrašujućih misli. Ponovno pojavljivanje simptoma može uzrokovati probleme u svakodnevnoj rutini osobe. Simptomi mogu početi od vlastitih misli i osjećaja. Riječi, predmeti ili situacije koje podsjećaju na događaj također mogu potaknuti ponovno doživljavanje simptoma (Sar, 2011).

Simptomi izbjegavanja uključuju držanje podalje od mjesta, događaja ili predmeta koji podsjećaju na traumatični doživljaj. Izbjegavanje misli ili osjećaja povezanih s traumatičnim događajem. Navedeni simptomi mogu rezultirati promjenom osobne rutine. Na primjer, nakon loše prometne nesreće, osoba koja obično vozi može izbjeći vožnju ili vožnju u automobilu (Sar, 2011).

Simptomi pobuđenosti i reaktivnosti uključuju plašljivost, osjećaj napetosti, poteškoće spavanja i agresivne ispade. Simptomi uzbuđenja obično su stalni, umjesto da ih pokreću stvari koje podsjećaju na jedan od traumatičnih događaja. Ovi simptomi mogu učiniti da se osoba osjeća stresno i bijesno. Oni mogu otežati obavljanje dnevnih poslova, poput spavanja, jedenja ili koncentracije.

Simptomi negativne promjene kognicije i raspoloženja uključuju problematično pamćenje ključnih značajki traumatičnog događaja, negativne misli o sebi ili svijetu, iskrivljeni osjećaji poput krivnje ili krivice, gubitak interesa za ugodne aktivnosti. Simptomi kognicije i raspoloženja mogu započeti ili se pogoršati nakon traumatičnog događaja, ali nisu posljedica ozljede ili upotrebe tvari. Ovi simptomi mogu učiniti da se osoba osjeća otuđeno ili odvojeno od prijatelja ili članova obitelji. Prirodno je da se neki od ovih simptoma imaju nakon opasnog događaja. Kad ljudi imaju vrlo ozbiljne simptome koji nestaju nakon nekoliko tjedana, to se naziva akutnim stresnim poremećajem. Ako simptomi traju

više od mjesec dana, ozbiljno utječu na nečiju sposobnost funkcioniranja, a ne nastaju zbog uporabe tvari, medicinskih bolesti ili bilo čega drugog osim samog događaja, to bi mogao biti PTSP. Neki ljudi s PTSP-om ne pokazuju simptome tjednima ili mjesecima. PTSP često prati depresija, zlorporaba tvari ili jedan ili više drugih anksioznih poremećaja (American Psychiatric Association, 2013).

Djeca i tinejdžeri mogu imati ekstremne reakcije na traumu, ali neki od njihovih simptoma možda nisu isti kao kod odrasli. Mlađa djeca pokazuju više otvorene agresije i destruktivnosti, te je iz njih teže iščitati znakove emocionalne otupljenosti. Stoga se PTSP kod djece pogotovo male djece, mlađe od šest godina, razlikuje od PTSP-a kod odraslih. Simptomi koji se ponekad pokazuju mogu uključivati: mokrenje u krevet nakon što se naučio koristiti toalet, nemogućnost komunikacije, glumljenje zastrašujućeg događaja tijekom igranja, biti neobično vezan za roditelja ili drugu odraslu osobu. Starija djeca i tinejdžeri imaju veću vjerojatnost da pokazuju simptome slične onima koji se vide kod odraslih. Također mogu razviti destruktivno ponašanje. Starija djeca i tinejdžeri mogu se osjećati krivima jer nisu spriječili ozljede ili smrt, te možda imaju i osvetničke misli (Sar, 2011).

Svatko može razviti PTSP u bilo kojoj dobi. To uključuje branitelje, djecu i ljude koji su bili fizički ili seksualno napadnuti, žrtve zlostavljanja, nesreće, katastrofe ili drugih ozbiljnih događaja. Prema Nacionalnom centru za psihotraumu pri Kliničkom bolničkom centru Zagreb, oko 7 ili 8 od svakih 100 ljudi doživjet će PTSP u nekom trenutku svog života. Žene imaju veću vjerojatnost da će razviti PTSP od muškaraca, a genetske predispozicije mogu povećati vjerojatnost da će neki ljudi razviti PTSP za razliku od drugih. No, mnogi čimbenici igraju ulogu u tome hoće li osoba razviti PTSP. Moderatoru su oni koji povećavaju odnosno smanjuju rizik kod osoba koje su izložene traumatskim događajima. Primjeri toga su okolnosti tijekom samog događaja (npr. osjećaj uhvaćenosti u zamku, osjećaj užasnutosti), okolnosti nakon događaja (npr. podrška obitelji), osobine osobe (atribucijski stil ili pasivno suočavanje). Okolnosti tijekom samog događaja kao što je osjećaj užasnosti povećavaju rizik od razvitka PTSP-a jer tada osoba osjeća kao da ne može kontrolirati situaciju niti svoje reakcije. Socijalna podrška, podrška obitelji znatno smanjuje rizik od razvitka PTSP-a. Pojedincu tada obitelj predstavlja oslonac, podržava ga i pomaže u prilagodbi. Osobine ličnosti to jest depresivni atribucijski stil odnosi se na zaključivanje o uzrocima događaja na način da se negativni događaji pripisuju internalnim, stabilnim i globalnim uzrocima, što dovodi do bespomoćnosti ili beznadnosti te može pospješiti razvoj PTSP-a (Babock, Roseman, Green i Ross, 2008). Neki čimbenici koji mogu promicati oporavak nakon traume uključuju: traženje podrške od drugih ljudi, kao što su prijatelji i obitelj, pronalaženje grupe za podršku nakon traumatičnog događaja, pozitivno suočavanje s lošim iskustvom i učenje iz njega, biti sposoban djelovati i učinkovito reagirati usprkos osjećaju straha (American Psychiatric Association, 2013).

Prilikom istraživanja proživljene traume, općenito se najčešće ispituje posttraumatski poremećaj. Na području Republike Hrvatske veliki interesi za ovo područje pojavili su se nakon Domovinskog rata zbog sve većeg broja osoba kojima je dijagnosticiran PTSP. Iz tog razloga, jedno se istraživanje fokusiralo na proučavanje razlika u dimenzijama PIE upitnika kod pojedinaca s različitim razinama intenziteta PTSP-a. Pomoću navedenog upitnika dobiva se profil prema kojem je rezultat na većini dimenzija ili ekstremno nizak ili ekstremno visok. Istraživanje uključivalo je 132 veterana s dijagnosticiranim kroničnim PTSP-om koji su se od 2000. do 2005. godine liječili u Psihijatrijskoj bolnici "Sveti Ivan" u Zagrebu. Rezultati su pokazali različitost na više dimenzija PIE upitnika kod uzoraka veterana s višim ili nižim intenzitetom PTSP-a. Te razlike pokazale su se na dimenzijama agresivnosti, socijalnosti, pristranosti, te povjerljivosti i nepovjerljivosti. Iz tog razloga, pretpostavlja se da veterani s višim razinama PTSP-a biraju društveno nepoželjnije odgovore, te se opisuju agresivnijima, nepovjerljivijima i manje društvenima (Mršić i Bogović, 2008).

4.2 Akutni stresni poremećaj

Akutni stresni poremećaj je stanje mentalnog zdravlja koje se može javiti odmah nakon traumatičnog događaja. ASP je relativno nova psihološka dijagnoza. Američko psihijatrijsko udruženje prvo ga je predstavilo u četvrtom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika poremećaja mentalnog zdravlja 1994. godine. Ljudi mogu razviti ASP nakon što su doživjeli jedan ili više traumatičnih događaja. Traumatični događaj može uzrokovati značajnu fizičku, emocionalnu ili psihološku štetu. Osoba može razviti ASP u bilo kojem trenutku svog života. Međutim, neki ljudi mogu imati veći rizik od razvoja ovog stanja (Friedman i sur., 2011). Čimbenici koji pojedincu mogu povećati rizik od razvoja ASP-a uključuju: prethodna svjedočenja, saznanja o traumatičnom događaju, povijest drugih poremećaja mentalnog zdravlja, povijest disocijativnih reakcija na prošle traumatične događaje, dob mlađa od 40 godina, te ženski spol.

Simptomi ASP spadaju u pet širokih kategorija:

- a) Simptomi prodora (do njih dolazi kada osoba nije u mogućnosti zaustaviti ponovni pregled traumatičnog događaja)
- b) Negativno raspoloženje
- c) Disocijativni simptomi (nedostatak svijesti o okolini, promijenjeni osjećaj stvarnosti, i nemogućnost pamćenja dijelova traumatičnog događaja)
- d) Simptomi izbjegavanja
- e) Simptomi uzbuđenja (nesanica, poteškoće s koncentracijom i agresivnošću)

Osobe s ASP-om također mogu razviti dodatne poremećaje mentalnog zdravlja, poput anksioznosti i depresije (American Psychiatric Association, 2013).

Akutni stres se u današnjem svijetu sve češće spominje, te se često pojavljuje kod važnih životnih događaja. Jedan primjer takvih događaja bio bi rođenje djeteta. Unatoč tome što on ne predstavlja reprezentativnu situaciju za oba spola, ona u većoj ili manjoj mjeri utječe na oba roditelja, posebice ukoliko žive zajedno. Ta nereprezentativnost javlja se iz razloga što ova situacija ima veći utjecaj na žene zbog činjenice da su one te koje rađaju dijete i jer je dijete više ovisno o majci. To je vidljivo u jednom istraživanju akutnog stresa među roditeljima novorođenčadi u dječjem vrtiću neonatalne intenzivne njege u kojem je sudjelovalo 40 roditelja. Svi su ispunili upitnike za samoizvještavanje 2 do 4 tjedna nakon hospitalizacije njihove dojenčadi. Sve simptome poremećaja akutnog stresa doživjelo je 28 % roditelja. Značajno je da nitko od očeva nije ispunio sve simptomatske kriterije za dijagnozu ASP, ali gotovo polovica majki jest. Povećana razina majčinog distresa pripisuje se s većom psihološkom uključenosti u brigu o djetetu. Očevi imaju veću vjerojatnost da će smanjiti ozbiljnost problema, minimizirati vlastiti emocionalni odgovor i potrošiti više energije podržavajući svoje supružnike tijekom hospitalizacije. Također, očevi će vjerojatnije poduzeti instrumentalne mjere za rješavanje specifičnih aspekata krize, budući da majke imaju tendenciju da se koriste izbjegavajućim metodama suočavanja koje ih mogu učiniti sklonijim psihološkim nevoljama. Nađeno je da simptomi ASP značajno povezani s roditeljskim stresom. Promjena u roditeljskoj ulozi - uključujući to da nisu u stanju pomoći, zadržati ili skrbiti o djetetu, zaštititi dijete od boli ili podijeliti brigu o njemu s drugim članovima obitelji - bio faktor najjače povezana sa simptomima ASP-a. Zaključci ovog istraživanja pokazali su da su obiteljska kohezija i ekspresivnost povezani s manje psihološkim nevoljama roditelja (Shawn i sur., 2006).

Poremećaj akutnog stresa i posttraumatski stresni poremećaj često se uspoređuju, te se svode na jednake entitete, no oni su zapravo zasebni. ASP pojavljuje se prije PTSP-a, te postaje snažan prediktor kasnijeg razvoja PTSP-a. Njega je mnogo teže dijagnosticirati nego PTSP zbog toga što ljudi osjećaju sram ukoliko nisu prebrodili određenu traumu. Stoga zatamljuju svoje osjećaje, te se ne provodi terapijska intervencija jer je period od mjesec dana prošao te se razvio PTSP (Bryant, 2011).

5. Disocijativni poremećaji

Disocijativni poremećaji su vrsta poremećaja koji uključuju probleme s pamćenjem, emocijama, identitetom, ponašanjem, svijest o sebi i percepcijom. Oni mogu potencijalno oštetiti svako područje funkcioniranja. Disocijativni simptomi uključuju osjećaj kao da se osoba nalazi izvan vlastitog tijela ili proces odvajanja, te gubitak pamćenja ili amnezije. Disocijativni poremećaji često su povezani s prethodnim iskustvom traume, stoga su usko povezani uz poremećaje povezane s traumom i stresom.

Samo značenje riječi disocijacija odnosi se na nesklad između čovjekovih misli, osjećaja, djela, sjećanja ili osjećaja o onome tko je ona. To je normalan proces koji su svi iskusili. Primjer blage, uobičajene disocijacije je sanjarenje. Radi se, dakle, o gubitku kontakta sa sviješću o neposrednoj okolini. Disocijacija može pomoći osobi tijekom traumatičnog iskustva da podnese ono što bi inače moglo biti preteško podnijeti. Osoba tada može rastaviti sjećanje na mjesto, okolnosti ili osjećaje zbog utjecajnog događaja, psihički pobjeći od straha, boli i užasa. To može otežati kasnije pamćenje detalja iz iskustva, kako izvještavaju mnogi koji su preživjeli katastrofe i nesreće. Postoje tri vrste disocijativnih poremećaja: disocijativni poremećaj identiteta, disocijativna amnezija, poremećaj depersonalizacije / derealizacije (Friedman i sur., 2011).

5.1 Disocijativna amnezija

Ono što definira disocijativnu amneziju je nemogućnost prisjećanja važnih autobiografskih podataka koji trebaju biti uspješno pohranjeni u memoriji i biti lako pamtljive. Disocijativna amnezija razlikuje se od trajne amnezije zbog neurobioloških oštećenja koja sprečavaju pohranjivanje memorije. Postoje tri vrste disocijativne amnezije, a to su: a) lokalizirana - nije u stanju zapamtiti događaj ili razdoblje, b) selektivna - nesposobno se sjetiti određenog aspekta nekog događaja, i c) potpuni gubitak identiteta i povijesti života (Staniloiu i Markowitsch, 2015).

5.2 Poremećaj depersonalizacije/ derealizacije

Poremećaj depersonalizacije/ derealizacije uključuje trajno ili ponavljajuće iskustvo jednog ili oba stanja. Depersonalizacija odnosi se na iskustva nestvarnosti ili odvojenosti od tijela ili uma. Ljudi se mogu osjećati kao da su izvan svog tijela i promatraju događaje koji im se događaju. Derealizacija je osjećaj iskustva nestvarnosti ili odvojenosti od okoline. Ljudi se mogu osjećati kao da stvari i ljudi u svijetu oko njih nisu stvarni. Tijekom tih izmijenjenih iskustava osoba je svjesna stvarnosti, te da je njezino iskustvo neobično. Iskustvo je vrlo uznemirujuće, iako se osoba može činiti bez ikakvih emocija (Kihlstrom, 2005).

5.3 Disocijativni poremećaj identiteta

Disocijativni poremećaj identiteta prethodno se nazivao višestrukim poremećajem ličnosti. Povezan je s velikim brojem iskustava, traumatičnim događajima i/ili zlostavljanjem koji su se dogodili u djetinjstvu.

Definirajuća značajka disocijativnog poremećaja identiteta je prisutnost dvaju ili više distinktnih stanja ličnosti ili iskustvo posjedovanja. Hoće li ova stanja ličnosti biti prikrivena ili očita varira od

pojedinačve motivacije, aktualne razine stresa, kulture, emocionalnosti, unutarnjih sukoba i dinamike. Prilikom utjecaja značajnih psihosocijalnih pritisaka, disfunkcije u identitetu mogu potrajati duži vremenski period. No, manifestacije tzv. privremenih identiteta češće se javljaju kod obuzetih forma disocijativnog poremećaja u odnosu na neobuzete. Moguće objašnjenje toga je da većina pojedinaca s neobuzetom formom disocijativnog poremećaja identiteta u dužem vremenskom periodu otvoreno ne pokazuje prekid identiteta, ali postoji jako mali postotak osoba kod kojih su izmjene identiteta uočljive (Merckelbach i Rasquin, 2001). Kad se alternativna stanja ličnosti ne promatraju izravno, poremećaj može biti prepoznat po dvije skupine simptoma: a) nagle promjene ili prekidi doživljaja kontrole i selfa b) ponavljajuće disocijativne amnezije. Simptomi navedenog poremećaja povezani su s prekidima iskustva koji mogu utjecati na bilo koji aspekt funkcioniranja pojedinca. Pojedinci s disocijativnim poremećajem identiteta mogu izjaviti da su odjednom postali depersonalizirani promatrači "vlastitog" govora i vlastitih postupaka koje osjećaju da su nemoćni da ih zaustave. Takve osobe mogu izvještavati o percepciji glasova (npr. plač, glas, djetetov glas...). Postoje slučajevi u kojima se glasovi doživljavaju kao neovisni, zbunjujući potoci misli nad kojima pojedinac nema kontrolu. Snažne emocije, impulsi, pa čak i govor ili druge radnje mogu se iznenada pojaviti, bez osjećaja osobne kontrole (Kihlstrom, 2005). Pojedinci mogu osjećati da se njihova tijela osjećaju drugačije (npr. kao malo dijete, poput suprotnog spola). Identiteti u obliku posjedovanja u poremećaju disocijativnog identiteta obično se manifestiraju kao ponašanja koja izgledaju kao da je "duh", natprirodno biće ili vanjska osoba preuzela kontrolu, tako da pojedinac počinje govoriti ili djelovati na izrazito drugačiji način.

Potpuni poremećaj može se pokazati u gotovo bilo kojoj dobi (od najranijeg djetinjstva do kasnog života). No, promjene identiteta se ne pojavljuju u djetinjstvu već u adolescenciji. Psihološka dekompenzacija i promjene identiteta mogu se pojaviti u slučaju smrti bliske osobe, odmicanjem od traumatske situacije, kada djeca pojedinca dožive dob kada je proživljena trauma ili kasnije traumatično iskustvo (Merckelbach i Rasquin, 2001). Kulturalna pozadina pojedinca može utjecati na mnoge značajke disocijativnog poremećaja. Primjerice, akulturacija ili produljeni međukulturni kontakt može oblikovati karakteristike drugih identiteta (npr. identiteti u Indiji mogu govoriti isključivo engleski i nose zapadnjačku odjeću). Kod žena s disocijativnim poremećajem identiteta češće su prisutna akutna disocijativna stanja (npr. amnezija, halucinacije, flashback, tuga, samokažnjavanje). Muškarci obično pokazuju više agresivnog ponašanja u odnosu na žene. Pokušaji samoubojstva i druga samošetna ponašanja uobičajena su među osobama s disocijativnim poremećajem identiteta. Više od 70 posto pacijenata s disocijativnim poremećajem identiteta pokušalo je samoubojstvo (American Psychiatric Association, 2013).

U velikoj se mjeri rasprave o disocijativnom poremećaju identiteta vrte oko načina na koji bi se interpretirala stanja identiteta (promjene) za koje se smatra da su tipična za ovo stanje: jesu li metafore ili su oni pravi akteri? Postoje istraživanja koja pokazuju da se promjene razlikuju po svom fiziološkom profilu. Jedno istraživanje provedeno je na 28 studenata. Studenti su čuli zvučnu verziju vrlo averzivne pripovijesti . Zatim su suočeni s dvije serije od 12 riječi . U svakoj seriji polovica riječi (asocijativne riječi) odnosila se na priču , dok druga polovica (kontrolne riječi) nije bila povezana sa sadržajem priče. Za eksperiment odabrane su asocijativne i kontrolne riječi tako da se značajno razlikuju u mjeri u kojoj se odnose na pripovijedanje, ali ne i u njihovoj emocionalnoj vrijednosti. Jedan niz asocijacija i kontrolnih riječi predstavljen je sudionicima dok su simulirali promjenu amnezije, dok je ostali niz predstavljen dok su simulirali traumatičnu izmjenu. Iz rezultata dobiveno je da zdravi ljudi mogu doživjeti više alter stanja, tako da ta stanja prate različiti fiziološki profili. Ipak, podaci o slobodnom dosjećanju ukazuju na to da su se učenici sjetili više asocijacija nego kontrolnih riječi i da u tom pogledu nisu postojale razlike između amnezije i traumatičnih promjena. Dakle, otkrića pokazuju biološke razlike između promjena uloga u nedostatku istinskih efekata pamćenja. Drugo, čini se da su ove razlike najznačajnije kod pojedinaca koji visoko ocjenjuju maštovitost, tj. kod pojedinaca koji su talentirani za igranje uloga (Merckelbach i Rasquin, 2001).

6. Tretmani poremećaja vezanih uz stres i traumu

Iako poremećaji vezani uz stres i traumu uzrokuje velike smetnje i oštećenja, oni se mogu liječiti i kontrolirati. Liječenje u okruženju predstavlja jedan od najučinkovitijih načina za rješavanje trauma. Tamo se pacijent može liječiti raznim terapijama, uključujući kognitivnu bihevioralnu terapiju koja pomaže u promjeni negativnih obrazaca misli i ponašanja. U dosadašnjim istraživanjima najbolji rezultati su dobiveni ukoliko se kombiniraju somatski i psihološki tretmani.

6.1 Somatske terapije

Somatska terapija je oblik terapije koji je usredotočen na tijelo, te promatra povezanost tijela i uma koristeći fizikalnu terapiju i psihoterapiju za izlječenje. Neke od vrsta somatskih terapija koje se koriste kod liječenja traume su farmakoterapija i desenzibilizacija i reprocessiranje očnih pokreta (Marzilier, 2014).

6.1.1 Farmakoterapija

Farmakoterapija se u ovom kontekstu odnosi se na upotrebu lijekova koji su testirani za liječenje simptoma poremećaja izazvanih traumom. Oni uključuju selektivne inhibitore ponovne pohrane

serotonina (SSRI) i druge antidepresive, benzodiazepine, propranolol, morfin, hidrokortizon, i dokozaheksaenoična kiselina. Antidepresivi su vrsta lijekova koji ispravljajući kemijske neravnoteže neurotransmitera u mozgu smanjuju simptome depresivnih poremećaja. Kemijske neravnoteže mogu biti odgovorne za promjene ponašanja i raspoloženja. Antidepresivi djeluju tako što inhibiraju ponovni unos specifičnih neurotransmitera, te tako povećavaju njihovu razinu oko živaca u mozgu. Taj proces je vidljiv kod selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SSRI), antidepresiva koji utječu na razinu serotonina u mozgu. Kod korištenja SSRI-a klinička ispitivanja nisu našla koristi u liječenju simptoma poremećaja akutnog stresa u usporedbi s placebom. Pokazalo se da su SSRI-ovi učinkoviti u smanjenju simptoma u bolesnika s PTSP-om. Osim antidepresivna koristi se i benzodiazepin koji je vrsta lijeka koji se primarno koriste za liječenje akutne anksioznosti, uznemirenosti, poremećaja spavanja u neposrednom razdoblju nakon traumatskog događaja. Točan mehanizam djelovanja benzodiazepina nije poznat, ali čini se da djeluje utječući na neurotransmitere u mozgu. Jedan od tih neurotransmitera je gama-aminobutirna kiselina (GABA). Znanstvenici vjeruju da pretjerana aktivnost živaca može biti uzrok anksioznosti i drugih psiholoških poremećaja, a benzodiazepini tada djeluju na način da smanjuju aktivnost živaca pojačavajući učinke GABA u mozgu i leđnoj moždini. Također, postoji i propranolol koji pripada vrsti lijekova koji se nazivaju beta blokatori. Oni prvenstveno služe kao lijekovi za rad srca, no koriste se i kod anksioznosti jer umanjuju periferne simptome kao što je znojenje, treskavica. Propranolol može imati i drugi koristan učinak jer može suzbiti dugotrajno čuvanje emocionalnih sjećanja, on utječe na formaciju snažnih emocionalnih sjećanja koja bi se inače mogla pretvoriti u traumu (Herman i Kolk, 2009).

6.1.2. Desenzibilizacija i reprocessiranje očnih pokreta (EMDR)

Desenzibilizacija i reprocessiranje očnih pokreta (EMDR) psihoterapijski je tretman koji je izvorno osmišljen kako bi ublažio nevolje povezane s traumatičnim uspomnama (Shapiro; 2001 prema Wesselmann, 2013). Shapirin (2001) model adaptivne obrade informacija smatra da EMDR terapija olakšava pristup i obradu traumatičnih sjećanja i drugih nepovoljnih životnih iskustava kako bi ih doveli do adaptivnog rješavanja. Nakon uspješnog liječenja EMDR terapijom, ublažava se afektivna tegoba, preformuliraju se negativna uvjerenja i smanjuje se fiziološka uzbuđenost. Za vrijeme EMDR terapije, klijent je izložen emocionalno uznemirujućim materijalima u kratkim sekvencijskim dozama, istovremeno usredotočujući se na bilateralnu stimulaciju. Dakle pokretima očiju klijent treba pratiti podražaj (svijetlo ili kretanje prsta) koje ide lijevo-desno. Shapiro (2001) pretpostavlja da EMDR terapija olakšava pristup traumatičnoj memorijskoj mreži tako da se poboljšava obrada informacija, stvarajući nove asocijacije između traumatične memorije i prilagodljivijih memorija ili informacija. Smatra se da ove nove asocijacije rezultiraju potpunom obradom informacija, novim učenjem, uklanjanjem

emocionalnih nevolja i razvojem kognitivnih uvida (Wesselmann, 2013).

6.2 Psihoterapije

Neki od psihoterapijskih postupaka koji se koriste u liječenju traume su: bihevioralna terapija, kognitivno bihevioralna terapija, grupni tretmani i psihodinamska terapija (Marzillier, 2014).

Psihodinamska terapija jedna je najstarijih oblika terapija kod kojih je naglasak na nejasnom umu u kojem su smješteni uznemirujući osjećaji, porivi i misli. Unatoč tome što su ti osjećaji i misli izvan pojedinčeve svijesti, oni i dalje utječu na čovjekovo ponašanje. Kako bi došlo do promjene u ponašanju osoba mora stupiti u kontakt s tim nesvjesnim dijelom uma. Prilikom toga, terapeut pomaže u prepoznavanju obrambenih mehanizama koje osoba prakticira te joj objašnjava kako oni funkcioniraju i kako se s njima suočiti (Marzillier, 2014).

Najčešći oblik bihevioralne terapije je terapija izlaganjem. U terapiji izlaganja osoba se postupno suočava sa situacijama koje stvaraju tjeskobu sve dok se ne počne osjećati smirenije i opuštenije. Često to rezultira time da pojedinac uči da je strah ili negativna emocija neopravdana, što zauzvrat omogućava da se strah smanji. Postoji više vrsta terapija izlaganja kao što su imaginativno izlaganje (pojedinac zamišlja događaj koji mu izaziva strah), in vivo izlaganje (izloženost se pojavljuje u terapiji), te sustavna desenzibilizacija (pojedinac je izložen uzastopnim situacijama koje izazivaju strah). Navedena terapija smanjuje anksioznost, depresiju, poboljšava socijalnu prilagodbu (Marzillier, 2014).

Kognitivno bihevioralna terapija (KBT) je terapija koja može pomoći u upravljanju problemima mijenjanjem načina na koji se osoba ponaša i razmišlja. Navedena terapija temelji se na ideji da pojedinac mora ispraviti i promijeniti pogrešne misli, te povećati znanje i vještine. Najčešće se koristi za liječenje anksioznosti i depresije, ali može biti korisno za druge mentalne i fizičke zdravstvene probleme. KBT se temelji na konceptu da su misli, osjećaji, fizičke senzacije i postupci međusobno povezani i da negativne misli i osjećaji mogu to ugroziti. Za razliku od nekih drugih tretmana, KBT se bavi trenutnim problemima, umjesto da se fokusira na pitanja prošlosti. Kognitivno bihevioralna terapija sastoji se od seansi s terapeutom jednom tjedno ili jednom u svaka dva tjedna. Tijek liječenja obično traje između 5 i 20 seansi, a svaka seansa traje 30 do 60 minuta. Tijekom seansi pojedinac radi s terapeutom kako bi razvrstao svoje probleme na zasebne dijelove, poput misli, osjećaja i postupaka. Analiziraju se navedena područja kako bi se utvrdilo ako su nerealna ili pomažu i kako bi se utvrdio učinak koji imaju jedni na druge i na osobu. Tada terapeut može pomoći pojedincu da isplanira kako promijeniti nekorisne misli i ponašanja. Nakon što se utvrdi što se može promijeniti, bitno je prakticiranje tih promjena u svakodnevnom životu (Follette i Ruzek, 2007).

Uz to, u današnje vrijeme sve više se prakticiraju i grupni tretmani. Naime, postoji nekoliko vrsta takvih tretmana od kojih su neke obrazovne, neke se fokusiraju na pružanje podrške, a druge su terapijske prirode. Prednosti grupnih tretmana su mnogobrojne jer omogućavaju validaciju. Ukoliko se osoba nalazi u grupi koja je usklađena s onim gdje se on nalazi na putu ozdravljenja, uviđa da ne prolazi samo kroz svoje probleme. Također, međusobno razumijevanje i podrška na pozitivan način utječe na osobu. Osim validacije, ovakav tip tretmana pruža kontekst osobi u kojem ima priliku od drugih naučiti korisne i adaptivne strategije suočavanja. No, njihova učinkovitost se povećava ukoliko se provodi istovremeno s pojedinačnom terapijom (Herman i Kolk, 2009).

7. Zaključak

Svaka osoba može doživjeti traumu, no ne reagiraju sve osobe jednako na traumatsko iskustvo. Kao što je već rečeno, trauma može prouzrokovati stres, no pitanje je koliko je osoba sposobna nositi se sa problemima. Traumatsko iskustvo može ostaviti fizičke i psihičke posljedice na osobu. Psihičke posljedice su često one koje se zanemaruju jer nisu vidljive, osoba ih je u stanju prikriti. Općenito, u današnjem okruženju postoji mnogo stereotipa pa tako i onaj koji smatra da je sramota priznati da osoba osjeća nekakvu vrstu psihičke smetnje jer se uz to pojavljuju pogrdna značenja. Upravo zbog tog razloga većina poremećaja vezanih uz stres i traumu se razvije zbog neotkrivanja simptoma na vrijeme. Postoji mnogo efikasnih terapija koje ublažavaju simptome i oslobađaju osobe od traume, no većina ljudi dolazi ili prekasno ili ne želi priznati što ih muči. Proces prevencije kod područja stresa i traume najbitniji je dio jer u samom početku zaustavlja daljnje razvijanje poremećaja, te omogućava poboljšanje mentalnog zdravlja. Također, omogućava osobi da bude u stanju nositi se s problemima kako sadašnjima, pa tako i budućim. Istraživanje i ulaganje u područja stresa i traume bitno je za unaprjeđenje mentalnog zdravlja ljudi jer je ono preteča za sve ostale aspekte života.

8. Literatura

- Ali, F., Farooqui, A., Amin, F., Yahya, K., Idrees, N., Amjad, M. i Irfan, A. (2011). Effects of stress on job performance. *International Journal of Business and Management Tomorrow*, 1(2), 1-7
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Arlington,VA: Author.
- Babcock, J. C., Roseman, A., Green, C. E. i Ross, J. M. (2008). Intimate partner abuse and PTSD symptomatology: Examining mediators and moderators of the abuse-trauma link. *Journal of Family Psychology*, 22(6), 809-818.
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B. i Figley, C. R. (2004). Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on social work practice*, 14(1), 27-35
- Bryant, R. A. (2011). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review. *The Journal of clinical psychiatry*, 72(2), 233-239.
- Ciccarelli, S. K., White, J. N.. (2013) *Psychology: an exploration*. Upper Saddle River, New York: Pearson Education.
- Courtois, C. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 412– 425.
- Follette, V. M., i Ruzek, J. I. (Eds.). (2007). *Cognitive behavioral therapies for trauma*. New York: Guilford Press.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., Strain, J., Horowitz, M. i Spiegel, D. (2011). Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depression and anxiety*, 28(9), 737-749.
- Herman, J. L. i van der Kolk, B. A. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders (adults): Scientific foundations and therapeutic models*. New York: Guilford Press.
- Lončar, M., Dijanić Plašč,I., Skorušek-Blažičko, S., Marinković-Danilović, Z., Kraljević, K., BeniĆ, N i Božanja, (2014). Nacionalni centar za psihotraumu pri Kliničkom bolničkom centru Zagreb. *Socijalna psihijatrija*, 42(2), 75-79.
- Kihlstrom, J. F. (2005). Dissociative disorders. *Annual Review of Clinal Psychology*, 1, 227-253.
- Krohne, H. W. (2002). Stress and coping theories. *International Encyclopedia of the Social Behavioral Sceinces*, 22, 15163-15170.
- Maloney, L. J. (1988). Post traumatic stresses on women partners of Vietnam veterans. *Smith College Studies in Social Work*, 58(2), 122-143.
- Marzillier, J. S. (2014). *The trauma therapies*. Oxford: Oxford University Press.

- Merckelbach, H. i Rasquin, S. (2001). Psychobiological research on Dissociative Identity Disorder (DID): A methodological note. *Acta neuropsychiatrica*, 13(3), 68-72.
- Mršić Husar, S. i Bogović, A. (2008). Pie profil kod veterana domovinskog rata s kroničnim PTSP-om. *Suvremena psihologija*, 11(2), 273-284.
- Newman, K. D., Black, T., Heller, G., Azizkhan, R. G., Holcomb 3rd, G. W., Sklar, C. i La Quaglia, M. P. (1998). Differentiated thyroid cancer: determinants of disease progression in patients < 21 years of age at diagnosis: a report from the Surgical Discipline Committee of the Children's Cancer Group. *Annals of surgery*, 227(4), 533-541.
- Peebles-Kleiger, M. (2000). Pediatric and neonatal intensive care hospitalization as traumatic stressor: Implications for intervention. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64, 257-280.
- Puglisi-Allegra, S. i Oliverio, A. (2012). *Psychobiology of stress*. New York: Springer Netherlands
- Resick, P. A. (2014). *Stress and trauma*. Hove: Psychology Press.
- Reyes, G., Elhai, J. D. i Ford, J. D. (2008). *The encyclopedia of psychological trauma*. Hoboken, New York: Wiley.
- Sar, V. (2011). Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1), 1-9.
- Shaw, R. J., Deblois, T., Ikuta, L., Ginzburg, K., Fleisher, B. i Koopman, C. (2006). Acute stress disorder among parents of infants in the neonatal intensive care nursery. *Psychosomatics*, 47(3), 206-212.
- Staniloiu, A. i Markowitsch, H. J. (2015). Searching for the anatomy of dissociative amnesia. *Zeitschrift für Psychologie/Journal of Psychology*, 218, 96–108.
- US Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (DHHS/SAMHSA).(2011). *Fiscal Year 2012: Justification of Estimates for Appropriations Committee*.
- Van der Kolk, B. A. (2003). *Psychological trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Wesselmann, D. (2013). Healing trauma and creating secure attachments through EDMR. *Healing moments in psychotherapy*. New York: WW Norton & Company, 115-28.
- Zeanah, C. H., Scheeringa, M., Boris, N. W., Heller, S. S., Smyke, A. T. i Trapani, J. (2004). Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse & Neglect*, 28(8), 877-888.
- Zimering, R., Munroe, J. i Gulliver, S. B. (2003). Secondary traumatization in mental health care providers. *Psychiatric Times*, 20(4), 43-47.

