

Utjecaj religioznosti na simptome posttraumatskog stresnog poremećaja

Petrović, Božena

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:938024>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-28**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Božena Petrović

**Utjecaj religioznosti na simptome
posttraumatskog stresnog poremećaja**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2018.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za psihijatriju i psihološku medicine Medicinskog fakulteta u Zagrebu, u Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Zagreb pod mentorstvom doc. dr. sc. Marine Šagud i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2017/2018.

POPIS KRATICA

AR – adrenoreceptorski sustav

CDC – Centar za kontrolu bolesti i prevenciju

DSM – Dijagnostičko-statistički priručnik

EMDR- desenzitizacija očnim pokretima

ER – ekstrinzična religioznost

IR – intrinzična religioznost

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema

NET – noradrenalinski transporter

PTG (engl., posttraumatic growth) – posttraumatski rast

PTSP – posttraumatski stresni poremećaj

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

SADRŽAJ

1. SAŽETAK	
2. SUMMARY	
3. UVOD.....	1
3.1 DEFINICIJA I KRITERIJI ZA DIJAGNOZU... ..	1
3.2 POVIJESNI RAZVOJ KONCEPTA PTSP-a.....	3
3.3 EPIDEMIOLOGIJA I ETIOLOGIJA.	4
3.4 PATOFIZIOLOGIJA PTSP-a.....	6
3.5 LIJEČENJE.....	6
4. RELIGIOZNOST I PTSP	8
4.1 RELIGIOZNI STAVOVI PRIJE DOŽIVLJAVANJA TRAUME.	8
4.2 UTJECAJ RELIGIOZNOSTI I DUHOVNOSTI NA RAZVOJ SIMPTOMA NAKON TRAUME.	10
4.3 POVEZANOST RELIGIOZNOSTI S RAZVOJEM POSTTRAUMATSKIH ANKSIOZNIH I DEPRESIVNIH SIMPTOMA	12
4.4 POVEZANOST RELIGIOZNOSTI I SKLONOSTI SUICIDU KOD PACIJENATA S PTSP-om.....	14
4.5 PROMJENE U RELIGIOZNYM UVJERENJIMA NAKON TRAUME.....	18
5. RELIGIOZNOST I PTSP KOD ŽRTAVA PARTNERSKOG NASILJA.....	20
6. POSTTRAUMATSKI RAST	22
7. ZAKLJUČCI.....	24
8. ZAHVALE.....	25
9. POPIS LITERATURE.....	26
10. ŽIVOTOPIS.....	33

1. SAŽETAK

Božena Petrović

Utjecaj religioznosti na simptome posttraumatskog stresnog poremećaja

PTSP je karakteriziran simptomima distresa koji uključuju ponovno proživljavanje stresnog događaja, izbjegavanje stimulusa povezanih s traumom, emotivnu otupljenost i hiperpobuđenost. Postaje sve češći u skupini hrvatskih branitelja, ali i kod žrtava nasilja u vezama, kod preživjelih nakon nesreća ili prirodnih katastrofa. Iako su simptomi PTSP-a opisani još odavno, pod nazivom traumatska neuroza, prvi put je prepoznat kao zasebna dijagnoza u DSM-III klasifikaciji, dok se danas simptomi određuju na temelju DSM-5. Mnoga istraživanja su provedena u svrhu pronalaska povezanosti težine PTSP simptoma te vanjskih i unutarnjih faktora, pogotovo nakon što je uočeno da neke osobe nakon traume pokazuju posttraumatski rast, dok se kod drugih razvijaju teži oblici depresije i suicidalnosti. Jedan od tih faktora je religioznost te je dokazano da ima jako bitnu ulogu u određivanju načina na koji će neka osoba reagirati na traumu pa posljedično, utječe i na razvoj PTSP-a. Nakon izloženosti traumatskom događaju, osoba gubi osjećaj vlastite vrijednosti i prestaje vjerovati u dobronamjernost svijeta. Religioznost može pomoći u nošenju s PTSP simptomima kod pojedinaca koji su i prethodno bili religiozni te se oni upuštaju u različite aktivnosti kao što su osobna molitva ili organizirane religiozne aktivnosti te imaju i manji stupanj izraženosti suicidalnosti i depresije. Daljnja istraživanja na ovu temu su potrebna, budući da religioznost može biti korisno sredstvo u liječenju pacijenata s PTSP-om.

Ključne riječi: PTSP, religioznost, trauma, posttraumatski rast

2. SUMMARY

Božena Petrović

Effect of religious belief on posttraumatic stress disorder

Posttraumatic stress disorder is characterized by symptoms of distress, that include re-experience of a traumatic event, avoidance, emotional numbness and hyperalertness. PTSD is becoming more and more frequent among Croatian war veterans, but also in domestic violence victims, in those who have survived an accident or a severe disease, and therefore, deserves the attention of the psychiatric community. PTSD was first recognized as a special diagnosis in the DSM-III classification, and today, DSM-V classification is used to determine the symptoms needed to diagnose PTSD. The clinical presentation of PTSD has been described before, but under the term traumatic neurosis. Many research were conducted in order to find certain associations between the severity of PTSD symptoms and outer and inner factors, especially after it was noticed that some individuals show posttraumatic growth, while others develop severe signs of depression and suicidality. One of these factors is religiousness, and it has been shown that it might have an important role in determining the way a person reacts to trauma, and consequently, in the possible development of PTSD. After being exposed to a traumatic event, a person loses the feeling of self-efficacy and stops believing in the benevolence of the world. Religiousness can help people to cope with the trauma. After being exposed to such an event, they might tend to engage more in religious activities, either organizational, such as attending a mass, or non-organizational, such as praying. Higher religiosity was associated with less severe symptoms of PTSD, especially suicidal thoughts. Further research on this topic is necessary in order to elucidate whether religiosity might offer relief in patients with PTSD who accept this kind of treatment.

Key words: PTSD, religiousness, trauma, posttraumatic growth

3. UVOD

3.1 Definicija i kriteriji za postavljanje dijagnoze PTSP-a

Posttraumatski stresni poremećaj (F43.1.) ubraja se u skupinu reakcija na teški stres i poremećaja prilagodbe (1) te prema DSM klasifikaciji, razvija se nakon izlaganja pojedinca nekom potencijalno stresnom događaju (2).

Ono što predstavlja značajku u njihovoj dijagnostici je da osim prepoznatljive kliničke slike i tijeka bolesti, uvijek mora postojati i podatak o prethodno doživljenom stresnom događaju ili podatak o izloženosti trajnoj traumi. Vrlo je važno uočiti razliku između tih poremećaja i niza drugih čije se pojavljivanje može ubrzati nakon izlaganja pojedinca manje stresnim psihosocijalnim događajima, ali koji bi se za razliku od PTSP-a, vjerojatno manifestirali i bez takvog izlaganja, budući da su posljedica drugih etioloških čimbenika (1).

PTSP je u Hrvatskoj postao najpoznatiji klinički entitet iz ove skupine, pogotovo nakon Domovinskog rata, iako se javlja i u drugim skupinama, kao što su preživjeli nakon teške nesreće ili bolesti te kod žrtava nasilja (1). PTSP je tek početkom osamdesetih uvršten u 3. izdanje priručnika dijagnoze i statistike (engl., „Diagnostic and Statistical Manual“), DSM-III klasifikaciju da bi ga Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) uvrstila u svoju 10. međunarodnu klasifikaciju bolesti (MKB-10) početkom devedesetih (1).

DSM-III-R naglašava da je trauma povezana s nekim izuzetno stresnim događajem, no pojavili su se brojni dokazi koji ukazuju da su faktori koji potiču nastanak PTSP-a neki od relativno čestih događaja u ljudskim životima. U DSM-IV je iznesena značajna modifikacija povezana sa samom definicijom traume te se naglašava kako je potrebno da je ta trauma bila zastrašujuća i opasna za pojedinog individualca te po prvi put uključuje kriterije za akutni stresni poremećaj koji predstavlja psihički poremećaj, sličan PTSP-u, koji se događa kod

pojedinaca nakon traume, ali je maksimalno trajanje jedan mjesec te predstavlja predispoziciju za razvoj PTSP-a (3).

Pod pojmom izlaganje traumatskom događaju, podrazumijeva se da je neka osoba bilo osobno doživjela bilo svjedočila takvom događaju, ili saznala da se takav događaj dogodio nekoj bliskoj osobi, te se razvija i u slučajevima kada je osoba opetovano izložena aversivnim detaljima nekog stresnog događaja, primjerice kod policajaca, vatrogasaca, djelatnika hitne pomoći ili ratnih fotografa (4).

Kod većina pojedinaca koja bude izložena nekom traumatskom događaju ne razvije se PTSP (4) te se kod njih simptomi koji su uslijedili nakon tog događaja, kao što su intruzivne misli, iritabilnost i problemi sa spavanjem, povuku s vremenom (5).

PTSP će se razviti kod onih pojedinaca kojima je poremećen normalan tijek oporavka nakon što su bili izloženi nekoj traumi (4), ali prema istraživanju Friedmana i suradnika, a kako navodi Lancaster, postoji veća vjerojatnost od nastanka i kod onih koji su doživjele neke od najtežih oblika trauma, kao što su sudjelovanje u ratu, zlostavljanje u djetinjstvu ili silovanje (4).

PTSP je, prema DSM-5, karakteriziran sa četiri skupine simptoma, a to su (a) ponovno proživljavanje događaja, (b) simptomi izbjegavanja, (c) negativne kognitivne promjene i promjene raspoloženja te (d) promjene u pobuđenosti ili reaktivnosti (4). Nadalje, najnovija američka klasifikacija DSM-5, iz 2013. dopunjava kriterije i detaljnije opisuje kliničku sliku i dijagnozu te se danas dijagnoza temelji na kriterijima postavljenima u toj klasifikaciji (1).

- Izloženost stvarnoj ili prijetećoj smrti, ozbiljnom ozljeđivanju, ili seksualnom nasilju

- Prisutnost jednog ili više simptoma nametanja povezanih s traumatskim događajem(ima), koji su počeli nakon traumatskog(ih) događaja
- Uporno izbjegavanje podražaja koji su povezani s traumatskim događajem(ima), a koje se počinje razvijati nakon traumatskog(ih) događaja
- Negativne promjene kognicije i raspoloženja, koje su povezane s traumatskim događajem(ima), a koje se počinju razvijati nakon traumatskog(ih) događaja
- Istaknute promjene u pobuđenosti i reaktivnosti koje su povezane s traumatskim događajem(ima), a počele su se razvijati nakon traumatskog(ih) događaja
- Trajanje tih poremećaja (prethodno nabrojeni kriteriji) dulje je od mjesec dana
- Ti poremećaji uzrokuju klinički znatnu patnju ili oštećenje u socijalnom, radnom, ili drugim važnim područjima funkcioniranja.

Vrste PTSP-a su akutni, kasni ili odgođeni i potpuni ili djelomični.

3.2. Povijesni razvoj koncepta PTSP-a

Unutar psihijatrijske zajednice su od samog početka postojala neslaganja o traumatskoj etiologiji, odnosno, postavljalo se pitanje što je to najbitnije u nastanku simptoma, je li to sam događaj ili način na koji je pojedinac taj događaj unutar svoje svijesti interpretirao. Također se postavljalo pitanje jesu li prijašnje urođene slabosti značajan čimbenik u nastanku samog psihičkog poremećaja (3).

PTSP je u osnovi mirnodopski poremećaj (javlja se u zemljama koje stoljećima nisu imale ratne sukobe) iako je njegova pojava najčešća u ratnim zbivanjima. Kroz povijest ratovanja ogleda se i povijest koncepta PTSP-a odnosno njegovog imena. U Američkom građanskom ratu koristio se termin „vojničko srce“ ili Da Costin sindrom. Termin „traumatska neuroza“ je prvi put upotrijebio njemački neurolog Herman Oppenheim 1889., kada je njegova konotacija bila u potpunosti organska (3). Prema radu Van der Kolka i

suradnika, a kako navodi Schestatsky, francuski psihijatar Pierre Briquet je još ranije, 1859., ustanovio psihološku poveznicu između simptoma histerije sa prethodnom izloženosti seksualnom zlostavljanju tijekom djetinjstva, te je od 501 pacijenta koji su iskazivali simptome histerije pronašao traumatsko podrijetlo u njih 76% (3). U Drugom svjetskom ratu koristi se pojam „ratna neuroza“, u korejskom ratu „veteranski sindrom“, a u vijetnamskom ratu „veteranski sindrom“.

Pierre Janet i Sigmund Freud su se usredotočili na emocionalnu komponentu traumatskih simptoma i njihovu poveznicu s histerijom. Janet je 1887. počeo pisati o mehanizmima disocijacije, traume i histerije. U razdoblju od 1889. do 1920. opisao je podatke o 591 pacijentu od kojih je za 257 pronašao traumatsko podrijetlo njihove psihopatologije. Prema njegovoj teoriji, tragovi sjećanja na traumu će ostati nesvjesni kao fiksne ideje koje ne mogu biti eliminirane dok ne budu unutar konteksta pacijentove osobne narative (3).

Prema navodima Van der Kolka i suradnika, a kako iznosi Schestatsky, Abram Kardiner je 1941. objavio knjigu Traumatska neuroza rata, koja se smatra radom koji je odredio ono što će u budućnosti biti PTSP. Sa završetkom rata, došlo je do napredaka u liječenju pojedinaca koji su iskazivali simptome nakon izloženosti traumi. Walter Menninger u Sjedinjenim Američkim Državama i Wilfred Bion u Engleskoj su spoznali važnost grupne psihoterapije kod pacijenata koji su doživjeli ratnu traumu. Istraživanja su provedena kasnije na zatvorenicima iz koncentracijskih logora, dakle ljudima koji su bili izloženi masivnim traumatskim situacijama, te je pokazano da oni imaju smanjenu sposobnost nošenja s budućim psihološkim i biološkim stresorima kroz život (3).

3.3. Epidemiologija i etiologija PTSP-a

Smatra se da je cjeloživotna prevalencija PTSP-a 8.3% (6) te je prema nekim istraživanjima rizik od razvoja simptoma PTSP-a nakon traumatskog događaja kod muškaraca 8 do 13%, a kod žena 20 do 30% (1).

Što se tiče situacije u Hrvatskoj, prema izvještaju Hrvatskog instituta za javno zdravstvo, 10.137 muškaraca u dobi od 50 do 64 godine i 19.186 muškaraca u dobi od 30 do 49 godina, ima dijagnozu PTSP-a (7). S obzirom da je PTSP zastupljeniji u muškoj populaciji i ratna zbivanja tijekom devedesetih, pretpostavlja se da je najveći broj slučajeva povezan s ratnom traumom (7).

Prema istraživanju Santiaga i suradnika, a kako navodi Lancaster, prevalencija PTSP-a je veća kod onih pojedinaca kojima je ta trauma nanijeta namjerno (4). Također, među etiološke čimbenike se ubrajaju doživljaj ugroženosti vlastitog života i negativniji osjećaji tijekom traume, niža razina socijalne potpore (4), ali se bitnima smatraju i struktura ličnosti, socijalna sredina, postojanje premorbidne ličnosti, dob te spol (1).

Povijesno, u studijama se se uvijek procijenjivali simptomi PTSP-a u korelaciji s najgorim prijavljenim događajem koji su ispitanici iskusili. Međutim, zato što najteže traume nisu najčešće doživljavane u općoj populaciji, a vjerojatno i imaju veći rizik od razvoja PTSP-a, ovakav pristup je precjenjivao rizik od njegova nastanka (8).

Pretpostavlja se da varijacije u razini izloženosti traumi u različitim dijelovima svijeta i u prevalenciji nekih određenih i specifičnih traumatskih događaja, odražavaju povijesne, kulturalne i političke čimbenike (9) pa tako najveći udio traumatskih događaja u Južnoj Africi otpada na fizičko nasilje i svjedočenje događanja traume nekoj drugoj osobi (10), dok u Europi taj najveći udio odlazi na nesreće i neočekivane smrti bliskih osoba (11). Sličan

uzorak najčešćih traumatskih događaja kao u europskim zemljama je primijećen i u Japanu, gdje događaji na poslu, neočekivane smrti voljenih osoba i nesreće doprinose najvećem udjelu traumatskih događaja (12).

Određeni sociodemografski čimbenici su povezani sa smanjenim rizikom od izloženosti traumatskim događajima, kao što je niža razina obrazovanja u Španjolskoj i Italiji (13) te nizak prihod u Sjevernoj Irskoj (14). U Italiji, oni koji nikad nisu bili u braku te oni u dobi između 18 i 44 godine su imali niži rizik od izloženosti traumatskim događajima od onih koji su bili oženjeni te stariji (13). Drugi faktori koji su povezani s povećanim rizikom, uključuju prijašnji brak u španjolskom istraživanju i status zaposlenja (uključujući nezaposlenost) u istraživanju u Sjevernoj Irskoj (14). Slično, i u Japanu, nezaposlenost i bračni status su imali poveznicu s povećanim rizikom izloženosti nekom traumatskom događaju (12).

Studija u Sjevernoj Africi je pokazala kako je kroničnost PTSP-a najveća u slučaju svjedočenja traumatskih događajima (10) dok je istraživanje u Europi pokazalo kako je seksualno i fizičko nasilje najviše povezano s dugotrajnom izraženosti simptoma (13) dok se u Japanu dugotrajnost simptoma najviše povezivala s događajima u radnom okruženju (12) te ove razlike ukazuju na važnost kulture u određivanju posljedica traume na psihičko stanje pojedinca (15).

3.4 Patofiziologija PTSP-a

U istraživanju patofiziologije PTSP-a, najvažniju ulogu je imao adrenergički (AR) sustav, zbog njegove povezanosti s amigdalama te se trenutno istražuje uloga noradrenalinskog (NET) transportera. Rezultati upućuju na to da kronična izloženost stresu dovodi do disregulacije AR sustava i smanjene dostupnosti NET-a u locus coeruleusu te do povećane noradrenalinske dostupnosti u kortikalnim područjima (16). Od ostalih sustava,

istražuje se moguća uloga serotoninergičkih receptora, kanabinoidnih receptora, zatim uloga osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda te utjecaj opioda (16).

Istraživanje koje su proveli Mihaljević i suradnici, pokazalo je da hrvatski ratni veterani koji imaju izraženiju duhovnost, imaju niže razine kortizola u odnosu na osobe koje su manje duhovne (17). Zbog povezanosti kortizola sa stresom, njegove više razine mogu imati prediktivnu vrijednost za rizik od samoubojstva u nekih pacijenata (18).

3.5 Liječenje

Bolesnici koji iskazuju različite dominantne simptome, zahtijevaju i drukčije metode liječenja, bilo da se radi o samoj psihoterapiji, ili o njejoj kombinaciji s farmakoterapijom, te je moguća primjerna vremenski ograničenih ili dugotrajnih tehnika liječenja (1), te je kroz nekoliko kliničkih istraživanja, dokazano da i farmakološke (19) i psihološke (20) intervencije mogu biti korisne u liječenju PTSP-a. PTSP ima korijene kako u biološkim tako i u psihološkim faktorima te kako navodi Lancaster, istraživanja su pokazala da intervencije u oba ta polja mogu ublažiti ili čak spriječiti nastanak PTSP-a (4).

Psihosocijalne intervencije temeljene na izlaganju su empirijski najviše podržane u liječenju PTSP-a (20). Terapeut pomaže pacijentu da umjesto izbjegavanja, sistematski pristupi zastrašujućim stimulusima u odsutnosti neželjenih posljedica sve dok ne nestane automatska pojava straha pri pojavi stimulusa povezanih s traumom (4). Također se koristi kognitivno temeljena terapija koja daje veću ulogu neodgovarajućim obrascima razmišljanja u održavanju simptoma PTSP-a, te kroz vrijeme terapeut omogućuje pacijentu da razvije pogodnije obrasce (4).

Još jedna metoda liječenja koja je imala uspjeha je desenzitizacija očnim pokretima (Eye movement desensitization reprocessing, EMDR) (1), te je također dobila empirijsku

potporu (21), a objašnjava PTSP na sličan način kao i kognitivno bihevioralne terapije, a kroz tu metodu liječenja se pacijente nastoji naučiti strategijama reguliranja negativnih emocija (4).

4. RELIGIOZNOST I PTSP

4.1 Religiozni stavovi prisutni prije doživljavanja trauma

U osoba koje su doživjele neko traumatsko iskustvo, javlja se osjećaj zbunjenosti u pogledu doživljavanja samoga sebe, svijeta, Boga te se javlja pitanje pripadnosti, što mnoge potiče da potraže pomoć u religioznosti ili duhovnosti (22).

Traumatska iskustva mogu pozitivno i negativno djelovati na duhovnost, pa tako iskustvo teških trauma može dovesti do toga da se neki pojedinci okrenu vjeri, dok drugi krive Boga za sva negativna iskustva i svoju patnju (23).

Od religioznih osobina koje su postojale prije doživljavanja trauma opisuje se intrinzična (IR) i ekstrinzična (ER) religioznost (22). Intrinzična religioznost se definira kao religioznost koja je usredotočena na Boga ili vjeru, a ne na moguće koristi koje bi proizašle iz te vjere, za razliku od ekstrinzične, koja predstavlja instrumentalnu upotrebu religije zbog mogućih beneficija (24).

Kako navodi Schaefer, Ake, Astin i Park proučavali su povezanost IR i PTSP-a, pri čemu je Park ustanovio da je IR u nekoliko mjeseci nakon traume bila povezana s povećanim

intenzitetom simptoma, da bi u razdoblju od godinu dana nakon traumatskog događaja bila povezana sa smanjenim intenzitetom simptoma. Također je pronašao da je veća razina religioznosti povezana i s razvitkom posttraumatskog rasta u razdoblju prvih 8 mjeseci nakon izloženosti traumi. Ake i Astin su također ustanovili povezanost IR i smanjene razine izraženosti simptoma PTSP-a (22). Intrinzična religioznost može dugoročno biti povezana s nižim intenzitetom izraženosti intruzivnih simptoma i simptoma izbjegavanja (22).

Kako Park navodi, nakon što je osoba bila izložena nekoj vrsti traume, nastaje diskrepancija u odnosu na prijašnja vjerovanja te to dovodi do razvoja psihološkog distresa i unutarnje religiozne borbe koji opstaju sve dok osoba ne bude ponovno u stanju procijeniti stresni događaj i na takav način može nastupiti rezolucija simptoma (25).

Religioznost/duhovnost, može biti posebno važna kod pacijenata s dijagnozom karcinoma (26). Meta-analiza Jima i suradnika fokusirala se na ishode tjelesnog zdravlja, ali i na psihičko i funkcionalno blagostanje te na psihičke simptome koje su iznijeli sami ispitanici te su ustanovili značajnu povezanost religioznosti/duhovnosti i tjelesnog zdravlja kod pacijenata liječenih od karcinoma te nešto manju povezanost s psihičkim zdravljem (26). Opisane su različite dimenzije religioznosti/duhovnosti i njihovog utjecaja na zdravlje.

Afektivna religioznost/duhovnost bila je najviše povezana s fizičkim zdravljem, za razliku od kognitivne i drugih dimenzija koje nisu bile povezane u toliko značajnoj mjeri. Afektivna dimenzija bila je značajno povezana s tjelesnim te funkcionalnim blagostanjem i tjelesnim simptomima. Također su i duhovno blagostanje i duhovni distres kao poddimenzije afektivne religioznosti/duhovnosti bile povezane sa sveukupnim fizičkim zdravljem. Kognitivna dimenzija religioznosti/duhovnosti također je bila povezana s tjelesnim i funkcionalnim blagostanjem, ali ne s tjelesnim simptomima. Dimenzije religioznosti/duhovnosti koje su označene kao „ostale“ su se sastojale pretežito od mjere opće

ili nespecifične religioznosti ili duhovnosti te su bile prvenstveno povezane s funkcionalnim blagostanjem (26).

Ai i Park u svom radu promatraju religioznost/duhovnost kao sredstvo koje omogućuje oporavak osobama koje su bile izložene nekom traumatskom događaju te iznose da postoje dokazi koji upućuju na pozitivnu korelaciju između veće izraženosti PTSP simptoma i veće razine religioznosti u neposrednom razdoblju nakon traume, ali tijekom vremena, kako se ponovno vraća osjećaj kontrole, taj odnos se mijenja, odnosno mijenja se način na koji se traumatizirane osobe odnose prema religiji/duhovnosti (27). Dakle, njihovo istraživanje upućuje na to da je religioznost osobito snažno izražena u neposrednom razdoblju nakon doživljavanja traume, kada je i razina distresa najveća (27).

Prema istraživanju Henslee i suradnika, pozitivno religiozno nošenje može biti značajan čimbenik i u oporavku nakon što je osoba preživjela neku prirodnu katastrofu, u ovom slučaju, uragan Katrinu (28). Iznijeli su tvrdnju da pozitivno religiozno nošenje može predstavljati protektivan faktor nakon izloženosti osobe nekoj prirodnoj katastrofi, budući da je ono bilo povezano s manjim rizikom nastanka PTSP simptoma, depresije, lošije kvalitete života ili ovisnosti o alkoholu. Nasuprot tome, negativno religiozno nošenje bilo je povezano s većim rizikom od nastanka spomenutih stanja te je prvenstveno predstavljalo faktor rizika za razvitak depresije i slabije kvalitete života (28).

4.2 Utjecaj religioznosti i duhovnosti na razvoj simptoma nakon izloženosti traumi

Žrtve nasilja često razviju PTSP, koji može postati kronično stanje i biti povezano sa znatnim psihosocijalnim posljedicama i brojnim komorbiditetima (29). PTSP može biti povezan sa nezaposlenošću i teškoćama u obrazovanju te je dokazano da 88.3% muškaraca i 79% žena koji imaju dijagnozu PTSP-a, zadovoljavaju kriterije za bar još jedan psihijatrijski poremećaj (8). Prema istraživanju Bradyja, kako navodi Quarantini, PTSP se najčešće javlja

uz poremećaje raspoloženja, druge anksiozne poremećaje, zatim uz somatizaciju te zloupotrebu sredstava (29). Jedan od izazova današnjice povezan s PTSP-om je sve veći broj samoubojstava među veteranima (30). Procijenjeni broj veterana koji će umrijeti zbog samoubojstva je 18 do 22 na dan (31).

U populaciji veterana iz područja Hrvatske te Bosne i Hercegovine, oni koji imaju veći indeks religioznih moralnih vjerovanja mogu se bolje nositi sa stresom, stabilniji su te pokazuju manju razinu ovisnosti o alkoholu i duhanu (32).

Jedan od čimbenika koji utječe na to hoće li veterani oboljeli od PTSP-a potražiti pomoć je i duhovno funkcioniranje. Pretpostavlja se da većina njih osjeća potrebu da razriješi neke egzistencijalističke i duhovne dvojbe kao dio svoga puta prema oporavku (30).

Kako navodi Schaeffer, Pergament i suradnici su razvili skalu za određivanje religioznog nošenja (Religious Coping Scale, RCOPE) (33), pri čemu pozitivno religiozno nošenje obuhvaća religiozno opraštanje, traženje duhovne potpore i povezanosti te benevolentnu duhovnu procjenu. Negativno religiozno nošenje podrazumijeva doživljavanje neke krize kao da je božja kazna ili demonska aktivnost te ti pojedinci preispituju postojanje Boga, njegove ljubavi ili moći te su zabrinuti da su ih Bog ili duhovna zajednica na neki način napustili (22).

Kod ratnih veterana, posttraumatski stres bio je povezan s više pozitivnog religioznog nošenja koje je ujedno bilo povezano i sa posttraumatskim rastom nakon različitih vrsta trauma, dok je negativno religiozno nošenje bilo kontinuirano povezano s povišenim posttraumatskim stresom (33).

Schaeffer navodi da prema istraživanju Cadella, oni pojedinci koji imaju dobru socijalnu potporu, češće mogu razviti posttraumatski rast, dok je Harris opisao kako oni s

većom razinom religiozne potpore također pokazuju postraumatski rast, dakle, postavlja se zaključak da socijalna religiozna potpora ima veliku ulogu na razvoj PTSP simptoma kod onih ispitanika koji su pripadnici religioznih zajednica (22).

Među svojim završnim zaključcima, Schaefer i suradnici navode da osobe koje su intrinzično religiozne te koje pohađaju religiozne susrete, imaju manje izražene simptome posttraumatskog stresa i veću razinu posttraumatskog rasta, za razliku od onih osoba koje su ekstrinzično religiozne. Premda intrinzično religiozne osobe neposredno nakon traume osjećaju veću podvojenost u vezi svoji prijašnjih duhovnih uvjerenja što dovodi do povećane unutarnje religiozne borbe i mentalnog distresa, to u daljnjem razdoblju nakon doživljaja traume može dovesti do sniženja posttraumatskog stresa, ali i nastanka posttraumatskog rasta (22).

Prema istraživanju Arnettea te Kleimana, kako navodi Florez, veće razine duhovnog blagostanja povezane su s nižom razinom beznadnosti te je duhovno blagostanje također protektivni faktor za suicidalne misli ili pokušaje (34).

4.3 Povezanost religioznosti sa razvojem posttraumatskih anksioznih i depresivnih simptoma

Postoji visoka zastupljenost komorbiditeta u pacijenata s dijagnozom PTSP-a, pogotovo je udružena s anksioznosti i drugim poremećajima raspoloženja što se prema nekim istraživanjima može povezati sa spolom ili vrstom traume kojoj je osoba bila izložena prije razvitka simptoma PTSP-a (29).

Kako navodi Khalaf, tijekom sastanka Svjetske Zdravstvene Organizacije u Genevi 1998., koncept zdravstvenog blagostanja bio je redefiniran na način da uključuje i pojam religioznosti (35). Također navodi da su brojna istraživanja iznijela dokaze prema kojima

postoji znatan utjecaj religioznosti na zdravlje, međutim postoji manji broj istraživanja koji je pokušao ustvrditi njen utjecaj na simptome anksioznosti (35). Samo je nekoliko studija razmatralo anksioznost kao zaseban poremećaj (35) te je većina pronašla pozitivnu korelaciju (36), no neki istraživači, poput Parka i suradnika su ipak iznijeli mogućnost da religioznost ima negativan utjecaj na simptome anksioznosti (35).

Prema istraživanju koje su proveli Nelson i suradnici u populaciji kanadskog vojnog osoblja, izloženost borbi i razina socijalne potpore bili su značajno povezani s razvojem PTSP-a, velikog depresivnog poremećaja i s razvojem suicidalnih misli (37). Također su istaknuli da mogućnost razvoja negativnih posljedica na mentalno zdravlje traume raste ako je pojedinac bio izložen većem broju traumatskih događaja (37).

Kako navodi Koenig, religioznost omogućuje prilagodbu i moderira negativan utjecaj traume te na taj način omogućuje pojedincu da vrati osjećaj kontrole u svom životu i osjećaj pripadnosti nekoj zajednici (36).

Korn i Zukerman proveli su istraživanje u populaciji studenata koji su bili izloženi terorističkom napadu i time podvrgnuti znatnoj traumi te iznijeli pretpostavku da religioznost ublažava negativne posljedice svjedočenja terorizmu ne samo pružajući potporu pojedincu već predstavlja i način nošenja i prihvaćanja tog događaja. Pretpostavljaju da religiozniji ljudi mogu biti manje pogođeni osjećajem gubitka kontrole te da im je to lakše prihvatiti (38). Oni također navode da je prema nekim drugim istraživanjima, kao što je ono provedeno od strane Levava i suradnika, koja su proučavala protektivni utjecaj religioznosti uslijed terorističkog napada, osjećaj demoraliziranosti bio najmanji u populaciji religioznih ispitanika (38). Sve to upućuje da religioznost ima ulogu u kognitivnom restrukturiranju traumatskih životnih iskustava te na taj način omogućuje razvoj adaptivnog odgovora na traumu (38). Neki od čestih simptoma koji uslijede nakon izloženosti terorističkom napadu su osjećaj nesigurnosti

(39) te visoke razine anksioznosti i simptoma izbjegavanja potencijalnih stimulusa povezanih s traumom (40).

Prema istraživanju Korna i Zukermana, religioznost ima moderirajući učinak na posttraumatske simptome na način da ublažava afektivne i bihevioralne promjene te su religiozniji ispitanici u njihovom istraživanju pokazivali znatno manje izražene simptome izbjegavanja, ali nije bilo promjena u osjećaju osobne nesigurnosti (38). Religiozniji ljudi su zbog veće izraženosti društvene pripadnosti više skloni uočiti neke događaje kojima je cilj nauditi pojedincima. Njihova studija upućuje da niže razine simptoma izbjegavanja kod religioznijih ispitanika utječu na smanjenje simptoma PTSP-a nakon izloženosti terorističkom napadu.

Prema nekim istraživanjima, 30-50% ljudi kojima je dijagnosticiran PTSP, imaju kao komorbidno stanje i dijagnozu velikog depresivnog poremećaja te se smatra da je kod tih pojedinaca teže ostvariti dobre ishode liječenja (8).

Prema istraživanjima Breslaua, Brometa te Kendlera, kako navodi Quarantini, postoje različita objašnjena povezanosti PTSP-a i velikog depresivnog poremećaja, a to su da već postojeći depresivni poremećaj povećava vjerojatnost razvitka PTSP simptoma; da sam PTSP povećava vjerojatnost za pojavu depresivnog poremećaja; te da prisutnost velikog depresivnog poremećaja povećava rizik da će osoba biti izložena traumatskim događajima (29).

Prema istraživanjima Seala te Pietrzaka, kako navodi Nelson, socijalna potpora unutar jedinice i prije i nakon sudjelovanja u borbi može imati značajan utjecaj na razvoj PTSP-a i depresije kod kanadskog vojnog osoblja (37).

Međutim, utjecaji religioznosti su kontradiktorni, pri čemu neka istraživanja upućuju na to da intrinzična religioznost ima značajniji pozitivan utjecaj na zdravlje pojedinca nakon izloženosti traumi u odnosu na ekstrinzičnu religioznost (33), ali to može biti i zbog drukčijih načina na koje pojedinci definiraju religioznost, a ne zbog uistinu moderirajućeg utjecaja religioznosti na simptome anksioznosti i očaja (37).

4.4 Povezanost religioznosti i suicidalnog ponašanja kod pacijenata s PTSP-om

Prema podacima iz CDC-a, kako navodi Kopacz, otprilike 18% svih samoubojstava u SAD-u pripisuje se trenutnom ili nekadašnjem vojnom osoblju (30). Veterani kojima je dijagnosticiran PTSP predstavljaju populaciju koja se nalazi pod povećanim rizikom od počinjenja samoubojstva (41). Prema radu Collucia, kako navodi Kopacz, ono što se često zanemaruje i u procjeni rizika od samoubojstva i u određivanju uspjeha liječenja, je duhovno stanje pojedinca (30).

Kopacz navodi da pozitivno religijsko nošenje može biti korisno u prilagođavanju pojedinaca nekim problematičnim situacijama te je pokazano da negativno religijsko nošenje i teškoće u opraštanju mogu povećavati rizik za razvoj PTSP-a (30). Duhovno funkcioniranje može također biti značajan čimbenik u određivanje toga hoće li veterani potražiti pomoć nakon doživljavanja nekog traumatskog događaja (30) te će ta ista populacija aktivnije tražiti stručno medicinsko liječenje zato što će biti potaknuti osjećajem krivnje (42).

Suicidalno ponašanje je kompleksan skup različitih čimbenika te prema studiji Kopacza i suradnika, u populaciji veterana može biti korisno usredotočiti se na smanjene duhovnog distresa kao dio pokušaja prevencije samoubojstava, budući da su u studiji iznijeli opažanje kako su faktori povezani s duhovnosti u odnosu na izraženosti suicidalnih misli. Također su maladaptivne dimenzije duhovnosti bile povezane sa suicidalnosti pa su tako oni veterani koji su imali problema s opraštanjem i negativnim religioznim nošenjem vjerojatno

proživljavali izraženu unutarnju borbu vezano s negativnom transformacijom svojih religioznih ili duhovnih uvjerenja (30).

Duhovno blagostanje definirano je dvjema podskupinama, egzistencijalnim i religioznim blagostanjem (43) te je dokazano da može imati pozitivan učinak na psihičke i somatske simptome koji su česti kod pojedinaca s PTSP-om koji imaju suicidalne sklonosti (17). Egzistencijalno blagostanje odnosi se na način na koji osoba doživljava vlastito značenje, svrhu i ciljeve, dok je religiozno blagostanje osobna povezanost pojedinca s Bogom i religioznim vjerovanjima ili običajima (43). Iako svaka osoba ipak u konačnici ne odluči prihvatiti religiju kao način nošenja sa stresom (43), ipak su obje podskupine duhovnog blagostanja povezane s nižom razinom izraženosti PTSP simptoma (44). Prema istraživanjima Koeniga, a kako navodi Florez, duhovno blagostanje poznati je protektivni čimbenik protiv suicidalnih misli ili pokušaja (34). Religiozno i egzistencijalno blagostanje slabi povezanost između doživljavanja svakodnevnih problema i suicidalnih misli (45) te je egzistencijalno dobrostanje posredni čimbenik između partnerskog nasilja i suicidalnih misli (46).

Istraživanje Florez i suradnika prvenstveno je pokazalo da je egzistencijalno blagostanje značajan posredni čimbenik između razvoja PTSP simptoma i drugih psiholoških problema, prvenstveno beznadnosti i suicidalnih misli te su prvi put uspjeli ukazati na općenitu važnost egzistencijalnog blagostanja u procesu razvijanja PTSP simptoma. U skupini Afroamerikanki koje su pokušale izvršiti samoubojstvo, veće razine izraženosti PTSP simptoma bile su povezane s nižim razinama percipiranog značenja vlastitog života što je pak dovelo do povećanog osjećaja beznadnosti i suicidalnih misli tijekom duljeg vremena.

U konačnici, istraživanje je pokazalo da oni pacijenti s PTSP-om koji smatraju svoj život vrijednim, imaju ujedno i manju vjerojatnost za nastanak negativnih psiholoških ishoda

te ukazuje na važnost upotrebe strategija liječenja koje bi ojačale osjećaj vrijednosti kod onih koji su bili izloženi nekom traumatskom događaju i koje bi omogućile tim pacijentima da pronađu određeni smisao unutar samog traumatskog događaja. Takve strategije mogu uključivati rasprave o tome što je pravo značenje života te što ga čini smislenim, koji je smisao patnje i njenog mogućeg utjecaja na posttraumatski rast. Također se mogu primijenjivati vježbe koje bi učile ispitanika da prihvaćaju sami sebe i ostanu povezani s onim za što smatraju da čini njihov život smislenim (34).

Također, egzistencijalno, ali ne religiozno blagostanje, ima pozitivan utjecaj i na ishode liječenja kod onih žena kod kojih su se razvili simptomi PTSP-a nakon što su bile izložene nasilju (47).

U skupini kanadskog vojnog osoblja istraživana je uloga PTSP-a i depresije kao kovarijanti u određivanju izraženosti suicidalnih misli te je pronađena značajna povezanost između razine izraženosti depresije u jednoj prethodnoj godini i suicidalnih misli. Budući da su suicidalne misli glavni prediktor koji upućuje na moguću opasnost od počinjena samoubojstva, vrlo je bitno prepoznati one pojedince koji nakon povratka s ratišta pokazuju simptome PTSP-a i depresije te su samim time pod većim rizikom od razvitka takvih misli, zbog čega je bitno što prije započeti neki oblik terapije (37).

Prema istraživanju Jokinena i Nordstroma, a kako navodi Mihaljević i suradnici, kortizol može zbog svoje povezanosti sa stresom biti prediktivni čimbenik za postojanje suicidalnih misli u skupini pacijenata s PTSP-om (17). Također, postoji mogućnost da religioznost/duhovnost može imati protektivni utjecaj na neuroendokrine posljedice stresa (17).

U istraživanju Nađ i suradnika, pronađena je snažna povezanost između suicidalnosti i duhovnog blagostanja, pogotovo njegove egzistencijalne komponente, u skupini veterana s

kroničnim PTSP-om (48) što su Mihaljević i suradnici potvrdili, odnosno pokazali su da veterani s PTSP simptomima pod većim rizikom za počinjenje suicida ako im je niža razina duhovnog blagostanja (17). Pronađena je obrnuta povezanost između razine kortizola i suicidalnosti te suicidalnosti i duhovnog blagostanja u skupini veterana sa simptomima PTSP-a (17).

Kako navodi Mihaljević, prema istraživanju Fontane i Rosenhecka, kronični PTSP može biti povezan s izraženim osjećajima beznadnosti, demoraliziranosti, ali i s većom razinom sklonosti suicidu zbog čega je u skupini tih pacijenata potrebno provoditi sekundarnu prevenciju suicidalnih pokušaja (17).

Duhovna iskustva su obrnuto povezana s intenzitetom izraženosti suicidalnih misli jednako kao i uključenost u crkvena zbivanja ili u neku drugu vrstu duhovnih događanja, dok su, nasuprot tome, negativno religiozno nošenje i nemogućnost pružanja oprost, povezani s većom razinom izraženosti PTSP simptoma (30).

4.5 Promjene u religioznim uvjerenjima nakon traume

Traumtski događaji ne utječu samo na psihološku dimenziju osobe već također i na vjerski sustav koji daje značenje životu te se različita religiozna uvjerenja mogu razviti kroz iskustvo proživljavanja traumatskog događaja te imati pozitivan utjecaj u psihološkom oporavku pojedinca (49).

U istraživanju na onim ispitanicima koji su preživjeli prirodnu katastrofu, bilo je manje promjena u religioznim vjerovanjima u usporedbi s populacijom koja je bila izložena traumatskim iskustvima kroz dulje vrijeme, kao što je populacija ratnih veterana (49). Prema radu Pargamenta, kako navodi Hussain, jačanje religioznih uvjerenja bilo je vjerojatnije kod onih koji su i prije traumatskog događaja koristili religiju kao način nošenja (49).

U istraživanju na populaciji ratnih veterana pronađeno je da se veći postotak vojnika okretao molitvi kako je intenzitet borbi rastao te su ispitanici iskazivali religiozno ponašanje čak i 50 godina nakon samog iskustva, ali je to variralo u odnosu na njihovo iskustvo u ratu (50). Kod svih veterana u istraživanju Wansinka i suradnika zabilježeno je značajno religiozno ponašanje. Međutim, ono je variralo ovisno o intenzitetu izloženosti ratnim zbivanjima (50).

U skupini ispitanika koji su ocijenili svoje ratno iskustvo kao pozitivno te onih koji nisu vidjeli borbu ili su sudjelovali u samo blažim oblicima uočeno je da manje pohađaju crkvene obrede u odnosu na one koji su ocijenili ratno iskustvo kao negativno. Kako je njihova uključenost u borbu bila veća, tako je rastao i broj njihovih odlazaka u crkvu. Ono u čemu se nisu razlikovali ove skupine veterana bilo je pitanje o najdražoj knjizi koja je u značajnom postotku bila Biblija. Ovi rezultati upućuju na to da intenzitet borbe može biti povezan s posljedičnom kasnijom razinom religiozne aktivnosti te da odnos religije i borbenog iskustva može znatno varirati ovisno o načinu na koji osoba retrospektivno gleda na svoje borbeno iskustvo (50).

Tijekom rata u Hrvatskoj te Bosni i Hercegovini, religioznost je imala značajnu ulogu, a situacija je slična i u postratnom razdoblju, s tim da je u Hrvatskoj najzastupljenije katoličanstvo, a u Bosni i Hercegovini islam te religiozna uvjerenja općenito imaju veliki utjecaj na cjelokupnu populaciju ovog područja (7). U istraživanju Glavaš i suradnika, najzastupljenija duhovna potreba ratnih veterana s dijagnozom PTSP-a bila je potreba za unutarnjim mirom, zatim potpora zajednice, dok je u skupina civila s dijagnozom PTSP-a najzastupljenija ipak bila potpora zajednice (7).

Prema istraživanju Cherryja i suradnika, neorganizacijska religioznost bila je značajno povezana s povećanim rizikom od razvoja PTSP simptoma (51) te navode da osobe koje

imaju najveću razinu izraženosti PTSP simptoma mogu uz pomoć religioznog izražavanja pokušati ojačati vlastiti osjećaj vrijednosti ili dobrostanja (51). Religija je često percipirana kao izvor utjehe, značenja i svrhe za one koji su bili izloženi traumi (25), te prema istraživanju Pargamenta i Niaza, a kako navodi Hussain, religija može učiniti patnju podnošljivom te pružiti način nošenja u trenucima iznimnog stresa (49). Kako navodi Cohen, Anson je proveo istraživanje u populaciji Izraelaca, te je ustvrđeno kako privatna molitva nije imala protektivan učinak s obzirom na negativne životne događaje, za razliku od društvenih oblika religioznog izražavanja koji su imali ublažujući učinak na stres (52). Cohen navodi kako je izglednije da religija moderira povezanost društvene potpore i traumatskog stresa u situacijama kada su traumatski događaji vidljiviji izvana drugim ljudima i doživljeni javno (52).

5. RELIGIOZNOST I PTSP KOD ŽRTAVA PARTNERSKOG NASILJA

Intimno partnersko nasilje raširen je javnozdravstveni problem te podrazumijeva psihičko nasilje, seksualno nasilje, uhođenje i psihološku agresiju od strane trenutnog ili prijašnjeg partnera te je najčešći oblik nasilja nad ženama. Procjenjuje se kako će otprilike 25% žena doživjeti neki oblik intimnog partnerskog nasilja u tijeku svog života koji će posljedično rezultirati utjecajima na mentalno zdravlje. Međutim, žene nisu jedina ugrožena skupina te tako muškarci čine 25-50% svih žrtava ovog tipa nasilja (53).

Jedna od mogućih teorija za nastanak negativnih posljedica na zdravlje nakon traume je činjenica da ta trauma dezintegrira temeljno vjerovanje pojedinca o vlastitoj vrijednosti te da je svijet siguran i značajan. Istraživanja na temu intimnog partnerskog nasilja su pokazala da je religija jako povezana s reakcijom i oporavkom žrtve te je ustanovljeno da stavovi o svijetu predstavljaju posredni čimbenik između izloženosti intimnom partnerskom nasilju i

razvoju simptoma PTSP-a. Religija je također pozitivno povezana s manjom izraženosti PTSP simptoma, ali ne korelira značajno s količinom izloženosti ovom tipu nasilja (54).

Jedan od modela koji objašnjava način na koji izloženost nasilju utječe na razvoj PTSP-a je teorija narušenih stavova o svijetu koja se temelji na tri ključne pretpostavke koje se nalaze u podlozi ljudskog razmišljanja i ponašanja, a to su da je svijet dobroćudan; da ima značenje; te da je osoba kao pojedinac vrijedna. Traumatski događaji su ti koji predstavljaju najveću prijetnju ovim stajalištima i rezultiraju negativnim ishodima zato što onemogućuju da nečiji unutarnji svijet počiva na ovim pretpostavkama koje su se nakon doživljavanja traume pokazale nepouzdanima (54). Istraživanja provedena u SAD-u, pokazala su da oni pojedinci koji imaju pozitivnije unutarnje doživljanje svijeta prijavljuju manje posttraumatskih simptoma (55).

U uzorku ljudi koji su preživjeli ovaj tip nasilja, 97% žena je izjavilo kako smatra duhovnost ili Boga izvorom snage, potpore i/ili utjehe u stresnim trenucima (56).

Religija je važan čimbenik koji određuje reakciju i oporavak žena nakon doživljavanja zlostavljanja od strane svog partnera te se smatra da može predstavljati oblik emotivne potpore (54). U suprotnosti s time, dokazano je da ona okruženja u kojima se potiče žene na šutnju te gdje ih se okrivljuje, umanjuju njihovu mogućnost da se oporave od posljedica nasilja (57). Kako navode Lilly i suradnici, postoji značajna pozitivna poveznica između simptoma PTSP-a i religioznosti. Religioznost nije bila u korelaciji s količinom izloženosti nasilju od strane partnera ni sa stavovima o svijetu što ukazuje na to da je religioznost direktnije povezana s razinom distresa, no nije povezana s povijesti izloženosti nasilju ili svijesti o sigurnosti i dobroćudnosti svijeta ili vlastite vrijednosti (54).

6. POSTTRAUMATSKI RAST

Posttraumatski rast (posttraumatic growth, PTG) definiran je kao pozitivna i značajna psihološka promjena kod pojedinaca koji su bili izloženi traumatskom ili stresnom životnom događaju (58), a uključuje razvoj povećane zahvalnosti za život, veći smisao osobne snage i razumijevanja samoga sebe te pozitivne religiozne promjene (59) i postaje sve važnija tema (60). Prema istraživanju Cadella, Powella, Zoellnera, a kako navodi Tsai, PTG je osim sa simptomima PTSP-a, povezan i s nekim sociodemografskim faktorima te je negativno povezan s dobi osobe u vrijeme traume, zatim s depresijom, socijalnim ograničenjima i poremećajima u socijalnim aktivnostima (60), ali nije poznato koji su faktori zasebno povezani s PTG-om. Neki protektivni faktori kao što su uključenost u zajednicu, aktivni životni stil i altruizam koji su obrnuto povezani s psihopatologijom PTSP-a, nisu proučeni u smislu njihova utjecaja na PTG (61).

Veća težina PTSP-a može biti predispozicija za više religioznih promjena, uključujući i posttraumatski rast (22), što podupire i tvrdnju da izazovi povećanog distresa za osobe mogu postaknuti rast (62). Prema istraživanju Cadella, a kako navodi Schaeffer, osobe koje imaju veću razinu socijalne potpore, ujedno postižu i veće razine posttraumatskog rasta (22). Glavni zaključci u istraživanju Tsaia i suradnika bili su da je kod polovice veterana utvrđen barem umjereni PTG; postojala je obrnuta povezanost PTSP simptoma i PTG-a te veterani koji su imali umjereni izražene PTSP simptome su ujedno izražavali i najviše razine posttraumatskog rasta; veterani koji su pokazivali PTG, imali su bolju razinu mentalnog funkcioniranja i općenito zdravlja; najgori traumatski događaj koji je ujedno bio i najviše povezan s PTG-om, bila je životno prijeteća bolest ili ozljeda te; zaključili su da je nekoliko psihosocijalnih faktora, prvenstveno društvena povezanost, intrinzična religioznost i svrha u životu, povezano nezavisno s posttraumatskim rastom (60). Smatra se da društvena

povezanost može direktno ili indirektno utjecati na razvoj PTG-a, budući da potiče mehanizme aktivnog nošenja s traumatskim događajem što može uključivati i potragu za smislom. Intrinzična religioznost i svrha u životu su oboje nezavisno povezani s PTG-om što dovodi do zaključka da ta dva faktora dovode do razvitka posttraumatskog rasta, ali može nastati i obrnuta situacija pa da PTG dovodi do veće izraženosti IR i životne svrhe u periodu nakon izloženosti traumatskom događaju (60).

Posttraumatski rast najvjerojatnije se razvija kada PTSP simptomi dođu do određene razine, što znači ne kada su minimalni ili pak preteški (60). Ratni veterani koji su imali dijagnozu PTSP-a i izražavali barem umjerenu razinu PTG-a, imali su bolje mentalno funkcioniranje i zdravlje u odnosu na one koji su imali dijagnozu PTSP-a, ali bez posttraumatskog rasta (60). Premda je veliki broj veterana u dvogodišnjem periodu održavao PTG, ipak je došlo do njegovog pada u otprilike trećine ispitanika, dakle pozitivne psihološke promjene nisu uvijek održive. Na održivost PTG-a simptoma utječe doživljaj i vrsta trauma pa se tako kod onih koji su bili pod smrtnom prijetnjom može razviti veća zahvalnost za

život. Također, smatra se da kontinuirani doživljaj distresa može poticati restrukturiranje vjerovanja osoba o samima sebi i o svijetu (63).

U konačnici, ovi rezultati navode na zaključak da veterani koji dožive PTG u sklopu PTSP-a mogu biti funkcionalno otporniji te da facilitacija PTG-a u sklopu liječenja PTSP-a može pomoći u unapređenju mentalnog i tjelesnog zdravlja (60).

7. ZAKLJUČCI

PTSP je sve zastupljeniji u našoj populaciji, ali ne samo u skupini hrvatskih branitelja, već i kod žrtava nasilja u vezama ili obitelji, kod onih koji su preživjeli životno ugrožavajuću bolest ili ozljedu te zaslužuje pažnju i daljnja istraživanja. Pojedini autori proučavali su utjecaj religioznosti na nastanak, razvoj i liječenje PTSP-a te postoje brojni dokazi u literaturi koji upućuju na njen protektivan učinak. Religioznost, i to prvenstveno intrinzična, u obrnutoj je korelaciji s težinom simptoma PTSP-a, izraženosti depresije i suicidalnih misli te predstavlja jedan mehanizam nošenja kod pojedinaca koji su bili izloženi traumatskom događaju. Unutarnje molitve, sudjelovanje u organiziranim vjerskim događanjima može u populaciji pacijenata s PTSP-om predstavljati određenu vrstu utjehe i omogućiti brži oporavak od traume i samim time spriječiti kroničnost PTSP-a i njegovu povezanost s brojnim komorbidnim stanjima, prvenstveno afektivnim poremećajima i s izraženosti suicidalnih misli. Brojna istraživanja također upućuju da PTSP može biti povezan i s razvojem posttraumatskog rasta, pogotovo kod onih ispitanika koji su preživjeli neku životno ugrožavajuću bolest ili nesreću. U konačnici, religioznost zaslužuje daljnju pažnju istraživača

u kontekstu povezanosti s PTSP-em, budući da kod onih koji su i prethodno bili religiozni, može predstavljati znatno korisno sredstvo u liječenju svih simptoma i stanja povezanih s posttraumatskim poremećajem.

8. Zahvale

Prvenstveno bih htjela zahvaliti svojoj mentorici, doc. dr. sc. Marini Šagud na izrazitoj pomoći, potpori te svim savjetima tijekom pisanja ovog diplomskog rada.

9. POPIS LITERATURE

1. Begić D, Jukić V, Medved V. (ur.) Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5). 2013;280.
3. Schestatsky S, Shansis FF, Ceitlin LHLH, Abreu PBS, Hauck S. [Historical evolution of the concept of posttraumatic stress disorder]. Rev Bras Psiquiatr 2003;25 Suppl 1(Supl I):8-11.
4. Lancaster C, Teeters J, Gros D, Back S. Posttraumatic Stress Disorder: Overview of Evidence-Based Assessment and Treatment. J Clin Med. 2016;5(11):105.
5. Rothbaum BO, Foa EB, Riggs DS, Murdock T, Walsh W. A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. J Trauma Stress. 1992;5(3):455-75.
6. Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW, Keyes KM, Friedman MJ. National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-5 Criteria. J Trauma Stress 2013;26(5):537-47.
7. Glavas A, Jors K, Bössing A, Baumann K. Spiritual needs of ptsd patients in Croatia and bosnia-herzegovina: A quantitative pilot study. Psychiatr Danub 2017;29(3):282-90.
8. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M NC. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1995;52(12):1048-60.
9. Kaminer D, Grimsrud A, Myer L, Stein DJ, Williams DR. Risk for post-traumatic stress disorder associated with different forms of interpersonal violence in South Africa. Soc Sci Med 2008;67(10):1589-95.
9. Atwoli L, Stein DJ, Williams DR, Mclaughlin KA, Petukhova M, Kessler RC, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in South Africa: Analysis from the South

- African Stress and Health Study. *BMC Psychiatry* 2013;13.
10. Darves-Bornoz JM, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Haro JM, Koves-Masfety V, et al. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. In: *Journal of Traumatic Stress* 2008. p. 455-62.
 11. Kawakami N, Tsuchiya M, Umeda M, Koenen KC, Kessler RC. Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: Results from the World Mental Health Japan Survey. *J Psychiatr Res* 2014;53(1):157-65.
 12. Carmassi C, Dell'Osso L, Manni C, Candini V, Dagani J, Iozzino L, et al. Frequency of trauma exposure and Post-Traumatic Stress Disorder in Italy: Analysis from the World Mental Health Survey Initiative. *J Psychiatr Res* 2014;59:77-84.
 13. Ferry F, Bunting B, Murphy S, O'Neill S, Stein D, Koenen K. Traumatic events and their relative PTSD burden in Northern Ireland: A consideration of the impact of the "Troubles." *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49(3):435-46.
 14. Atwoli L, Stein DJ, Koenen KC, McLaughlin KA. Epidemiology of posttraumatic stress disorder: Prevalence, correlates and consequences. Vol. 28, *Current Opinion in Psychiatry* 2015;307-11.
 15. Bailey CR, Cordell E, Sobin SM, Neumeister A. Recent progress in understanding the pathophysiology of post-traumatic stress disorder: Implications for targeted pharmacological treatment. *CNS Drugs* 2013;27(3):221-32.
 16. Mihaljević S, Vuksan-Ćusa B, Marčinko D, Koić E, Kušević Z, Jakovljević M. Spiritual Well-Being, Cortisol, and Suicidality in Croatian War Veterans Suffering from PTSD. *J Relig Health* 2011;50(2):464-73.
 17. Jokinen J, Nordström P. HPA axis hyperactivity and attempted suicide in young adult mood disorder inpatients. *J Affect Disord* 2009;116(1-2):117-20.

18. Ipser JC, Seedat S, Stein DJ. Pharmacotherapy for prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006.
19. Powers MB, Halpern JM, Ferenschak MP, Gillihan SJ, Foa EB. A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review* 2010;30:635–41.
20. Shapiro F, Maxfield L. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *J Clin Psychol* 2002;58(8):933-46.
21. Schaefer FC, Blazer DG, Koenig HG. Religious and spiritual factors and the consequences of trauma: a review and model of the interrelationship. *Int J Psychiatry Med* 2008;38(4):507-24.
22. Mihaljević S, Aukst-Margetić B, Vuksan-Ćusa B, Koić E, Milošević M. Hopelessness, suicidality and religious coping in Croatian war veterans with PTSD. *Psychiatr Danub* 2012;24(3):292-7.
23. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Pers Soc Psychol*. 1967;5(4):432–43.
24. Park CL. Religion as a meaning-making framework in coping with life stress. *J Soc Issues* 2005;61(4):707-29.
25. Jim HSL, Pustejovsky JE, Park CL, Danhauer SC, Sherman AC, Fitchett G, et al. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer* 2015;121(21):3760-8.
26. Ai AL, Park CL. Possibilities of the positive following violence and trauma: Informing the coming decade of research. *Journal of Interpersonal Violence* 2005;20: 242-50.
27. Henslee AM, Coffey SF, Schumacher JA, Tracy M, H. Norris F, Galea S. Religious Coping and Psychological and Behavioral Adjustment After Hurricane Katrina. *J Psychol* 2015;149(6):630-42.

28. Quarantini LC, Netto LR, Andrade-Nascimento M, Galvão-de Almeida A, Sampaio AS, Miranda-Scippa A, et al. Comorbid mood and anxiety disorders in victims of violence with posttraumatic stress disorder. *Rev Bras Psiquiatr* 2009;31(Suppl 2):S66-76.
29. Kopacz MS, Currier JM, Drescher KD, Pigeon WR. Suicidal behavior and spiritual functioning in a sample of veterans diagnosed with PTSD. *J Inj Violence Res* 2016;8(1):6-14.
30. Kemp J, Bossarte R. Suicide Data Report 2012. *Dep Veterans Aff.* 2012;1-59.
31. Hasanović M, Pajević I. Religious moral beliefs as mental health protective factor of war veterans suffering from PTSD, depressiveness, anxiety, tobacco and alcohol abuse in comorbidity. *Psychiatria Danubina* 2010;203-10.
32. Pargament K, Smith B, Koenig H, Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Relig* 1998;37(4):710-24.
33. Florez IA, Allbaugh LJ, Harris CE, Schwartz AC, Kaslow NJ. Suicidal ideation and hopelessness in PTSD: spiritual well-being mediates outcomes over time. *Anxiety, Stress Coping* 2018;31(1):46-58.

34. Khalaf DR, Hebborn LF, Dal SJ, Naja WJ. A Critical Comprehensive Review of Religiosity and Anxiety Disorders in Adults. *J Relig Health* 2015;54(4):1438-50.
35. Koenig H. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Can J Psychiatry* 2009;54(5):283-92.
36. Nelson C, Cyr KS, Corbett B, Hurley E, Gifford S, Elhai JD, et al. Predictors of posttraumatic stress disorder, depression, and suicidal ideation among Canadian Forces personnel in a National Canadian Military Health Survey. *J Psychiatr Res* 2011;45(11):1483-8.
37. Korn L, Zukerman G. Affective and Behavioral Changes Following Exposure to Traumatic Events: The Moderating Effect of Religiosity on Avoidance Behavior Among Students Studying Under a High Level of Terror Event Exposure. *J Relig Health* 2011;50(4):911-21.
38. Vinck P, Pham PN. Association of exposure to violence and potential traumatic events with self-reported physical and mental health status in the central african republic. *JAMA* 2010;304(5):544-52.
39. Dulin PL, Passmore T. Avoidance of potentially traumatic stimuli mediates the relationship between accumulated lifetime trauma and late-life depression and anxiety. *J Trauma Stress* 2010;23(2):296-9.
40. Bell JB, Nye EC. Specific symptoms predict suicidal ideation in Vietnam combat veterans with chronic post-traumatic stress disorder. *Mil Med* 2007;172(11):1144-7.
41. Fontana A, Rosenheck R. Trauma, change in strength of religious faith, and mental health service use among veterans treated for PTSD. *J Nerv Ment Dis* 2004;192(9):579-84.
42. Ellison CW. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *J Psychol Theol* 1983;11:330-40.

43. Witvliet CVO, Phipps KA, Feldman ME, Beckham JC. Posttraumatic mental and physical health correlates of forgiveness and religious coping in military veterans. *J Trauma Stress* 2004;17(3):269-73.
44. Hirsch JK, Webb JR, Kaslow NJ. Daily hassles and suicide ideation in African-American female suicide attempters: Moderating effect of spiritual well-being. *Ment Heal Relig Cult* 2014;17(5):529-41.
45. Fischer NL, Lamis DA, Petersen-Coleman MN, Moore CS, Zhang H, Kaslow NJ. Mediating Effects of Existential and Religious Well-Being Among Abused, Suicidal African American Women. *J Fam Violence* 2016;31(3):315-23.
46. Zhang H, Neelarambam K, Schwenke TJ, Rhodes MN, Pittman DM, Kaslow NJ. Mediators of a culturally-sensitive intervention for suicidal African American women. *J Clin Psychol Med Settings* 2013;20(4):401-14.
47. Nad S, Marcinko D, Vuksan-Aeusa B, Jakovljevic M, Jakovljevic G. Spiritual well-being, intrinsic religiosity, and suicidal behavior in predominantly Catholic Croatian war veterans with chronic posttraumatic stress disorder: a case control study. *J Nerv Ment Dis* 2008;196(1):79-83.
48. Hussain A, Weisaeth L, Heir T. Changes in religious beliefs and the relation of religiosity to posttraumatic stress and life satisfaction after a natural disaster. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46(10):1027-32.
49. Wansink B, Wansink CS. Are There Atheists in Foxholes? Combat Intensity and Religious Behavior. *J Relig Health* 2013;52(3):768-79.
50. Cherry KE, Sampson L, Nezat PF, Cacamo A, Marks LD, Galea S. Long-term psychological outcomes in older adults after disaster: relationships to religiosity and social support. *Aging Ment Health* 2015;19(5):430-43.
51. Israel-Cohen Y, Kaplan O, Noy S, Kashy-Rosenbaum G. Religiosity as a Moderator of

- Self-Efficacy and Social Support in Predicting Traumatic Stress Among Combat Soldiers. *J Relig Health* 2016;55(4):1160-71.
52. Mignone T, Papagni E, Mahadeo M, Klostermann K, Jones RA. PTSD and Intimate Partner Violence: Clinical Considerations and Treatment Options. *J Addict Med Ther Sci* 2017;3(1).
53. Lilly MM, Howell KH, Graham-Bermann S. World Assumptions, Religiosity, and PTSD in Survivors of Intimate Partner Violence. *Violence Against Women* 2015;21(1):87-104.
54. Goldberg LR, Sweeney D, Merenda PF, Hughes JEJ. Demographic Variables and Personality: The Effects of Gender, Age, Education, and Ethnic/ Racial Status on Self-Descriptions of Personality Attributes. *Pers Individ Dif* 1998;24(3):393-403.
55. Gillum TL, Sullivan CM, Bybee DI. The importance of spirituality in the lives of domestic violence survivors. *Violence Against Women* 2006;12(3):240-50.
56. Hassouneh-Phillips D. Strength and vulnerability: Spirituality in abused American Muslim women's lives. *Issues Ment Health Nurs* 2003;24(6-7):681-94.
57. Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology – A critical review and introduction of a two component model. Vol. 26, *Clinical Psychology Review*. 2006. p. 626–53.
58. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis. *Perspect* 1998;157:1712-1718.
59. Tsai J, El-Gabalawy R, Sledge WH, Southwick SM, Pietrzak RH. Post-traumatic growth among veterans in the USA: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Psychol Med* 2015;45(1):165-79.
60. Pietrzak RH, Cook JM. Psychological resilience in older U.S. veterans: Results from the national health and resilience in veterans study. *Depress Anxiety* 2013;30(5):432-

61. Pargament KI, Magyar GM, Benore E, Mahoney A. Sacrilege: A Study of Sacred Loss and Desecration and Their Implications for Health and Well-Being in a Community Sample. *J Sci Study Relig* 2005;44(1):59-78.
62. Tsai J, Sippel LM, Mota N, Southwick SM, Pietrzak RH. Longitudinal course of posttraumatic growth among U.S. military veterans: Results from the national health and resilience in veterans study. *Depress Anxiety* 2016;33(1):9-18.

10. ŽIVOTOPIS

Božena Petrović

Rođena sam u Splitu 19. kolovoza 1993. godine. Pohađala sam Opću gimnaziju Marko Marulić koju sam završila 2012. Godine 2012. upisala sam Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Trenutno sam studentica šeste godine. Dobitnica sam Dekanove nagrade 2016. za rad Studentske sekcije za kirurgiju u sklopu koje sam imala ulogu predsjednice. Također sam dobitnica Dekanove nagrade 2017. za uspjeh kao jedna od najboljih studenata na petoj godini. Od jezika, aktivno se služim engleskim te imam položen Cambridge CAE ispit.