

Posttraumatski stresni poremećaj

Antunović, Josipa

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

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:142:218167>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-23**



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 Osijek

Odsjek za psihologiju

Josipa Antunović

Posttraumatski stresni poremećaj

Završni rad

Mentor: izv. prof. dr. sc. Ana Kurtović

Osijek, 2022.

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet Osijek

Odsjek za psihologiju

Josipa Antunović

Posttraumatski stresni poremećaj

Završni rad

Mentor: izv. prof. dr. sc. Ana Kurtović

Društvene znanosti, polje psihologija, grana klinička i zdravstvena psihologija

Osijek, 2022.

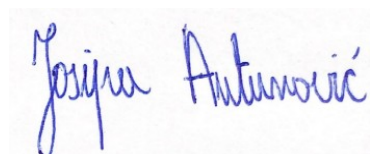
Prilog: Izjava o akademskoj čestitosti i o suglasnosti za javno objavljivanje

IZJAVA

Izjavljujem s punom materijalnom i moralnom odgovornošću da sam ovaj rad samostalno napravila 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 suglasna 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.

U Osijeku, 15. rujna 2022.



Josipa Antunović, 0122234505

Sadržaj

Posttraumatski stresni poremećaj.....	1
Postavljanje dijagnoze PTSP-a.....	2
Diferencijalna dijagnoza.....	4
Epidemiologija PTSP-a.....	5
Komorbiditeti PTSP-a.....	8
Etiologija PTSP-a.....	9
Biološki aspekt PTSP-a.....	11
Psihološki aspekt PTSP-a.....	13
Socijalni aspekt PTSP-a.....	15
Liječenje PTSP-a.....	17
Psihoterapija.....	17
<i>Grupna psihoterapija</i>	17
<i>Individualna psihoterapija</i>	18
<i>Različiti pristupi tretmanu PTSP-a</i>	18
Farmakoterapija.....	20
Zaključak.....	21
Literatura.....	22

Posttraumatski stresni poremećaj

Sažetak

Cilj ovog rada bio je pružiti pregled suvremene literature na temu posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP-a). U uvodnom dijelu rada objašnjavaju se koncepti stresa i traume, na temelju čijeg se ujedinjenja posljedično definira pojam PTSP-a. Nadalje, navode se dijagnostički kriteriji sukladni Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM – 5), načini uspostavljanja dijagnoze PTSP-a u svakodnevnoj kliničkoj praksi te diferencijalna dijagnoza pomoću koje se utvrđuju razlike između raznih psihičkih poremećaja i PTSP-a. Slijedom navedenog, navedeni su postotci koji reprezentiraju učestalost i rasprostranjenost poremećaja u populaciji, ovisno o njezinim raznim karakteristikama, u sklopu epidemiologije. Također detaljno se opisuju komorbiditeti te rizični i prognostički čimbenici nastanka i razvoja PTSP-a u sklopu etiologije. Zatim se navode biopsihosocijalni aspekti PTSP-a. U okviru bioloških aspekata PTSP-a naglašava se interakcija raznih moždanih struktura i neuralnih mehanizama prisutnih tijekom proživljavanja traumatskog događaja ili u razvoju poremećaja, nakon čega se u okviru psiholoških aspekata PTSP-a naglašava utjecaj kognitivnih mehanizama na suočavanje i obradu informacija u obliku procjena i vjerovanja. Posljednje, u sklopu socijalnih aspekata PTSP-a naglašavaju se društvena obilježja poput roditeljskog stila, funkcionalnost obiteljskih odnosa i socijalne podrške. Konačno, opisani su načini liječenja PTSP-a u obliku individualne ili grupne psihoterapije, različitih pristupa tretmanu PTSP-a te farmakoterapije.

Ključne riječi: posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), traumatski događaj, stres, dijagnostički kriterij, simptomi

Posttraumatski stresni poremećaj

U ljudskoj povijesti zabilježene su mnogobrojne katastrofe uzrokovane prirodom poput poplava, potresa i suša te katastrofe uzrokovane čovjekom, odnosno ratovi, genocidi i drugi razni oblici nasilja. Sama izloženost ovakvim događajima uglavnom ima jednaku vjerojatnost zahvatiti sve ljude bez obzira na dob, rasu, etničku pripadnost, socioekonomski status, vjeru i kulturno podrijetlo. Kao uzrok mnogim ljudskim poteškoćama, stres postaje univerzalni problem te se definira kao fiziološka i psihološka reakcija koja obuhvaća niz promjena koje imaju različite posljedice po zdravlje i opću subjektivnu dobrobit pojedinca (Hobfoll, 2004). Psihološka trauma može se dogoditi kada osoba doživi ekstremni stresor koji negativno utječe na njezino emocionalno ili fizičko blagostanje (Ruglass i Kendall-Tackett, 2014). Trauma može uzrokovati emocionalno bolne i uznemirujuće osjećaje koji nadilaze sposobnost osobe da se nosi s njima ostavljajući ju s osjećajem bespomoćnosti i beznađa.

Svako iskustvo koje je životno ugrožavajuće, opasno i/ili zastrašujuće, za pojedinca predstavlja izvor stresa i potencijalnu traumu koja može izazvati posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) (Hübl i Avritt, 2020). PTSP je ozbiljni psihički poremećaj čiji razvitak ovisi o intenzitetu psihičke i fiziološke reakcije pojedinca na neugodne događaje (Mimica i sur., 2018). Kao rezultat toga, PTSP se može definirati kao normalna reakcija na abnormalne događaje, odnosno kao patološki odgovor, točnije produljena emocionalna reakcija na proživljeno uznemirujuće iskustvo koje je izvan okvira svakidašnjeg doživljavanja (Marušić, 2005). Čuržik (2019, p. 52) pruža sveobuhvatnu definiciju PTSP-a opisujući ga kao „stanje neposredne ili odgođene/produžene reakcije na doživljenu traumu koja se ispoljava u obliku psiholoških posljedica kao što su pojačanje reaktivnosti organizma, izbjegavanje traumatskih podsjetnika te ponovno proživljavanje traume“.

Neki od sinonima korišteni za PTSP prije njegove službene klasifikacije bili su *vojničko, iritabilno ili razdražljivo srce* za veterane Građanskog rata u Americi (Wooley, 1982; prema Čuržik, 2019). Zatim se tijekom Prvog i Drugog svjetskog rata počeo koristiti termin *šok od granate (shellshock), borbeni zamor i ratna neuroza*, a nakon određenog vremena zabilježeni su i nazivi *sindrom koncentracijskog logora* te *veteranski sindrom* (Op den Velde, 1998). Garcia i suradnici (2011) navode da je PTSP prvi puta uključen u klasifikaciju Dijagnostičkog i statističkog priručnik za duševne poremećaje (DSM – III) 1980. godine kada su se istraživači osvrnuli na najnovije kliničke podatke

koji su se referirali na američke vijetnamske veterane, prema kojima je PTSP i dan danas poznat kao *vijetnamski sindrom*. U hrvatskim medijima PTSP se može pronaći pod eufemizmom *vukovarski sindrom* (Samardžić i Špirić, 2004).

Postavljanje dijagnoze PTSP-a

U svakodnevnoj kliničkoj praksi najčešće se koriste dvije klasifikacije: (1) Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB – 11) te (2) Američke psihijatrijske udruge Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM – 5). Iz DSM – 5 skupine *anksioznih poremećaja*, PTSP premješten je u *poremećaje vezane uz traumu i stresor* gdje se nalazi pod oznakom F43.10 (Edmondson i sur., 2014). U novoj kategoriji kao dijagnostički kriterij upotrebljava se izloženost stresnom ili traumatičnom događaju. U navedenoj skupini nalaze se još i akutni stresni poremećaj, reaktivni poremećaj privrženosti, poremećaj prilagodbe i poremećaji dezinhibiranog socijalnog uključivanja. Karakteristike koje su zajedničke svim navedenim poremećajima su psihička patnja koja se pojavljuje poslije izlaganja stresnom ili traumatskom događaju te razvitak drugačijeg fenotipa sa kliničkim značajkama disocijativnih ili disforničnih simptoma, anhedonije ili izražavanje ljutnje, a ne uobičajenih simptoma straha i/ili anksioznosti (Američka psihijatrijska udruga, 2013).

Nastanak PTSP-a moguće je očekivati kada god poslije navršene prve godine. Uobičajena pojava simptoma je tokom prvog tromjesečja po završetku traumatskog događaja, premda ispunjavanje dijagnostičkih mjerila može trajati godinama. Dijagnostički kriterij PTSP-a primjenjivi su ovisno o dobi pojedinca među kojima se jedni primjenjuju na djecu stariju od 6 godina, adolescente i odrasle, a drugi za šestogodišnjake i mlađe. Trajanje simptoma varira s potpunim oporavkom tijekom prvog tromjesečja ili godine od njihova pojavljivanja, no mogu perzistirati i dulje od 50 godina, ovisno o adekvatnosti terapijskog pristupa za pojedinca (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Kriteriji Američke psihijatrijske udruge (2013) uključuju izlaganje stvarnoj ili prijetnji smrću (npr. pljačka ili fizičko zlostavljanje) te ozbiljnom ozljeđivanju ili seksualnom nasilju (npr. nasilna seksualna penetracija, trgovina ljudima zbog seksualnog izrabljivanja). Navedeno se, osim izravno, može proživjeti i osobnim svjedočenjem, saznanjem da su se traumatski događaji dogodili pojedincu bliskim osobama (kod djece doživljavaj stresa ukoliko se nešto dogodi roditeljima) ili iznadprosječnim ili mnogostrukim izlaganjem neugodnim pojedinostima traumatskog događaja.

Simptomi PTSP-a dijele se u 4 skupine:

(1) prisutnost jednog (ili više) simptoma nametanja povezanih s traumatičnim događajem koji nakon njega započinju, (2) uporno izbjegavanje podražaja povezanih s traumatičnim događajem koje se nakon njega pojavljuje, (3) negativne izmjene raspoloženja i kognicije povezane s traumatičnim događajem koje nakon njega nastaju ili se pogoršavaju te (4) istaknute izmjene u pobuđenosti i reaktivnosti povezane s traumatičnim događajem koje se nakon njega pojavljuju ili se pogoršavaju (Američka psihijatrijska udruga, 2013, str. 271-272).

Simptomi nametanja s početkom nakon traumatskih događaja javljaju se nekontrolirano u obliku ponavljajućih uznemirujućih i intruzivnih sjećanja ili snova koji sadrže fragmente događaja, disocijativnih reakcija, primjerice *flashback-ova* kada se pojedinac osjeća ili ponašajno iskazuje ponovno proživljavanje traumatskog događaja. Također se može javiti intenzivna psihička patnja ili fiziološko reagiranje kod ekspaniranja internim ili eksternim podražajima koji asociraju na traumatski događaj. Kod djece starije od 6 godina postoji mogućnost javljanja ponavljajuće igre kroz koju se mogu prepoznati aspekti traume. Pritom, zastrašujući sadržaji u snovima te spontana i nametljiva sjećanja kod djece ne moraju uvijek predstavljati nelagodu te se povezivati s traumom (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Pojedinac uporno izbjegava intruzivne misli ili osjećaje te vanjske podsjetnike (osobu, lokaciju, okolnosti) koji ga asociraju na traumatski događaj (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Pojedinac može pokazivati uočljive promjene u pobuđenosti reaktivnosti poput pretjeranih reakcija na iznenadne podražaje u obliku razdražljivog ili samouništavajućeg ponašanja, ispada bijesa kroz verbalnu ili fizičku agresiju, hipervigilnosti i poteškoća s koncentracijom i spavanjem (Američka psihijatrijska udruga, 2013).

Narušena je pojedinčeva kognicija ili raspoloženje u obliku nemogućnosti prisjećanja ili iskrivljenih sjećanja o važnim čimbenicima traumatskog događaja što se najčešće događa zbog disocijativne amnezije, a ne zbog primjerice opojnih sredstava ili ozljeda. Osoba ne osjeća ugodne emocije (npr. ljubav i zadovoljstvo) nego pregršt neugodnih emocija (npr. strah, krivnja, sram) ili ima izraženo nepovoljno mišljenje o sebi, okolini i životu. Osjeća se izolirano i nema interesa za sudjelovanje u bilo kakvim

aktivnostima (kod djece osiromašenje igre, kod adolescenata osjećaj neprivlačnosti i gubitka aspiracije za budućnost). U starijih, PTSP karakteriziran je suicidalnošću i predodžbama narušenog vlastitog zdravlja (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Važno je naglasiti da za postavljanje dijagnoze PTSP-a navedene smetnje moraju trajati dulje od mjesec dana te da moraju uzrokovati patnju koja se ne može objasniti efektima medicinskog stanje ili neke aktivne supstance te da se mora primijetiti oštećenje osobe u radnom, razvojnom, socijalnom i drugim područjima funkcioniranja (npr. za djecu oštećenje odnosa u obiteljskom i školskom okruženju) (Američka psihijatrijska udruga, 2013).

Prilikom postavljanja dijagnoze PTSP-a bitno je proučiti traumatski događaj, odnosno pojedinčev doživljaj situacije i pojedinčeva prijašnja iskustva anamnezom i/ili heteroanamnezom. Tijekom dijagnostičke procjene koriste se strukturirani i polustrukturirani intervjui i ljestvice, zatim se provodi procjena tjelesnog i psihičkog statusa, nakon čega se psihodijagnostičkim postupcima nastoji prosuditi ozbiljnost simptoma te se procjenjuju kognitivne funkcije, crte ličnosti, ponašanje i govorne sposobnosti (Kozarić-Kovačić i sur., 2007; Mimica i sur., 2018). Važno je koristiti više raznovrsnih metoda radi evaluacije socijalnog, kognitivnog, emocionalnog i bihevioralnog funkcioniranja kako bi se točnije uspostavila dijagnoza i planirao daljnji terapijski rad.

Diferencijalna dijagnoza

Prilikom postavljanja dijagnoze, važno je razlikovati PTSP od ostalih bolesti koje imaju gotovo identična klinička obilježja jer nije svako stanje koje se pojavi nakon stresnog događaja neizostavno PTSP. Najnoviji kriteriji Američke psihijatrijske udruge (2013) ne razlikuju akutni i kronični tijek poremećaja, ali razlikuju posttraumatski stresni poremećaj od akutnog stresnog poremećaja čiji se simptomi pojavljuju od trećeg dana do mjesec poslije traumatičnog događaja. Nadalje, PTSP se često povezuje s anksioznim poremećajima, no stanje tjeskobe generaliziranog anksioznog poremećaja nema povezanosti sa traumom. Osim toga, osobama koje boluju od PTSP-a često se nakon traume događaju disocijativne reakcije koje se odnose na osjećaj otupjelosti ili udaljenosti oko svog psihičkog stanja i svoje okoline. Uz PTSP, može se javiti: (a) depersonalizacija koja se odnosi na promatranje vlastitog života izvan vlastitog tijela i nemogućnost integracije pamćenja, svijesti i percepcije te (b) derealizacija koja se odnosi na pojedinčev osjećaj izmjenjivanja percepcije ili iskustva pri čemu mu se svijet čini

nestvarnim (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Stoga je važno odrediti javljaju li se navedeni pojmovi u obliku simptoma ili obrambenih mehanizama uz PTSP, no potrebno ih je pažljivo diferencijalno dijagnostički razlučiti od depersonalizacijskog/derealizacijskog poremećaja. Ukoliko se sluti na opsesivno-kompulzivni poremećaj, treba se uzeti u obzir da intruzivne misli pri toj dijagnozi generalno nisu povezane s traumom (kao kod PTSP-a) nego s izvršavanjem kompulzivnih radnji, iako mogu biti usko povezani (npr. provjera plina nakon požara) (Auxéméry, 2018). Veliki depresivni poremećaj diferencira se od PTSP-a na temelju toga što se ne odnosi na većinu kriterijskih simptoma PTSP-a, iako također postoji mogućnost da nastane nakon stresnog događaja. Dijagnostički kriterij za poremećaj ličnosti za razliku od PTSP-a ne zahtijeva traumatski stresor koji dodatno narušava interpersonalne odnose te bilježi veću prevalenciju samoozljeđivanja (Cloitre i sur., 2014). Prilikom dijagnoze važno je također razlikovati simptome konverzivnih poremećaja i početak somatskih simptoma u sklopu reakcije PTSP-a i posttraumatske somatizacije kada se sve češće pojavljivana tjeskoba nakon traume može vratiti s ponovnim proživljavanjem epizoda ili postaje kontinuirana te može dovesti do raznih kožnih i kardiovaskularnih bolesti (Tagay i sur., 2005; prema Auxéméry, 2018). Kombinacija psihološke traume i blage traumatske ozljede mozga povećava rizik od sindroma nakon potresa mozga (Schneiderman i sur., 2008; prema prema Auxéméry, 2018). Stoga je, uzevši u obzir preklapajuće simptome PTSP-a i neposrednih simptoma oštećenja mozga, važno pravilno prepoznati simptome traumatske ozljede mozga, poput dugotrajne dezorijentacije i zbunjenosti.

Epidemiologija PTSP-a

Brojna epidemiološka istraživanja dokumentirala su stope izloženosti traumatskim događajima i prevalenciju posttraumatskog stresnog poremećaja koja varira ovisno o uzorku sudionika (opća ili klinička skupina) te o upotrebi dijagnostičke klasifikacije kao i instrumenata. Rezultati istraživanja značajno osciliraju, stoga se prevalencija navedenog poremećaja kreće od 1% do 12,3% (Samardžić i Špirić, 2004). Učestalost PTSP-a u općoj populaciji prema Helzer i suradnicima (1987; prema Kozarić-Kovačić i sur., 2007) je 1,3%, za razliku od Davidsona (1995; prema Kozarić-Kovačić i sur., 2007) koji navode incidenciju od 9% u općoj populaciji. Međutim, novija istraživanja dolaze do spoznaja da od PTSP-a boluje 7-8% u općoj populaciji te 13-34% osoba u rizičnim skupinama (Kocijan-Hercigonja 2006; prema Tarabić i Tomac, 2013). U rizične skupine pripadaju

veterani, bivši zarobljenici logora, vojni invalidi te izbjeglice i prognanici. A u doba kada se ne ratuje, poremećaj se može razviti i kod žrtava teških prometnih nesreća, žrtava seksualnog i fizičkog zlostavljanja te kod preživjelih prilikom terorističkih napada, uličnog nasilja i prirodnih katastrofa kao što su tornada, potresi, poplave i požari (Keros, 1995).

Nacionalno istraživanje komorbiditeta, prva nacionalna reprezentativna procjena PTSP-a u općoj populaciji Sjedinjenih Država, otkrila je da je 60% muškaraca i 51% žena tijekom vlastitog života doživjelo barem jedan traumatski događaj (Kessler i sur., 1995; prema Keane i sur., 2008). U populaciji studenata istu informaciju istaknulo je njih 67% (Bernat i sur., 1998; prema Nader i Fletcher, 2014). Generalno je pojava PTSP-a češća kod žena u stopama od 10,4% do 12% nego kod muškaraca (5,0% do 9,5%) (Resnick i sur., 1993; prema Keane i sur., 2008). Najčešće traume u muškaraca su izloženost te svjedočenje ratu, tučnjave, nesreće i prijetnje oružjem te seksualno zlostavljanje i silovanje među ženama (Nemeroff i sur., 2006) koje u 80% žrtava rezultira pojavom PTSP-a (Breslau i sur., 1991; prema Mimica i sur., 2018). Prema dosadašnjim uznemirujućim saznanjima, žene su gotovo 13 puta više izložene silovanju od muškaraca (Samardžić i Špirić, 2004) te se simptomi u 85% zlostavljanih žena javljaju ubrzo nakon traumatskog iskustva, a kod 45% žena perzistiraju i nakon godinu dana (Borovac, 2003). No, u istraživanju Kesslera i suradnika (1995) silovanje je identificirano kao najgora trauma koja će najvjerojatnije dovesti do PTSP-a kod žena (46%), a još u većem postotku kod muškaraca (65%). Među muškarcima koji su identificirali druge najgore traume, vjerojatnost razvoja PTSP-a bila je 39% onih koji su bili izloženi borbi, 24% onih koji su bili zanemarivani u djetinjstvu i 22% onih koji su u djetinjstvu doživjeli fizičko zlostavljanje. A među ženama, osim silovanja, PTSP je bio povezan s fizičkim zlostavljanjem u djetinjstvu (49%), prijetnjom oružjem (33%), seksualnim zlostavljanjem (27%) i fizičkim napadom (21%). Nakon provedbe nacionalnih epidemioloških istraživanja, istaknuti su alarmantni zaključci, odnosno utvrđeno je da 12% žena muževi tjelesno zlostavljaju (Strauss i Gelles, 1986; prema Foy, 1992) te da je 27% žena i 16% muškaraca bilo seksualno zlostavljano u djetinjstvu (Finkelhor i sur., 1990; prema Foy, 1992). Također je zabrinjavajuće za napomenuti da istraživanja seksualno zlostavljane djece pokazuju pojavu PTSP simptoma u otprilike 50% slučajeva (Koverola i sur., 1990; McLeer i sur.; prema Foy, 1992). Kako bi provjerili prethodno naveden podatak, Rowan i suradnici (1990; prema Foy, 1992) proveli su istraživanje na kliničkom uzorku odraslih

sudionika koji su u djetinjstvu bili seksualno zlostavljani među kojima je PTSP ustanovljen u 65% žrtava (Rowan i sur. 1990; prema Foy, 1992), dok se prema nacionalnim nekliničkim uzorcima žrtava silovanja PTSP ustanovio u 13% žrtava, a kod njih 35% se očitovao tijekom života (Kilpatrick i Resnick, 1989; prema Foy, 1992).

Najveći broj istraživanja uključuje uzorak ratnih veterana gdje je konstatirano da se zastupljenost poremećaja mijenja ovisno o stupnju izloženosti traumatskim događajima na ratištu. Sama rasprostranjenost PTSP-a u općoj i kliničkoj populaciji s visokim stupnjem izloženosti na ratištu iznosi između 15% i 50%. (Foy, 1992). Većina istraživanja PTSP-a fokusirala se na muškarce, pretežito na vijetnamske veterane, među kojima su stope prevalencije PTSP-a varirale od 18% do 54% (Mandić, 1993), odnosno od 2% do 70% (De Girolamo i sur., 1996; prema Samardžić i Špirić, 2004). Prema Nacionalnom istraživanju o prilagođavanju vijetnamskih veterana (1984; prema Kulka i sur., 1990; prema Keane i sur., 2008), najvećem istraživanju ratnih veterana, otkriveno je da otprilike 15% muškaraca i 9% žena veterana ima PTSP, a da je 30% muškaraca i 27% žena veterana bolovalo od PTSP-a nekad nakon rata. No tijekom života veterana, stopa preboljelog PTSP-a u muškaraca bila je 30,9%, a 26,9% u žena. Kako bi se produbilo znanje o ratnim utjecajima, Helzer (1987; prema Mandić, 1993) izvještava da je 26% povratnika iz Vijetnama i 27% zarobljenika imalo simptome koji su sličili PTSP-u, dok godinama kasnije Borovac (2003) navodi da je oboljelih vijetnamskih veterana oko 31% od kojih zbog neliječenosti poremećaja 15% boluje i danas. Osim vijetnamskog rata, O'Brien i Hughes (1991; prema Mimica i sur., 2018) proučavali su sudionike razornog falklandskog rata, odnosno veterane britanske vojske među kojima je incidencija PTSP-a iznosila 22%. U povijesnoj putanji ratovanja, neizostavno je spomenuti i ratna poprišta u Iraku i Afganistanu, gdje je 11,5% i 19,9% američkog pješništva nakon povratka s borbene dužnosti zadovoljilo dijagnostičke kriterije za PTSP (Hoge i sur., 2004; prema Keane i sur., 2008). Također nemoguće je zaboraviti i strahovite učinke jednog od najvećih međunarodnih sukoba, odnosno Drugog svjetskog rata. Istraživanje provedeno na ratnim zarobljenicima u Drugom svjetskom ratu otkrilo je da je nakon oslobođenja njih 67% patilo od PTSP-a, a 8% njih imalo je kronični PTSP godinama nakon rata (Kluznik i sur., 1986.; Miller i sur., 1989; prema Kozarić-Kovačić i sur., 2007). U kasnije provedenim istraživanjima, ustanovilo se da su drugi i treći naraštaji potomaka Židova koji su preživjeli holokaust često i sami imali svoje posttraumatske simptome, to jest izražavali su višu incidenciju PTSP-a, anksioznosti i teške depresije (Coyle, 2014).

Obzirom na veliki uzorak oboljelih od PTSP-a tijekom Drugog svjetskog rata, pokazalo da se simptomi PTSP-a razlikuju u veterana na bojišnici, ratnih zarobljenika u koncentracijskim logorima te fizički i psihički mučenih političkih zatvorenika (Kozarić-Kovačić i sur., 1998; prema Kozarić-Kovačić i sur., 2007). Važan doprinos epidemiologiji PTSP-a, pružaju i rezultati teških ratnih posljedica Domovinskog rata. Među prvim empirijskim analizama u Hrvatskoj procijenjeno je da oko 30 000 hrvatskih vojnika ima potencijal, odnosno u mogućnosti su razviti PTSP, uzevši u obzir izloženost peritraumatskim i posttraumatskim rizičnim čimbenicima (Foy, 1992). Prema podacima Vlade Republike Hrvatske (1999; prema Kozarić-Kovačić i sur., 2007) pretpostavlja se da je barem milijun ljudi bilo neposredno podvrgnuto ratnome stresu, od kojih je oko 30% hrvatskih branitelja te od 25 do 50% izbjeglica i prognanika.

PTSP se ujedno javlja i nakon teških prometnih nesreća gdje mu je prevalencija 8-46% (Ursano i sur., 1999; prema Mimica i sur., 2018) i nakon trauma uzrokovanih prirodnim katastrofama. Litz i Roemer (1996; prema Mimica i sur., 2018) navode kako se poremećaj javlja u 59% slučajeva žrtava tornada, 28% žrtava poplava i 32% žrtava potresa. U literaturi se također navodi da je nakon Coconut Grove incidenta s požarom, 57% ljudi tražilo liječničku pomoć, na temelju čega se može naslutiti da su pokazivali simptome PTSP-a (Mandić, 1993). Osim toga, otkrilo se da je 80% preživjelih nakon Buffalo Creek poplave bolovalo od akutnog PTSP-a (Mandić, 1993). Nadalje, u istraživanju reakcija mladih Amerikanaca u dobi od 5 do 19 godina na uragan Hugo (Shannon i sur., 1994; prema Nader i Fletcher, 2014) pokazalo se kako su najveći postotak izraženih simptoma PTSP-a pokazivale djevojke i djeca školske dobi (9-12 godina). Također je ispitan utjecaj terorističkih napada 11. rujna 2001. na psihološko funkcioniranje prilikom kojega su Schlenger i suradnici (2002. prema Keane i sur., 2008) otkrili da je prevalencija PTSP-a bila značajno viša u području New Yorka (11,2%) nego u ostatku zemlje (4,0%) u prvih mjeseci nakon napada.

Komorbiditeti PTSP-a

Komorbiditet raznih psihičkih poremećaja i posttraumatskog stresnog poremećaja je česta pojava u čak 80% slučajeva u kliničkoj praksi iz čega proizlazi problem kojem poremećaju pripisati određene simptome (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Prema Kessleru i suradnicima (1995) 79% pripadnica ženskog spola i 88% pripadnika muškog spola ima barem još jedno udruženo stanje s PTSP-om, primjerice depresivni, anksiozni ili bipolarni poremećaj, napadaje panike, fobije, veliki neurokognitivni poremećaj i

poremećaj ličnosti koji mogu postojati i prije same dijagnoze PTSP-a ili se mogu razviti nakon (Borovac 2003; Kozarić-Kovačić i sur., 2007; Američka psihijatrijska udruga, 2013). Konzumacija alkohola, nikotina i droge tijekom prvih mjeseci nakon traumatskog događaja koristi se kao obrambeni mehanizam najčešće uz već postojeće disocijativne obrambene mehanizme nastale nakon traume (kod žena) te kako bi se suzbila anksioznost (kod muškaraca), no u većini slučajeva mogu dovesti do kroničnog alkoholizma i poremećaja uzimanja psihoaktivnih tvari (Langeland i sur., 2005; prema Olf i sur., 2007). Brown i suradnici (2001) izvijestili su da su najčešći poremećaji koji se istovremeno uz PTSP javljaju veliki depresivni poremećaj (77%), generalizirani anksiozni poremećaj (38%) i zlouporaba ili ovisnost o alkoholu (31%). U muškaraca i žena PTSP se povezuje s velikom depresijom, poremećajima ovisnosti o drogama, drugim anksioznim poremećajima i poremećajima osobnosti, antisocijalnog tipa kod muškaraca, a graničnog tipa kod žena. Kod žena se pritom spominje povezanost PTSP-a sa poremećajem sa somatskim simptomima i depersonalizacijskim/derealizacijskim poremećajem te poremećajem hranjenja (Brady i sur., 2000; prema Olf i sur., 2007). Osim toga, američki veterani koji su ratovali u Iraku i Afganistanu pokazivali su 48% komorbiditet PTSP-a i traumatske ozljede mozga (Američka psihijatrijska udruga, 2013).

Prema Čatipoviću i suradnicima (1997) kod 23% sudionika PTSP nije prepoznat tijekom njihova slanja u bolnicu jer je klinička slika utvrdila samo ovisnost o alkoholu ili psihotične simptome. U istom istraživanju uz PTSP, utvrđene su i permanentne promjene ličnosti ili konkretno poremećaj ličnosti (50, 8% sudionika), alkoholizam (20, 9% sudionika), depresija (17,8% sudionika), anksioznodepresivni poremećaj (12,4% sudionika) te sam anksiozni poremećaj (5,3% sudionika). Povrh rezultata ovog istraživanja, Brudey i suradnici (2015) navode da je PTSP povezan s artritisom i karcinomom, a Kibler i suradnici (2009) navode udruženost stanja s kardiovaskularnim, respiratornim i gastrointestinalnim bolestima. Pritom, Gupta (2013) navodi povezanost PTSP-a s dijabetesom, kroničnom boli i poremećajima spavanja. PTSP u djece uparuje se s eksternalizirajućim problemima, stoga stanje može biti udruženo s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem, poremećajem sa prkošenjem i suprotstavljanjem, separacijskim anksioznim poremećajem i depresijom (Scheeringa i Gaensbauer, 2000).

Komorbiditet PTSP-a narušava subjektivnu dobrobit pojedinca i njegova okruženja te suradljivosti tijekom terapije, jednako kao što povećava vjerojatnost ponovne pojave bolesti ili pojačava njezine simptome (Cavalcanti-Ribeiro i sur., 2012).

Obzirom na isprepletenost simptoma, nužno ih je ispitati raznim ljestvicama za procjenu određenih stanja te ih sukladno klasificirati po kriterijima za pojedine poremećaje da bi se nakon utvrđivanja mogli uvesti uz dijagnozu PTSP-a.

Etiologija PTSP-a

Odnosu između traumatičnih događaja, poput ekoloških katastrofa i rata te njihovih psiholoških posljedica pridavalo se malo pažnje sve do kraja 19. stoljeća. Na temelju rezultata u prijašnjim istraživanjima, zaključeno je da trećina populacije tijekom života iskusi barem jedan traumatski događaj, no da se posttraumatski stresni poremećaj posljedično razvije samo u 10-20% slučajeva (Breslau i sur., 1991; Kessler i sur., 1995; Yehuda i sur., 1995; prema Mimica i sur., 2018) što ovisi o mnogim čimbenicima koji mogu doprinijeti razvoju PTSP-a. U podlozi stvaranja ovog poremećaja pronađene su različite psihološke i biološke ranjivosti, jednako kao i socijalni čimbenici (Mandić, 1993). Prema DSM – 5 (Američka psihijatrijska udruga, 2013) rizični i zaštitni faktori PTSP-a razlažu se na (a) pretraumatske, (b) peritraumatske i (c) posttraumatske čimbenike.

(a) Pretraumatski čimbenici objedinjuju temperament, genetske ili fiziološke te okolinske faktore koji su prisutni prije traumatskog događaja. Čimbenici koji se odnose na temperament uključuju emocionalne probleme u dječjoj dobi (do šeste godine) poput anksioznosti, prethodne podložnosti traumi i eksternalizirajućih problema te prethodno postojećih psihičkih poremećaja poput depresije, opsesivno-kompulzivnog ili paničnog poremećaja koji postaju komorbidna stanja s PTSP-om. Osim toga, pasivni načini suočavanja te niži kvocijent inteligencije mogu doprinijeti razvoju PTSP-a. Nadalje genetski, odnosno fiziološki čimbenici podrazumijevaju ženski rod i mlađu dob kao rizične skupine za razvoj, a također se navodi i da pojedini genotipi mogu biti zaštitni ili potencirati opasnost od razvoja PTSP-a nakon proživljene traume (DiGangi i sur., 2013). Također okolinski čimbenici, koji potencijalno doprinose razvoju poremećaja, obuhvaćaju niži socioekonomski i obrazovni status, jednako kao i manjinski nacionalni ili rasni status. Usto nepovoljne prilike u djetinjstvu poput disfunkcionalne obitelji s poviješću psihičkih problema ili razvedenih i umrlih roditelja mogu doprinijeti razvoju PTSP-a. Socijalna podrška prije izloženosti traumi je učinkovit zaštitni čimbenik prilikom sprječavanja kasnijih negativnih utjecaja socijalnih faktora (npr. rata) na razvoj simptoma PTSP-a (Američka psihijatrijska udruga, 2013).

(b) Peritraumatski čimbenici zahvaćaju okolinske faktore koji su prisutni za vrijeme proživljavanja traume. Oni objedinjuju stresor, odnosno težinu traume koja je povezana s njezinim trajanjem, intenzitetom izlaganja te težinom simptoma, odnosno veći razmjernost traume povećava vjerojatnost pojave simptoma PTSP-a (Rosenheck i Fontana, 1994; prema Samardžić i Špirić, 2004). Skupina s visokim stupnjem izloženosti traumi dvostruko je podložnija nastanku simptoma (Foy i sur., 1987; prema Foy, 1992) bez obzira je li riječ o ratnim veteranima, žrtvama seksualnog nasilja, odraslima ili djeci. Što se tiče vojnika, pojavnost PTSP-a je veća ukoliko su svjedočili ili sudjelovali u masakru. Među okolinskim faktorima prisutnim za vrijeme proživljavanja traume važno je spomenuti i iskustvo ranjavanja i nasilja (posebice ako je u pitanju skrbnik koji izaziva traumu ili dječje svjedočenje skrbnika koji je u opasnosti) (Američka psihijatrijska udruga, 2013) i doživljaj prijetnje vlastitom životu (pogotovo kada se pojedinac pronade u klopi lišen mogućnosti za borbu ili bijeg) (Norris i Feldman Summers, 1981; prema Mandić, 1993). Disocijativne reakcije se također mogu smatrati rizičnim čimbenikom ukoliko se jave tijekom proživljavanja traumatičnog događaja te se održe i kada događaj završi (Američka psihijatrijska udruga, 2013).

(c) Posttraumatski čimbenici odnose se na faktore nakon proživljene traume koji se odnose na temperament te zahvaćaju neadekvatne mehanizme suočavanja, negativnu prosudbu i razvitak akutnog stresnog poremećaja (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Također utječu i na autonomni živčani sustav i neurobiološke promjene mozga (Mandić, 1993). Nakon što osoba proživi PTSP, izglednije je da će se poremećaj potencijalno ponoviti i u budućnosti nakon nekih drugih traumatskih događaja (Marušić, 2005). Ova vrsta čimbenika također uključuje okolinske faktore koji se odnose na loše životne uvjete i stresore nakon proživljene traume, poput novčanih i drugih gubitaka te općenito ponovno izlaganje neugodnim podsjetnicima na traumatski događaj (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Keane i suradnici (1985; prema Keane i sur., 2008) navode klasično uvjetovanje kao važnom stavkom u razvoju i održavanju PTSP-a. Napominju kako se tijekom vremena razvija naučena emocionalna reakcija koja je slična početnim intenzivnim i uznemirujućim emocijama koje su se javile neposredno nakon traumatskog događaja. Ovaj naučeni odgovor se aktivira tijekom izlaganja situacijama koje simboliziraju ili nalikuju traumatičnom događaju, uključujući spoznaje, osjećaje i sjećanja na stvarni traumatski događaj. Nadovezujući se na prethodno istraživanje Wirtz i Harrella (1987; prema Keane i sur., 2008) otkrili su da su preživjeli sudionici napada bili

manje uznemireni šest mjeseci nakon napada ako su bili izloženi kontekstima koji su bili slični izvornom napadu za razliku od pojedinaca koji nisu bili izloženi kontekstima relevantnim za traumu te su zadržali visoku razinu distresa i nakon šest mjeseci. Socijalna podrška nakon izloženosti traumi je učinkovit zaštitni čimbenik koji može umanjiti posljedice traume, poput funkcionalne obitelji za djecu (Američka psihijatrijska udruga, 2013).

Biološki aspekt PTSP-a

Neuralni sklop povezan s PTSP-om uključuje složene interakcije mnogih moždanih struktura i neuralnih mehanizama. Reakcije svakodnevnog stresa najviše utječu na neokortikalne funkcije koje su podložne utjecajima okoline (Damasio, 1995; prema van der Kolk, 2004). Međutim, istraživanja pokazuju da trauma utječe na temeljne samoregulacijske funkcije te da rezultira permanentnim neurološkim promjenama koje se nepovoljno odražavaju na razlikovanje podražaja, navikavanje i učenje (Nemeroff i sur., 2006).

Rauch i suradnici (1996; prema van der Kolk, 2004) proveli su prvo PET skeniranje pacijenata s PTSP-om. Kada su sudionici bili izloženi živopisnim, detaljnim narativima vlastitih traumatskih iskustava, pokazivali su povećanu metaboličku aktivnost samo u desnoj hemisferi, točnije u područjima koja su najviše povezana s emocionalnom procjenom (amigdalom, insulom i medijalnim temporalnim režnjem). Tijekom izlaganja fragmentima koji podsjećaju na njihove proživljene traumatske događaje, zabilježeno je značajno smanjenje aktivacije lijevog donjeg frontalnog područja – Brocinog područja, koje je odgovorno za motoričku kontrolu govora. Nasuprot tome, lijeva hemisfera, koja posreduje u verbalnoj komunikaciji i obrađuje informacije na sekvencijalan način (Davidson, 1998; prema van der Kolk, 2004), bila je manje aktivna kod sudionika s PTSP-om. U kontekstu verbalnog procesiranja traume, pojedinac može osjetiti, vidjeti ili čuti elemente traumatičnog iskustva, ali može biti fiziološki spriječen verbalizirati svoje misli i osjećaje. Tijekom *flashback-ova*, žrtve mogu patiti od nijemog terora u kojem mogu biti „izvan dodira sa svojim osjećajima“ te fiziološki mogu reagirati kao da iznova proživljavaju traumatski događaj. Pokazalo se da smanjena aktivacija lijeve hemisfere može doprinijeti razvitku derealizacije i depersonalizacije koje mogu biti snažan prediktor za dugoročni razvoj PTSP-a (Shalev, 1996; prema van der Kolk, 2004). Također se u istraživanjima oboljelih od PTSP-a navodi smanjeni volumen prednjeg cingularnog korteksa te njegova hiper- ili hipoaktivacija (Tarabić i Tomac, 2013).

Štoviše, istraživanja PTSP-a navode da je u mnogih oboljelih sudionika povećana ili smanjena sposobnost aktivacije prednjeg cingularnog korteksa kao odgovora na emocionalno uzbuđujuće podražaje (Levin i sur., 1999., prema van der Kolk, 2004). Pronađena je i smanjena aktivacija u dorzolateralnom prefrontalnom korteksu (kognitivnoj analizi iskustava) i talamusu (Lanius i sur., 2001; prema van der Kolk, 2004). Iako je smanjenje volumena mozga u talamusu rijetko pokazano u istraživanjima usmjerenim na PTSP, atrofija mozga u bilateralnom talamusu je dokazana u istraživanju boli (Pan i sur., 2015; prema Yoshii, 2021). Zabilježeno je da psihološka tortura (poput stresa) izaziva bol (Tsur i sur., 2017; prema Yoshii, 2021), a da promjena konstrukcije talamusa može poremetiti talamokortikalnu aktivnost koja potencijalno može dovesti do konstantno percipirane boli u pojedinca (Henderson i sur., 2013; prema Šerić i sur., 2015).

Pojedinci koji pate od PTSP-a imaju problema s regulacijskim procesima moždanog debla (Sahar i sur., 2001; prema van der Kolk, 2004). Hiper- i hipouzbuđenost vidljiva kod traumatiziranih pojedinaca odnosi se na prekomjernu simpatičku i parasimpatičku aktivnost, što dovodi do neuravnotežnog sustava pažnje. Nadalje, istraživanja pokazuju povećanu aktivaciju amigdale koja je važna za emocionalne procese. U nekoliko milisekundi, amigdala pokreće proces aktivacije neurokemijskih i neuroanatomskih sklopova straha kao odgovora na traumu nakon čega se pokreće ponašanja *borbe ili bijega* (LeDoux, 1992; prema van der Kolk, 2004). Nakon aktivacije simpatikusa, jedan od najneposrednijih odgovora na stres je ubrzanje otkucaja srca i krvnog tlaka. Kao rezultat izloženosti traumatskim podsjetnicima, u dvije trećina pacijenata zabilježena je autonomna aktivacija (Pitman i sur., 1987; prema van der Kolk, 2004).

Hipokampus ima značajnu ulogu u sposobnosti svjesnog prisjećanja traumatskog događaja, odnosno u deklarativnom pamćenju. Pokazalo se da glukokortikoidi imaju snažan utjecaj na neurone hipokampusa (Cahill i McGaugh, 1998; van der Kolk, 2004). Brojna istraživanja PTSP-a izvijestila su o značajno smanjenom volumenu hipokampusa kod pacijenata s PTSP-om (npr. Bremner 1999.; Gurvits i sur., 1998; prema van der Kolk, 2004). Klinička istraživanja (Nemeroff i sur., 2006) sugeriraju da stresom izazvane lezije hipokampusa umanjuju normalni inhibitorni učinak na hipotalamusno-hipofizno-nadbubrežnu osovinu (HPA os) koja regulira oslobađanje hormona. HPA os pretežito regulira lučenje kortizola čija je povišena razina pronađena među veteranima i žrtvama

seksualnog zlostavljanja (Boscarino, 1997; Yehuda, 2001; prema Čuržik, 2019). Volumen mozga pozitivno je korelirao s dobi početka PTSP-a, a negativno s trajanjem zlostavljanja. Nader i Fletcher (2014) sugeriraju da su promjene veličine mozga mogle biti rezultat pojedinačnih ranih traumatskih iskustava te bi stoga mogle biti povezane s većom koncentracijom katekolamina i povišenom razinom kortizola koji za vrijeme opasnosti stvara energiju i obnavlja oštećeno tkivo. Osim kortizola, u početku je intenzivan stres popraćen otpuštanjem endogenih neurohormona, poput oksitocina, adrenalina i noradrenalina te endogenih opioida kojima je funkcija pojedinca pripremiti na opasnost (van der Kolk, 2004). U istraživanju jugoslavenskih veterana, pronađene su povišene razine inzulina, prolaktina i testosterona (Samardžić i Špirić, 2004). Kod PTSP-a čak i manji podsjetnici na traumu mogu potaknuti potpunu reakciju neuroendokrinog stresa, odnosno trajno mijenjaju mehanizme uz pomoć kojih se organizam svakodnevno suočava s okolinom i akutnim stresom. Konačno, postoje značajni dokazi o nizu somatskih problema nakon PTSP-a, uključujući promjene u imunološkoj funkciji (Wilson i sur., 1999; prema van der Kolk, 2004).

Psihološki aspekt PTSP-a

Utvrđeno je da subjektivne procjene koje uključuju individualne percepcije gubitka, prijetnje, štete ili nekontroliranosti ponašanja ili emocija objašnjavaju niz različitih rezultata koji se odnose na rizike od razvoja PTSP-a, primjerice zašto jedna osoba razvije PTSP nakon stresnih, ali naizgled nekatastrofalnih događaja poput razvoda, dok drugi ga ne razviju čak ni nakon užasnih trauma poput otmice ili mučenja (McNally, 2003; prema Olf i sur., 2007). Na temelju dobivenih rezultata u mnogobrojnim istraživanjima, zaključeno je da traumatski događaj ima značajne učinke na psihološki sustav pojedinca, odnosno na kogniciju i obradu informacija te sposobnost regulacije afekta (van der Kolk i Fisler, 1995; Cicchetti i Beeghly, 1996; prema van der Kolk, 2004). Stoga se može zaključiti da postoje razni čimbenici koji djeluju na pojavu, ozbiljnost, ali i naknadno nošenje sa simptomima PTSP-a.

Jedan od vrlo bitnih čimbenika su kognitivni resursi, odnosno strategije suočavanja sa stresom za koje se smatra da su najvažnije u prilagodbi osobe na izloženost ozbiljnoj traumi (Amir i sur., 1997). Zaštitna funkcija strategija suočavanja prije svega se odnosi na promjenu ili modifikaciju problematične situacije, kontrolu, značenje iskustva ili na nošenje sa emocionalnim posljedicama stresa (Lawrence i Fauerbach, 2003). Prevladava mišljenje kako je problemu usmjereno suočavanje, odnosno aktivno

suočavanje, adaptivnije i povezano sa manjom emocionalnom nelagodom, dok emocijama usmjereno suočavanje, odnosno pasivno suočavanje, ima veću učinkovitost u nekontrolabilnim situacijama (Lawrence i Fauerbach 2003). Amir i suradnici (1997) zaključuju kako osobe s PTSP-om značajno više koriste pasivno suočavanje, točnije izbjegavanje (problema, osoba i okoline), od osoba koje pripadaju zdravoj populaciji te čak više od osoba koje boluju od depresije (Galor i Hentschel, 2012). Često se javljaju negativne kognicije povezane s traumom jer je događaj otežao vraćanje pozitivnih identiteta sebe ili je reaktivirao negativne identitete sebe stvorene prethodnim negativnim iskustvima. Problem je što emocijama usmjereno suočavanje sprječava asimilaciju traumatskih događaja i prethodnog znanja što je povezano s nastankom težih simptoma PTSP-a te povećanjem depresivnih simptoma i prisutnosti akutnih stresora (Galor i Hentschel, 2012). Istraživanja su pokazala da se aktivno suočavanje veže uz manje simptoma PTSP-a, za razliku od pasivnog suočavanja, posebice izbjegavanja, ruminacije i potiskivanje misli koje se veže uz više simptoma te sporiji oporavak od poremećaja (Dunmore i sur., 2001.; Ehlers i sur., 1998; prema Brewin i Holmes, 2003). Posebno velika razlika je između planskog rješavanja problema, koji se ubraja u suočavanje usmjereno na problem i samozavaravanja, emocionalnog izbjegavanja i prihvaćanja odgovornosti, koji se ubrajaju u suočavanje usmjereno na emocije (Dirkzwanger i sur., 2003). Samozavaravanje najviše doprinosi razvitku simptoma PTSP-a, obzirom da se osoba izbjegava nositi s problemom te sprječava normalan tok intruzivnih misli koje se izmjenjuju s izbjegavanjem i osjećajem otupljenosti što je uobičajeno za normalno procesiranje traumatskih događaja (Horowitz, 1993; prema Dirkzwanger i sur., 2003).

Osobe koje su proživjele traumatski događaj pretežito će se pojačano prisjećati traumatskih aspekata što uzrokuje psihološku patnju koju organizam pokušava inhibirati (Horowitz, 1986; prema Samardžić i Špirić, 2004). Također takve osobe imati će poteškoća prilikom autobiografskih sjećanja na određene incidente (Buckley, Blanchard, i Neill, 2000; prema Brewin i Holmes, 2003). S druge strane, zdravi pojedinci s većim kapacitetom radnog pamćenja bolji su u potiskivanju neželjenih misli kada im se to naloži u eksperimentalnim uvjetima, bilo da su te misli neutralne (Brewin i Beaton, 2002; prema Brewin i Holmes, 2003) ili intruzivne prirode (Brewin i Smart, 2002; prema Brewin i Holmes, 2003). Prema Horowitzu (1986; prema Samardžić i Špirić, 2004), trauma u preživjelih nije nikad u potpunosti prorađena, nego prilikom nadolazećih novih informacija, kognitivni mehanizmi traže najprikladniju moguću sličnost s vlastitim

engramom, što dovodi do nikad dostatne emocionalne obrade traumatskog događaja (Rachman, 2001; prema Čuržik, 2019). U nekim istraživanjima, visoke razine emotivnih odgovora povezane su sa živopisnijim i dugotrajnijim sjećanjima (Conway i sur., 1994; Pillemer, 1998; prema Brewin i Holmes, 2003). Empirijski nalazi u općoj literaturi o stresu ukazuju na postojanje rodni razlika u primarnoj procjeni, s većom vjerojatnošću da će žene prije izvijestiti o emocionalnim reakcijama straha, bespomoćnosti, panike i tjeskobe nego muškarci (Mak, Blewitt i Heaven, 2004.; prema Olf i sur., 2007). Također se navodi da će žene vjerojatnije procijeniti događaje kao stresne i izvijestiti veću percipiranu nesreću u smislu gubitka osobne kontrole i nedostatka dostupnih alternativnih strategija suočavanja (Eisler i Skidmore, 1987; Timmer, Veroff i Colten, 1985; prema Olf i sur., 2007).

Procjene akutnih simptoma žrtava traume, mogu biti ključne u određivanju utjecaja koji će ti simptomi imati na kasniju prilagodbu (McNally, 2003; prema Olf i sur., 2007). Neki teoretičari (Epstein, 1990; Norris i Kaniasty, 1991; Roth i sur., 1997; prema Nader i Fletcher, 2014) tvrde da stresni događaji postaju traumatični kada razbiju određena temeljna uvjerenja koja ljudi inače posjeduju o životu, sebi i okolini. Uzročnici stresa mogu biti traumatični ako predstavljaju veliku prijetnju uvjerenjima o vlastitoj sigurnosti i sigurnosti svijeta, izvjesnosti, predvidljivosti i mogućnosti kontrole svijeta, osjećaju vlasti i općem samopoštovanju osobe. Što se tiče atribucijskog stila u oboljelih, utvrđeno je kako su krivnja ili samooptuživanje (unutarnje pripisivanje uzroka) povezani sa simptomima PTSP-a kod veterana, djece i adolescenata (McCormick i sur., 1989, Joseph i sur., 1993; Udwin i sur., 2000; prema Nader i Fletcher, 2014). Terr (1991; prema Nader i Fletcher, 2014) je sugerirao da će negativan stav o budućnosti biti relativno prevladavajući, bez obzira na vrstu stresora s kojom se pojedinac bude susretao. Prema Wolfeu i suradnicima (1991; prema Nader i Fletcher, 2014) globalne atribucije uzročnosti poput „svijet je opasno mjesto“ i „svi odrasli su nepouzdana“ naspram „samo je odrasla osoba koja zlostavlja nepouzdana“, povezane su sa traumatizacijom kod seksualno zlostavljane djece.

Novija istraživanja otkrivaju utjecaj pojedinčeve ličnosti na procjenu stresnih događaja kao prijetnje ili kao izazova te kakva će biti fiziološka reakcija koja će uslijediti (Roberti, 2003; prema Olf i sur., 2007). Osobe s prethodno utvrđenim psihijatrijskim stanjima te ovisnici o alkoholu i drogama podložniji su razvitku simptoma PTSP-a (Mandić, 1993). Što se tiče osobina ličnosti, PTSP je pozitivno povezan s neuroticizmom,

odnosno sklonosti tjeskobi, hostilnosti i sagledavanju događaja iz pesimistične perspektive (Miller i Resick, 2007; prema Čuržik, 2019), a negativno korelira s optimizmom i ekstraverzijom (Domschke, 2012; prema Čuržik, 2019). Također je utvrđeno da pojedinci s visokim razinama anksiozne osjetljivosti pokazuju intenzivnije reakcije na prikaz ili spomen traumatskog stresora (Čuržik, 2019).

Socijalni aspekt PTSP-a

Osim direktnog utjecaja posttraumatskog stresnog poremećaja na oboljelu osobu, na trajanje i tijek bolesti indirektno utječe i njegovo socijalno okruženje. Neka obilježja socijalne okoline poput socijalne podrške, roditeljskog stila i funkcionalnih odnosa u obitelji ne smiju se zanemariti. Pojedinačev osjećaj kompetentnosti i samopouzdanja razvija se u djetinjstvu roditeljskim pružanjem adekvatne skrbi i postavljanjem ograničenja na konstruktivan način koji ujedno pridonosi većoj otpornosti na stres u budućnosti (Wyman i sur., 1992; prema Nader i Fletcher, 2014). Predškolska se djeca nužno u velikoj mjeri oslanjaju na podršku roditelja u stresnim trenucima (Pynoos i Eth, 1985b; prema Nader i Fletcher, 2014). Ovisnost djeteta o roditeljskoj podršci smanjuje se s godinama, budući da se tijekom školskih godina razvija mogućnost podrške vršnjaka, a tijekom adolescencije raste samopouzdanje (Cole i Putnam, 1992; Rossman, 1992; prema Nader i Fletcher, 2014). Rossman (1992; prema Nader i Fletcher, 2014) sugerira da je smanjena ovisnost starije djece o pomoći njegovatelja posljedica sve većeg korištenja socijalne usporedbe kod djece tijekom školskih godina, zajedno s njihovom povećanom svijesću o negativnim učincima koje ovisnost o odraslima ima na procjene vlastite kompetencije (Cole i Putnam, 1992; prema Nader i Fletcher, 2014). U isto vrijeme, egocentričnost mlađe djece potencijalno ih dovodi do neopravdanog osjećaja povećane odgovornosti za svoja traumatična iskustva, što može pridonijeti većoj učestalosti osjećaja krivnje među traumatiziranom djecom (43%) nego među traumatiziranim odraslim osobama (15%) (Piaget i Inhelder, 1969; prema Nader i Fletcher, 2014).

Prema Ajdukoviću (1998; prema Nader i Fletcher, 2014) simptomi PTSP-a u adolescenata bili su povezani s majkom koja ih je često zanemarivala u djetinjstvu ili s ocem koji je imao PTSP. Također u istraživanju Punamaeki i suradnika (2001; prema Nader i Fletcher, 2014) palestinska djeca izložena političkom nasilju, koja su oca doživljavali kao nedostupnim, a majke kao primarnim izvorom ljubavi i brige, izvještavali su više razine PTSP-a (Punamaeki i sur., 2001; prema Nader i Fletcher, 2014). Uz roditeljski stil, važna je i funkcionalnost i stabilnost odnosa unutar same

obitelji. Ukoliko su roditelji često u sukobu (prije, tijekom ili nakon izlaganja traumi) dolazi do razvoja težih simptoma PTSP-a kod djece zbog manjka njihove otpornosti (Wyman i sur., 1992; prema Nader i Fletcher, 2014). Utvrđeno je da djeca otpornija na stres imaju bliske, pozitivne odnose sa svojim skrbnicima i da dobivaju više podrške unutar i izvan obitelji (Milgram i Toubiana, 1996; Ajduković, 1998; prema Nader i Fletcher, 2014). Najjači prediktor simptoma PTSP-a među djecom koja su proživjela poplavu Buffalo Creeka bila je visoka razina roditeljskih sukoba i kućna atmosfera (Green i sur., 1991; prema Nader i Fletcher, 2014), jednako kao i u istraživanju adolescenata koji boluju od raka te koji su zadovoljili kriterije za PTSP (Pelcovitz i sur., 1998; prema Nader i Fletcher, 2014). Osim toga, utvrđeno je da je rizik od PTSP-a, psihosocijalnih problema i problema u ponašanju veći kod djece koja su svjedočila činu obiteljskog nasilja (Lehmann, 2000; prema Nader i Fletcher, 2014). Seksualno zlostavljana djeca koja osjećaju podršku svojih majki, lakše se nose s kasnijim posljedicama nakon razotkrivanja traumatskog događaja nego ona djeca čije majke izražavaju nevjericu ili negativne emocije (Kendall-Tackett i sur., 1993; prema Nader i Fletcher, 2014). Što su više socijalne podrške djeca izložena uraganu Andrew nakon toga primila od roditelja i školskih kolega, to su manje simptoma PTSP-a u konačnici pokazali (La Greca i sur., 1996; prema Nader i Fletcher, 2014).

Zaštitni čimbenici od razvitka ili napretka tijekom PTSP-a u odraslih su stabilan bračni odnos i obiteljska prethodno razvijena privrženost (Simonović i sur., 2008). Veći posttraumatski rast također pokazuju osobe više razine obrazovanja koje posjeduju vještine emocionalne samoregulacije (Yu i sur., 2014; prema Malada i Macuka, 2019). Osim toga, u istraživanju Malade i Macuke (2019) posttraumatski rast izvijestili su branitelji koji su bili religiozniji i percipirali socijalnu podršku višom. Također jedna od dodatnih karakteristika socijalnog okruženja koja može pridonijeti razvoju PTSP-a je razina obiteljskog stresa i mobilnost obitelji. Povrh toga, sudanske izbjeglice izjavile su da su doživjele više dnevnih stresora (nedostatak odjeće, loši sanitarni uvjeti, glad, briga za obitelj) nakon preseljenja nego ugandske izbjeglice u usporednoj skupini (Paardekooper et al., 1999; prema Nader i Fletcher, 2014). Neki od dodatnih stresora koji su mogli utjecati na ove rezultate bili su odvojenost od poznatog okruženja i krugova podrške zbog kojih je moguće doživjeti krizu kulturalnog i socijalnog identiteta kada dolazi do propitkivanja vlastitih uvjerenja.

Liječenje PTSP-a

Tijekom procesa liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja važno je kombinirati farmakoterapiju, psihoterapiju i psihosocijalne metode (Kozarić-Kovačić i sur., 2007). Integrativni ili individualni pristup odabire se ovisno o vrstama trauma, simptomima i potencijalnim komorbiditetima PTSP-a. Ukoliko se radi o blažim simptomima, prednost treba pružiti psihoterapiji, u suprotnom je potrebno kombinirati terapiju zajedno s lijekovima. Svrha liječenja je prevenirati pogoršanje subjektivne dobrobiti i fiziologije pojedinca, odnosno daljnji razvoj PTSP-a.

Psihoterapija

Cilj psihoterapije je prepoznati i pokušati riješiti pacijentove bihevioralne, emotivne, interpersonalne i kliničke probleme uz pomoć različitih modela i pristupa među kojima se preferira eklektički nasuprot specijaliziranog u jednom području (Nietzel i sur., 2001). U terapiji je prisutna usmjerenost na pružanje pomoći ljudima u prevladavanju zapreka koje zaustavljaju njihov prirodni rast i ispunjenje. Pristup usmjeren klijentu sastoji se od ključnih sastavnica terapijskog saveza koje uključuju: (1) zajedničke ciljeve, (2) konsenzus o sredstvima i metodama liječenja i (3) emocionalnu vezu, odnosno odnos povjerenja (Bachelor i Horvath, 1999; Horvath i Bedi, 2002; prema Norcross i Golfried, 2005). Terapeuti moraju biti obučeni za prepoznavanje i dokumentiranje nuspojava te procjenu utjecaja kulturalnih i socijalnih čimbenika, jednako kao i individualnih razlika u procesu nastanka i razvoja poremećaja. Također terapeuti moraju znati kako planirati liječenje uzimajući u obzir njegove pozitivne, ali i negativne ishode po pojedinca (Linden i Schermuly-Haupt, 2014).

Grupna psihoterapija

Grupna psihoterapija provodi se sa žrtvama istog ili sličnog traumatskog događaja ili s uključenošću bliskih osoba (uglavnom obiteljskih članova) oboljelog pojedinca (van der Kolk i sur., 2014). Tijekom grupne terapije osobe dijele vlastite osjećaje i iskustva s grupom i terapeutom kako bi što učinkovitije proradile svoju traumu (Borovac, 2003). U procesu grupne terapije važno je pružanje međusobne podrške i razumijevanja oboljelim pojedincima uz empatičan pristup. Kada zajednica ili obitelj ne potvrde ili zanemaruju iskustvo osobe koja je proživjela traumatski događaj, smanjena je vjerojatnost oporavka pojedinca od traume, a povećana je vjerojatnost pogoršanja simptoma u obliku PTSP-a (Hübl i Avritt, 2020). Svrha grupne terapije je pružiti pojedincu osjećaj sigurnosti, stabilizirati psihološke i fiziološke reakcije na traumu, istražiti i potvrditi percepcije i

emocije vezane uz događaj, povratiti sjećanja i usvojiti nove načine suočavanja s interpersonalnim stresom (van der Kolk, 1992; prema van der Kolk i sur., 2014). Učinkovitost grupnih terapija povećava se istovremenim provođenjem s individualnom terapijom.

Individualna psihoterapija

Individualna psihoterapija vremenski je dulji proces savjetovanja tijekom kojeg terapeut pomaže pojedincu na način da sagleda vlastite resurse i iskoristi ih u procesu osobnog razvoja radi poboljšanja funkcionalnosti u svim životnim aspektima. Zadatak terapeuta je relevantnim pitanjima poticati klijenta na postepeno otvaranje kako bi mogao složiti kompletnu sliku traumatskog događaja. Terapeut mora procijeniti mentalni status pojedinca, odnosno donijeti zaključke na temelju njegova govora, percepcije svijeta, procesa i sadržaja mišljenja, mentalnog kapaciteta i emocionalnog odgovora (Nietzel i sur., 2001). Nadalje, terapeut mora stvoriti ugodnu atmosferu i uspostaviti odnos povjerenja s oboljelim pojedincem, otvoriti mu nove perspektive i znanja te se prema klijentu odnositi mirno i na prihvaćajući način. Oboljele od PTSP-a važno je educirati o učincima traume i primjeni odabrane metode liječenja. Potrebno ih je poticati na otvoreni razgovor o samom događaju i osjećajima koje pojedinac veže uz njega (Samardžić i Špirić, 2004).

Različiti pristupi tretmanu PTSP-a

Psihodinamska psihoterapija jedna je od najstarijih oblika terapija tijekom koje se stavlja naglasak na nesvjesne pojedinčeve konflikte koje nastavljaju utjecati na njegova ponašanja ukoliko pojedinac ne osvijesti taj dio uma. Tijekom terapije, terapeut pruža podršku klijentu prilikom uvida u njegove mehanizme suočavanja i tumači njihovu funkciju te nudi rješenje kako ih zamijeniti za adaptivnije strategije. Kozarić-Kovačić i suradnici (2007) razlikuju (a) suportivnu terapiju kojoj je cilj jačati ego i (b) ekspresivnu terapiju kroz koju se prorađuju nesvjesni konflikti. Koristi se i kreativna terapija kroz koju pojedinci mogu izraziti vlastite kreativne potencijale te vizualno prikazati potisnute konflikte. Učinkovitost te terapije pokazala se u poboljšanju bolesnikove samoprocjene, povećavanju emocionalne kontrole i smanjenju disocijativnih, anksioznih i depresivnih simptoma (Samardžić i Špirić, 2004).

Kognitivno bihevioralna terapija (KBT) pristup je liječenju koji se bavi trenutnim problemima pojedinca, odnosno njegovim negativnim ili beskorisnim obrascima

mišljenja ili ponašanja koje u procesu rastavlja na zasebne dijelove s ciljem utvrđivanja njihova stupnja utjecaja (Smith i sur., 2007). Ova vrsta terapije uključuje:

(a) tehniku kognitivnog restrukturiranja kada je potrebno raditi na promjeni atribucijskih stilova, vjerovanja, procjena, identiteta i ponašanja (Tedeschi i Calhoun, 1996; prema Malada i Macuka, 2019).

(b) kognitivne terapije koje identificiraju i izazivaju disfunkcionalne spoznaje, s ciljem zamjene iskrivljenih spoznaja u funkcionalnije i realnije predodžbe. Koristi se i bihevioralna aktivacija (BA) koja podrazumijeva strukturirani pristup povećanju angažmana klijenta u aktivnostima, uključujući prepoznavanje i planiranje događaja za domaću zadaću. Tehnika bihevioralne aktivacija primjenjiva je u pojedinaca s PTSP-om kod kojih su izraženi simptomi izbjegavanja i društvene izolacije (Cukor i sur., 2009).

(c) terapiju izlaganja imaginarno ili *in vivo* kao što je sustavna desenzibilizacija kada se pojedinca postepeno suočava s vlastitim strahovima, predmetom, situacijom, sjećanjima i slikama, a da pritom ne bude preopterećen. Nadalje, bihevioralna terapija upravljanja traumom (TMT) uključuje psihoedukaciju i izlaganje koji se provode u pojedinačnim susretima. Nakon završene ekspozicije, provodi se programirana praksa koja je podrazumijevala kontrolu vlastitog izlaganja kod kuće, te započinje faza socijalne i emocionalne rehabilitacije koja uključuje kontrolu ljutnje. Terapija upravljanja traumom pokazuje značajno poboljšanje po pitanju anksioznosti, povratnih sjećanja, noćnih mora, poteškoća sa spavanjem i ukupnog društvenog funkcioniranja (Frueh i sur., 1996; prema Cukor i sur., 2009). Također koristi se i interoceptivna terapija koja se odnosi na interoceptivnu izloženost koja podrazumijeva izazivanje bezopasnih fizioloških osjeta često povezanih s uzbuđenjem, primjerice izazivanje kratkoće daha svrhovitom hiperventilacijom. Navikavanje na ove fiziološke senzacije i tolerancija na stres može biti od pomoći u rješavanju simptoma tjeskobe, emocionalnog i fizičkog stresa i pretjeranog uzbuđenja kod oboljelih od PTSP-a (Cukor i sur., 2009).

(d) tehniku ovladavanja anksioznošću u sklopu koje se pokušava smanjiti tjeskoba i uznemirenost (Nemeroff i sur., 2006). Tehnike ovladavanje anksioznošću odnose se na razne vježbe *mindfulness-a* kako bi se usmjerila pažnja na misli ili emocije u sadašnjem trenutku čime se stvara usredotočena svjesnost koja dužim vježbanjem doprinosi boljoj prilagodbi na životne zahtjeve (Lang, 2017). Nadalje, otkriveni su podaci o učinkovitosti programa joge u poboljšanju depresije u populaciji veterana PTSP-a te dodatna korist za

neke intruzivne i hiperuzbuđujuće simptome uz dodatak tehnika disanja (Brown i Gerbarg, 2005; prema Cukor i sur., 2009). Također poznat je *biofeedback* ili neuroterapija koja omogućuje pojedincu bolju kontrolu nevoljnih odgovora tijela kada su priključeni na EEG aparat (Pejak i sur., 2017; prema Horvat i Fodor, 2018). Postiže se veća svjesnost o tome što se događa unutar tijela, a posljedično smanjuje simptome stresa, straha, umora i povećava koncentraciju.

(e) EMDR (eng. *Eye Movement Desensibilisation and Reprocessing*) pristup koji je kasnih 80-ih razvila Francine Shapiro (Shapiro, 1989; prema Valiente-Gómez i sur., 2017) s ciljem liječenja traumatskih sjećanja i s njima povezanih simptoma stresa. Ovaj oblik terapije, provodi se po protokolu koji uključuje osam faza i bilateralnu stimulaciju (obično horizontalne sakadične pokrete očiju) kako bi se desenzibilizirala nelagoda uzrokovana traumatskim sjećanjima. Tijekom terapije, pojedinac zamišlja uznemiravajuću sliku traumatičnog događaja dok očima prati svjetlo koje se pomiče ili najčešće terapeutove prste koji se kreću lijevo-desno (Scheeringa i Gaensbauer, 2000). Nakon svake sekvence pokreta, pojedinac opisuje potencijalno nova sjećanja, obzirom da je cilj EMDR-a postići njihovu ponovnu obradu i integraciju unutar biografskih sjećanja (Shapiro, 2005; prema Valiente-Gómez i sur., 2017). U današnje vrijeme, EMDR je jedan vodećih pristupa u liječenju PTSP-a i njegovih komorbidnih stanja (Perez-Dandieu i Tapia, 2014; prema Valiente-Gómez i sur., 2017). Pritom, ovaj oblik KBT-a poboljšava pojedinčevo samopouzdanje te ujedno pomaže pri smanjivanju simptoma poput ovisničkih simptoma, paranoidnih misli te disocijativnih, depresivnih i anksioznih simptoma (Perez-Dandieu i Tapia, 2014; de Bont i sur., 2016; Van Minnen i sur., 2016; prema Valiente-Gómez i sur., 2017).

Povrh navedenog, korisnost za ublažavanje simptoma PTSP-a, poput osjećaja straha, noćnih mora i tjeskobe pokazala je i akupunktura te masaža koja za cilj ima relaksaciju mišića (Borovac, 2003).

Farmakoterapija

Cilj korištenja farmakološkog pristupa je umanjivanje simptoma PTSP-a i ojačanje psihološkog obrambenog sustava radi poboljšanja općeg funkcioniranja oboljelog. U procesu liječenja PTSP-a, uglavnom se primjenjuju selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI) za regulaciju anksioznosti, hostilnosti, impulzivnosti i raspoloženja (Albucher i Liberzon, 2002). Koriste se sertralin, paroksetin, venlafaksin i

mirtazapin (Albucher i Liberzon, 2002). Nadalje, u sklopu farmakološkog pristupa PTSP-u koriste se triciklički antidepresivi (TCA) koji ispravljaju kemijsku neravnotežu neurotransmitera u mozgu te tako inhibiraju intruzivne, anksiozne i depresivne simptome (Kozarić-Kovačić i Pivac, 2007). Središnji katekolamini i serotonin sudjeluju u moduliranju razina uzbuđenja, odgovora na stres i regulaciji raspoloženja (McEwen, 2000; prema Albucher i Liberzon, 2002). Za potrebe regulacije anksioznih i depresivnih simptoma te smanjenje učestalosti nasilnog ponašanja također se koriste inhibitori monoamino oksidaze (MAOI) te stabilizatori raspoloženja, a kako bi smanjili razdražljivost, osjećaj straha i potencijalne disocijativne simptome koriste se antiadrenergički lijekovi i antikonvulzivi (Albucher i Liberzon, 2002; Mimica i sur., 2018). Potreban je oprez pri korištenju benzodiazepina u liječenju PTSP-a, odnosno moraju se odvagati posljedice na opću dobrobit pojedinca, pogotovo kod onih s poviješću problema sa zlouporabom supstanci, iz razloga što benzodiazepini izazivaju ovisnost i mogu pogoršati već postojeće simptome. Rezultati istraživanja Lowensteina i suradnika (1988; prema Albucher i Liberzon, 2002) ukazuju na korisnost klonazepama u liječenju disocijativnih simptoma i simptoma nesanice i panike. Posljednje, u farmakoterapiji se koriste antipsihotici ili neuroleptici koji pomažu otkloniti simptome psihoze. Ovi lijekovi mogu biti od pomoći za određen profil simptoma kod PTSP-a, primjerice kod pojedinaca s izraženom sumnjičavošću ili agresivnom paranojom, intenzivnim bijesom, samodestruktivnim ponašanjem i čestim halucinatornim povratnim sjećanjima (Walker, 1982; Dillard i sur., 1993.; prema Albucher i Liberzon, 2002).

Zaključak

Istraživanja određivanja i klasificiranja posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP-a) imaju kompleksnu povijest, obzirom na dugotrajan proces službenog prihvaćanja činjenice da ekstreman stresor može dovesti do privremenog ili trajnog psihičkog poremećaja. PTSP se može definirati kao psihički poremećaj kojeg uzrokuje stresno i traumatsko iskustvo nakon kojeg osoba pokazuje simptome na ponašajnoj, psihološkoj i tjelesnoj razini. U današnjem društvu još uvijek postoje određene predrasude prema psihički oboljelima, pa tako i prema PTSP-u te se stoga brojni ustručavaju obratiti profesionalnoj osobi za pomoć. Pojedinci oboljeli od PTSP-a često pate, a da ni ne znaju identificirati pravi uzrok misleći da nema rješenja ili da se radi o nekakvom prolaznom stanju koje će se riješiti s vremenom, stoga se ni ne trude potražiti stručnu pomoć. Tijekom liječenja važno je da psihoterapeut odabere adekvatnu metodu

ovisno o vrsti traume, simptomima i potencijalnim komorbiditetima. Osim toga, oboljele pacijente važno je podučavati odgovarajućim strategijama suočavanja sa stresom te tehnikama za ovladavanje anksioznosti za koje je dokazano da imaju pozitivan učinak na fizičko i psihološko zdravlje. U cjelokupnom procesu, s velikom dozom razumijevanja i strpljenja, teži se doći do oporavka koji omogućava pretežito uobičajeno funkcioniranje vođenja poboljšanog životnog stila koje doprinosi subjektivnoj dobrobiti samog pojedinca te njegove okoline. Nalazi navedeni u ovom radu nude implikacije za zdravstvenu i kliničku psihologiju, no potrebno je provesti dodatna istraživanja kako bi se produbilo znanje o individualnim razlikama ličnosti koje utječu na razvitak PTSP-a, o mogućnostima i načinima pružanja podrške bližnjih u procesu posttraumatskog rasta oboljelih te o općenitoj adekvatnoj skrbi rizičnih skupina. Na razini države, treba se dodatno raditi na integraciji oboljelih u zajednicu kako bi se osjećali prihvaćenima i sigurnima uz znatno pojačanu edukaciju javnosti od osnovnoškolske dobi do starosti s ciljem destigmatizacije psihičkih oboljenja.

Literatura

- Albucher, R. C. i Liberzon, I. (2002). Psychopharmacological treatment in PTSD: a critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 36(6), 355-367.
- Američka psihijatrijska udruga (2013). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje - peto izdanje (DSM – 5)*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Amir, M., Kaplan, Z., Efroni, R., Levine, Y., Benjamin, J. i Kotler, M. (1997). Coping styles in post-traumatic stress disorder (PTSD) patients. *Personality and Individual Differences*, 23(3), 399-405.
- Auxéméry, Y. (2018). Post-traumatic psychiatric disorders: PTSD is not the only diagnosis. *La Presse Médicale*, 47(5), 423-430.
- Borovac, I. (2003). *Veliki obiteljski savjetnik o zdravlju - konvencionalno i alternativno liječenje*. Zagreb: Mozaik knjiga.
- Brewin, C. R. i Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 339-376.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. i Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM – IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599.

- Brudey, C., Park, J., Wiaderkiewicz, J., Kobayashi, I., Mellman, T. A. i Marvar, P. J. (2015). Autonomic and inflammatory consequences of posttraumatic stress disorder and the link to cardiovascular disease. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 309(4), R315-R321.
- Cavalcanti-Ribeiro, P., Andrade-Nascimento, M., Morais-de-Jesus, M., De Medeiros, G. M., Daltro-Oliveira, R., Conceicao, J. O., Rocha M. F., Miranda-Scippa Â., Koenen K. C. i Quarantini, L. C. (2012). Post-traumatic stress disorder as a comorbidity: impact on disease outcomes. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(8), 1023-1037.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B. i Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25097.
- Coyle, S. (2014). Intergenerational trauma: Legacies of loss. *Social Work Today*, 14(3), 18.
- Cukor, J., Spitalnick, J., Difede, J., Rizzo, A. i Rothbaum, B. O. (2009). Emerging treatments for PTSD. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 715-726.
- Čatipović, V., Drobac, R. i Turković, M. (1997). Tijek i prognoza PTSP-a - Prikaz značajnih pokazatelja. *Medicinski vjesnik*, 29(1-2), 15-27.
- Čuržik, D. (2019). Faktori rizika i kroničnog tijeka posttraumatskog stresnog poremećaja: pregled suvremenih spoznaja. *Socijalna psihijatrija*, 47(1), 51-85.
- DiGangi, J. A., Gomez, D., Mendoza, L., Jason, L. A., Keys, C. B. i Koenen, K. C. (2013). Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 728-744.
- Dirkzwager, A. J., Bramsen, I., i Van Der Ploeg, H. M. (2003). Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: A prospective study. *Personality and Individual Differences*, 34(8), 1545-1559.
- Edmondson, D., Kronish, I. M., Wasson, L. T., Giglio, J. F., Davidson, K. W. i Whang, W. (2014). A test of the diathesis-stress model in the emergency department: Who develops PTSD after an acute coronary syndrome?. *Journal of Psychiatric Research*, 53, 8-13.
- Foy, D. W. (1992). *Treating PTSD: Cognitive-Behavioral Strategies*. New York: The Guilford Press.

- Galor, S., i Hentschel, U. (2012). Problem-solving tendencies, coping styles, and self-efficacy among Israeli veterans diagnosed with PTSD and depression. *Journal of Loss and Trauma*, 17(6), 522-535.
- Garcia, H. A., Kelley, L. P., Rentz, T. O. i Lee, S. (2011). Pretreatment predictors of dropout from cognitive behavioral therapy for PTSD in Iraq and Afghanistan war veterans. *Psychological Services*, 8(1), 1-11.
- Gupta, M. A. (2013). Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 25(1), 86-99.
- Hobfoll, S. E. (2004). *Stress, Culture, and Community: The Psychology and Philosophy of Stress*. New York: Springer Science and Business Media.
- Horvat, M. i Fodor, D. (2018). Sustav za udaljeno mjerenje srčanog ritma pomoću komercijalne kamere. *Polytechnic and Design*, 6(2), 128-134.
- Hübl, T. i Avritt, J. J. (2020). *Healing Collective Trauma: A Process for Integrating Our Intergenerational and Cultural Wounds*. Boulder: Sounds True.
- Keane, T. M., Silberbogen A. K. i Weierich M. R. (2008). Post-traumatic stress disorder. In J. Hunsley i E. J. Mash (Eds.), *A Guide to Assessments That Work* (pp. 293-315). New York: Oxford University Press.
- Keros, P. (1995). *Veliki zdravstveni savjetnik*. Zagreb: Novi Liber.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. i Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Kibler, J. L., Joshi, K. i Ma, M. (2009). Hypertension in relation to posttraumatic stress disorder and depression in the US National Comorbidity Survey. *Behavioral Medicine*, 34(4), 125-132.
- Kozarić-Kovačić, D., Kovačić, Z. i Rukavina, L. (2007). Posttraumatski stresni poremećaj. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 13(71), 102-106.
- Kozarić-Kovačić, D. i Pivac, N. (2007). Quetiapine treatment in an open trial in combat-related post-traumatic stress disorder with psychotic features. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 10(2), 253-261.

- Lang, A. J. (2017). Mindfulness in PTSD treatment. *Current Opinion in Psychology*, 14, 40-43.
- Lawrence, J. W., i Fauerbach, J. A. (2003). Personality, coping, chronic stress, social support and PTSD symptoms among adult burn survivors: a path analysis. *The Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 24(1), 63-72.
- Linden, M. i Schermuly-Haupt, M. L. (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry*, 13(3), 306-309.
- Malada, A. i Macuka, I. (2019). Prediktori posttraumatskog rasta kod branitelja domovinskog rata. *Ljetopis socijalnog rada*, 26(3), 391-413.
- Mandić, N. (1993). Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP). *Medicinski vjesnik*, 25(1-2), 43-51.
- Marušić, L. (2005). *Veliki kućni medicinski priručnik - nova mjerila medicinskih preporuka*. Rijeka: Leo-commerce.
- Mimica, N., Uzun, S., Kozumplik, O., Žakić Milas, D. i Glavina, T. (2018). Psihometrijski i klinički instrumenti za procjenu posttraumatskog stresnog poremećaja i ocjenu terapijskog učinka. *Medicina Fluminensis: Medicina Fluminensis*, 54(2), 155-165.
- Nader, K. i Fletcher, K. E. (2014). Childhood posttraumatic stress disorder. In E. J. Mash i R. A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (pp. 330-371). New York: The Guilford Press.
- Nemeroff, C. B., Bremner, J. D., Foa, E. B., Mayberg, H. S., North, C. S. i Stein, M. B. (2006). Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research*, 40(1), 1-21.
- Nietzel, M.T., Bernstein D.A. i Milich, A. (2001). *Uvod u kliničku psihologiju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Norcross, J. C. i Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Oxford University Press.
- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N. i Gersons, B. P. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 133(2), 183-204.
- Op den Velde, W. (1998). Dugoročne reakcije veterana na ratna iskustva. *Polemos: časopis za interdisciplinarna istraživanja rata i mira*, 1(2), 13-23.
- Ruglass, L. M. i Kendall-Tackett, K. (2014). *Psychology of Trauma 101*. New York: Springer Publishing Company.
- Samardžić, R. i Špirić, Ž. (2004). Posttraumatski stresni poremećaj. *Vojnosanitetski pregled*, 61(1), 47-57.
- Scheeringa, M. S. i Gaensbauer, T. J. (2000). Posttraumatic stress disorder. *Handbook of Infant Mental Health*, 3, 345-361.

- Simonović, M., Grbeša, G., Milenković, T. i Radisavljević, M. (2008). Assessment of clinical depression comorbid with posttraumatic stress disorder. *Vojnosanitetski pregled*, 65(3), 199-204.
- Smith, P., Yule, W., Perrin, S., Tranah, T., Dalgleish, T. I. M., i Clark, D. M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for PTSD in children and adolescents: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(8), 1051-1061.
- Šerić, M., Braš, M. i Đorđević, V. (2015). Posttraumatski stresni poremećaj i kronična bol–Neurobiološka podloga biopsihosocijalnog međuođnosa. *Socijalna psihijatrija*, 43(2), 67-72.
- Tarabić, B. N. i Tomac, P. (2013) Posttraumatski stresni poremećaj. *Gyrus I*, 34-41.
- Valiente-Gómez, A., Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Cedrón, C., Colom, F., Perez, V. i Amann, B. L. (2017). EMDR beyond PTSD: A systematic literature review. *Frontiers in Psychology*, 8, 1668.
- van der Kolk, B. A., Van der Hart, O. i Burbridge, J. (2014). Approaches to the treatment of PTSD. In M. B. Williams i J. F. Sommer (Eds.), *Simple and Complex Post-Traumatic Stress Disorder* (pp. 23-45). New York: Routledge.
- van der Kolk, B. A. (2004). Psychobiology of posttraumatic stress disorder. In J. Panksepp (Ed.), *Textbook of Biological Psychiatry* (pp. 319–344). Hoboken: Wiley-Liss.
- Yoshii, T. (2021). The role of the thalamus in post-traumatic stress disorder. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(4), 1730.