

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)

Nikola Mandić

Psijhijatrijska klinika Kliničke bolnice Osijek

Stručni rad
UDK 616-001.36:615.869
Prispjelo: 15. ožujka 1993.

Nakon traumatskog događaja izvan uobičajenog ljudskog iskustva (poplave, zemljotresi, industrijske katastrofe, požari, automobilske nesreće, logori smrti, torture i bombardiranja), razvija se poremećaj u određenog broja ljudi, koji je prvi puta definiran 1980. godine. U trećem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika (DSM-III) duševnih bolesti Američkog psihijatrijskog društva, postavljena je definicija posttraumatskog stresnog poremećaja, koja je dopunjena 1987. godine u reviziji istog priručnika, a 1988. godine prihvaćena je u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i uzroka smrti (ICD-10).

Poremećaj se pojavljuje u 30-80% preživjelih iz katastrofalnih događaja u 18-54% ratnih veterana, u 17-67% zarobljenika, a prevalencija tijekom života je 9,2%. Simptomi su ponovno proživljavanje traumatskog događaja, izbjegavanje poticaja vezanih uz traumu, opća otupjelost reaktivnosti i pobuđenost. U etiologiji PTSP sudjeluju: stresor (jačina, trajanje i okolnosti djelovanja), ličnost (starost, crte ličnosti, ranije iskustvo i psihički poremećaji, genetska predispozicija i raspoloživa socijalna potpora i organski

faktori (učinci autonomnog živčanog sustava i neurobiološke promjene mozga). Etiologiji razumijevanja poremećaja pomažu psihoanalitičke teorije (primarna i sekundarna dobit, neuroza straha i neuroza konflikta) i bihevioralno kognitivne teorije utemeljene na kondicioniranju i teoriji učenja. Kliničkoj slici prethode suptilni znakovi straha i anksioznosti, do funkcionalnih, a kasnije i strukturnih tjelesnih odgovora na svim sustavima, od opće vegetativne pobuđenosti do bioloških alteracija u hipotalamo-pituitarno adrenokortikalnoj osi, endogenom opijatnom sustavu, dnevnom ritmu spavanja, noradrenergičkom i serotoninergičkom funkcioniranju.

Akutni PTSP uz prikladnu psihosocijalnu potporu gotovo spontano prolazi kroz 6 mjeseci, a kronični oblik zahtijeva liječenje psihotropnim lijekovima najčešće antidepresivima, psihoterapiju od psihodinamski orijentiranih tehnika i hipnoterapije, do bihevioralno kognitivnih postupaka.

Autor koristi suvremenu literaturu o PTSP i raspravlja o dijagnostici, etiologiji, kliničkim slikama, diferencijalnoj dijagnozi, skrbi i prognozi obojelih.

Ključne riječi: PTSP, definicija, etiologija, klinička deskripcija, liječenje, prognoza

POVIJESNI PREGLED

Termin »posttraumatski stresni poremećaj« se prvi put pojavljuje 1980. godine u trećem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika (DSM-III) za duševne poremećaje, Američkog psihijatrijskog udruženja. Međutim, koncept ovog poremećaja je znatno stariji. Definiranje ovog poremećaja traje od 1871. godine, kada je Da Costa u American Journal of Medical Sciences objavio rad »Irritable heart« (Iritabilno srce), pa sve do danas (2). U početku je poremećaj imao sindromski karakter i uglavnom se nalazio u vojnika. Izdvajao se iz uobičajenih psihijatrijskih dijagnostičkih kriterija, kako fenomenologijom, tako i razumijevanjem. Strah u prsima, lupanje srca i vrtoglavicu, Da Costa je našao u vojnika Građanskog rata. Simptome je tumačio funkcionalnim srčanim poteškoćama nastalim iz preosjetljivosti i pretjerane aktivnosti autonomnog živčanog sustava koji opskrbljuje živcima krvne žile i srce, probavne organe i žlijezde i izmiče kontroli volje. Kasnije se

taj sindrom pojavljuje pod nazivima i nalazi se u sudionika rata i ratnih veterana (28).

Paralelno s razvojem znanstvene psihijatrije, sindrom je dobivao novija tumačenja, suglasno prihvaćenosti određenog psihijatrijskog pristupa, organskog, psihodinamskog ili psihosocijalnog. Tako organski orijentirani psihijatri nakon Prvoga svjetskog rata »šok granate« tumače reakcijom oštećenog mozga ugljičnim monoksidom i izmijenjenim atmosferskim tlakom, a psihodinamski orijentirani psihijatri uvode termin »traumatske neuroze« koja je aktualizirana u traumatskoj situaciji, pa daju veliko značenje ranom razvoju, životnom iskustvu i rezervoaru nesvjesnog (15).

Kada se sličan sindrom našao u sudionika industrijskih, prirodnih i obiteljskih katastrofa i nesreća u službenoj psihijatriji, dolazi do pada oduševljenja za uvođenje nove dijagnoze za ovu sindromsku pojavu.

Tako je pod pritiskom stvarnosti nakon Drugoga svjetskog rata, 1952. godine uvedena dijagnoza »Gross

stress reaction« u DSM-I 1960. godine u ICD-9 (Međunarodna klasifikacija bolesti), zbog opće zbrke ispuštena iz DSM-II, 1968. godine (23).

Međutim, iskustvo iz Vijetnamskog rata i nezadovoljstvo psihijatarâ zainteresiranih za psihosomatsku medicinu i sudsku psihijatriju, vratili su ovu kategoriju poremećaja u DSM-III, 1980. godine.

DEFINICIJA POSTTRAUMATSKOG STRESNOG POREMEĆAJA

Nakon neuspješnog definiranja ljudskog odgovora na izvanuobičajene stresore, kroz »veliku stresnu reakciju« (gross stress reaction) u DSM-I i Akutnu reakciju na stres u ICD-9 i nakon prikupljenog širokog iskustva o reakcijama na različite vrste stresora, od ratnih, civilnih, grupnih i pojedinačnih, u DSM-III, je definiran posttraumatski stresni poremećaj, kroz razvoj karakterističnih simptoma nakon traumatskog događaja izvan uobičajenog ljudskog iskustva. Simptomi su ponovno proživljavanje traumatskih događaja, otupjelost opće reaktivnosti, povlačenje od vanjskog svijeta i razni drugi autonomni, disforički i kognitivni poremećaji, uključujući pretjeranu uplašenost, poteškoće koncentracije, pad memorije, osjećaj krivnje i poteškoće spavanja (3).

U DSM-III R, iz 1987. godine PTSP je još detaljnije definiran. Prema toj definiciji, na traumatski događaj koji je izvan uobičajenog ljudskog iskustva razvijaju se tri skupine simptoma. Prva skupina simptoma odnosi se na perzistentno ponovno proživljavanje traumatičnog događaja.

Druga skupina simptoma su stalno izbjegavanje poticaja vezanih uz traumu ili otupjelost opće reaktivnosti, a treća skupina simptoma su iz područja pojačane pobuđenosti (u prilogu je data kompletna definicija po kriterijima DSM-III-R) (1).

DIJAGNOSTIČKI KRITERIJI ZA POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ (PTSP) PREMA DSM-III R

- A. Osoba je imala doživljaj koji je izvan područja uobičajenog ljudskog iskustva i koji bi bio izrazito mučan za svakoga, npr. ozbiljna ugroženost nečijeg života ili fizičkog integriteta; ozbiljna ugroženost ili stradanje djeteta
- B. Traumatski se doživljaj perzistentno nanovo doživljava na barem jedan od sljedećih načina:
- (1) Višekratna intruzivna i mučna sjećanja na događaj (u male djece: drama koja se ponavlja i u kojoj su izražene teme ili aspekti traume)
 - (2) Višekratni mučni snovi o događaju

(3) Iznenadno ponašanje ili osjećaj da se traumatični događaj ponovno zbiva (uključuje osjećaj ponovnog proživljavanja doživljaja iluzije)

(4) Intenzivna psihološka patnja zbog izloženosti događajima koji simboliziraju ili podsjećaju na neki aspekt traumatičnog događaja

C. Uporno izbjegavanje poticaja vezanih uz traumu ili otupjelost opće reaktivnosti (što nije bilo prisutno prije traume):

(1) Nastojanje da se izbjegn misli ili osjećaji vezani uz traumu

(2) Nastojanje da se izbjegn aktivnosti ili situacije koje pobuđuju sjećanje na traumu

(3) Nesposobnost dozivanja u sjećanje nekog važnog aspekta traume (psihogena amnezija).

(4) Izrazito smanjeno zanimanje za značajnije aktivnosti

(5) Osjećaj odvojenosti ili otuđenosti od drugih

(6) Ograničeni spektar afekata (npr. nesposobnost za osjećaj ljubavi)

(7) Osjećaj uskraćene budućnosti (npr. osoba ne očekuje da bi mogla imati karijeru, brak, djecu ili dug život)

D. Trajni simptomi pojačane pobuđenosti (odsutni prije traume), na što upućuju najmanje dva od sljedećih znakova:

(1) Osoba teško može zaspati ili održati san

(2) Iritabilnost ili izljevi bijesa

(3) Otežana koncentracija

(4) Hipervigilitet

(5) Reakcija pretjeranog straha zbog izloženosti događajima koji simboliziraju traumatični događaj ili su slični nekom njegovom aspektu (npr. ženu koja je bila silovana u liftu oblije znoj svaki put kada ulazi u bilo koje dizalo).

E. Trajanje poremećaja (simptomi pod B., C i D) najmanje mjesec dana

Precizirati odgođeni početak poremećaja ako su simptomima izbili najmanje 6 mjeseci nakon traume.

Prema ICD-10 posttraumatski stresni poremećaj je zakašnjeni ili produženi odgovor čovjeka na događaj ili situaciju, kratkog ili dugog djelovanja, izuzetno prijetuće ili katastrofalne prirode (ozbiljna nesreća, svjedočenje nasilne smrti drugih, tortura, terorizam, silovanje i sl.) Poremećaj proizlazi iz traumatskog događaja izuzetne težine, a pogoduju mu kompulzivnost, asteničnost i druge nepovoljne značajke ličnosti ili raniji neurotski poremećaji mogu pogoršati njegov tijek. Dijagnoza ovog poremećaja temelji se na jasno utvrđenom traumatskom događaju do šest mjeseci od pojave simptoma, tipičnoj kliničkoj slici i isključenju drugih poremećaja, kao što su anksiozni, opsesivno-kompulzivni poremećaj, epizoda depresije i slično. Dijagnoza se može prihvatiti ako je klinička slika poremećaja tipična,

a traumatski poremećaj je bio i nešto izvan razdoblja od 6 mjeseci. Epizode ponavljajućeg oživljavanja traume u sjećanjima, snovima ili noćnim morama, obamrlost, emocionalna tupost, izbjegavanje aktivnosti i situacija koje podsjećaju na traumu, te povlačenje od drugih čine definiciju PTSP. Strah, izbjegavanje situacija koje podsjećaju na patnju originalne traume, primjetna emocionalna otuđenost i zakočenost osjećaja, koji su često prisutni nisu bitni za dijagnozu. Isto tako autonomni nemir, poremećaj raspoloženja i neprimjerenost u ponašanju pridonose dijagnozi, ali nisu od primarne važnosti. S navedenim simptomima, pojavljuju se anksioznost i depresija, a nije rijetka ni suicidalnost. Rijetko dolazi do dramatičnih izljeva straha, panike i agresije na podražaje iznenadnog prisjećanja ili prikazivanja traume i originalne reakcije na nju. Tijek je fluktuirajući, a oporavak se može očekivati u većini slučajeva, dok kod manjeg broja slučajeva može prijeći u kronični oblik kroz više godina i činiti prijelaz u stalnu promjenu ličnosti. Ove kasne kronične sekvele razarajućeg karaktera, očituju se desetljećima i klasificiraju se u poremećaj osobnosti. (Trajna promjena ličnosti nakon katastrofalnog iskustva, a očituje se kao kruto, neadaptirano ponašanje s poteškoćama u socijalnom i radnom funkcioniranju, neprijateljsko i nepovjerljivo držanje prema svijetu, socijalno povlačenje, osjećaj praznoće, i beznađa, stalni osjećaj ugroženosti i otuđenosti, a traje barem dvije godine i nije povezan s ranijim poremećajem ličnosti niti je posljedica duševnog oboljenja ili ozljede (32).

EPIDEMIOLOGIJA

Posttraumatski stresni poremećaj zbog svoje nedostatne definiranosti ni epidemiološki nije dostatno istražen. Sveden je na epidemiologiju kod određenih skupina ljudi koji su preživjeli katastrofu ili potresni životni događaj, međutim i kod tih studija često nema jasnih dijagnostičkih kriterija.

Nakon Buffalo Creek katastrofe 80% preživjelih je patilo od akutnog PTSP, a nakon Cocoaunt Grove nesreće 57% je tijekom godine dana tražilo liječničku pomoć. Nakon preživjelog požara ili individualnih nesreća 30% osoba je s poteškoćama koje zahtijevaju liječenje. Manjkavi su podaci o traumatskoj neurozi tijekom i nakon Drugog svjetskog rata, zato podaci iz Vijetnama govore da je 26% povratnika i 27% zarobljenika imalo simptome ili dijagnozu iz psihijatrijskog kruga, a 7% simptome teške depresije (12).

Nakon Vijetnamskog rata 18-54% veterana je patilo od PTSP, 26% ih je bilo u teškim borbama, 17% u prosječnim i 7% onih koji nisu sudjelovali u borbama. Neka naša iskustva s bivšim ratnim zarobljenicima govore da je većina patila od PTSP, 67% nakon oslobađanja, a 80% živućih i nakon 40 godina poslije oslobađanja ima elemente kroničnog posttraumatskog stresnog poremećaja. Slične rezultate daju istraživanja zarob-

ljenika u srpskim koncentracijskim logorima u ratu protiv Hrvatske.13

Najnovija istraživanja prevalencije PTSP tijekom cijeloga života, na populaciji u Detroitu, govori da je pojavnost ovoga poremećaja učestalija od depresije (8,3%) ili ovisnosti o drogama (5,9%) i iznosi 9,2%.4,19,21

ETIOLOGIJA

Etiologija posttraumatskog stresnog poremećaja je multifaktorijska. Stresor izvan uobičajenog ljudskog iskustva u većine ljudi proizvodi psihološku traumu, ali ne i poremećaj, pa to govori da u patogenezi ovog poremećaja sudjeluju različiti psihološki, tjelesni, genetski i socijalni čimbenici.

Stresor

Stresori izvan uobičajenog ljudskog iskustva su: prirodne katastrofe (poplave i zemljotresi), nesretni slučajevi ravni katastrofi prouzročeni ljudskim faktorom (industrijske katastrofe, požari, automobilske nesreće), namjerno izazvane katastrofe (logori smrti, torture, bombardiranja).

Trauma silovanjem je veoma kompleksna. Prati ju intenzivan strah, gubitak kontrole i prijetnja nestajanju. Iskustvo silovanja pred velikom grupom poznatih ili nepoznatih ljudi, dodatna je emocionalna trauma. Slično je i s masovnim katastrofama u borbama ili u logorima smrti. Traumatski događaj (stresor) proizvodi PTSP snagom i trajanjem. Ograničene su izdržljivosti vojnika u borbama. Mali ili prosječni stresori iz bitke u bitku kod vojnika poprimaju novu kvalitetu, on postaje kroničan kao što su stresori u logorima smrti kronični i katastrofični.

Drugi stresori su po svojoj prirodi iznenadni, pojedinačni i kratki pa se osoba ne može pripremiti za borbu niti sačuvati. Premda se traumatski događaj pojavljuje jedanput (prirodna katastrofa), njegov učinak može biti intenzivan i strahovit.

U slučajevima grupne katastrofe, traumatski događaj je složeniji, jer uključuje veliki broj međusobno bliskih i voljenih ljudi, koji su poginuli ili su ranjeni. Osjećaj odgovornosti ili krivnje za smrt drugih, posebno bliskih osoba, traumatski doživljaj čini kompleksnijim. Kada stresor uključuje tendenciju okrutnosti i nehumanosti, kao u slučajevima logora smrti ili napada, cjelina traumatskog iskustva je bolnija. Sličan doživljaj je i u osoba kada se nađu u zamci bez mogućnosti za borbu ili bijeg (20).

Ličnost

Različiti čimbenici ličnosti (starost, crte ličnosti, ranije iskustvo i psihički poremećaji, genetska predispozicija i raspoloživa socijalna potpora) u interakciji sa stresorom proizvode psihički poremećaj. Općenito gledano, vrlo mladi i vrlo stari ljudi imaju više poteškoća

s traumatskim događajem nego osobe srednje dobi, u mladih nisu dostatno razvijeni mehanizmi obrane i prilagodilo na snagu i veličinu emocionalnog i tjelesnog učinka traumatskog događaja, a stare osobe su rigidnije i teže razvijaju fleksibilnost u traumatskoj situaciji. Osobe s poteškoćama kontrole ovisnost traumatskoj situaciji. Osobe s poteškoćama kontrole ovisničkih potreba sklonije su razvoju PTSP, nakon industrijskih i automobilskih nesreća. Te osobe lakše prihvaćaju ulogu bolesnika. Osobe s psihijatrijskom anamnezom, statistički značajno su podložnije razvoju PTSP od normalne populacije. Alkoholizam, ovisnost o drogama, anksioznost i pozitivna obiteljska psihijatrijska anamneza predisponiraju razvoj PTSP, iako se čini da kod ovisnika o drogama i alkoholičara, neposredno nakon traume tjeskoba popušta. Osobe s dobrom mrežom socijalne potpore, imaju manji izgled za razvoj ovog poremećaja ili barem za iskustvo njegova snažna oblika. Osamljene osobe, samci, rastsavljeni, udovice i udovci, ekonomski siromašne i ez socijalne potpore imaju veću šansu za razvoj PTSP i njegovih težih oblika (29).

Organski čimbenici

Traumatski događaj ne proizvodi samo psihološke učinke, nego i učinke autonomnog živčanog sustava i neurobiološke promjene u mozgu. Simptomi koji se pojavljuju neposredno nakon traume, skoro sigurno su proizvedeni enormnim pražnjenjem autonomnog živčanog sustava, koje se javlja kao odgovor na strah, prijetnju ozljede i nestanak. Snažno pražnjenje simpatikusa i opće uzbuđenje, praćeno simptomima pretjeranog opreza, znojenja, drhtanja, mišićne napetosti i subjektivnog osjećaja tjeskobe, može ovisno o prisutnosti stresora ili obnavljanja traumatskog iskustva kroz sjećanja, snove ili noćne more, trajati danima, tjednima i mjesecima. Ako se ne mogu sami desenzibilizirati na traumatski događaj ili ga zaboraviti, njihov akutni poremećaj može prijeći u kronični i trajati godinama poslije originalne traume. Tada je ovaj poremećaj udružen s biološkim alteracijama u noradrenergičkom i serotonergičkom funkcioniranju, hipotalamo-pituitarno adrenokorikalnoj osi, endogenom opijatnom sustavu i dnevnom ritmu spavanja. Tjelesne ozljede, posebno one koje završavaju invalidnošću, ozljede glave s potresom mozga, maltretiranja i gladovanja u koncentracijskim logorima potenciraju i kompliciraju biološke čimbenike nastanka i produbljuju kliničku sliku PTSP (6,7,11,17).

Psihoanalitičke teorije

I psihoanalitičke teorije objašnjavaju simptomatologiju PTSP. Te teorije se često koriste kada neurovegetativno i opće uzbuđenje ima tendenciju dugog trajanja nakon traumatskog događaja. Naime, određene psihoanalitičke teorije razlikuju posttraumatski sindrom s neposrednim vegetativnim odgovorom na strah i destrukciju, koji najčešće nastaju 3-6 mjeseci nakon traume. Neuroza se pojavljuje kada Ego, obasipan (atakirani) traumatskim stimulusima, nije više u stanju održati homeostatski ekvilibrij. Na regresiju Ega i prodor agre-

sivnih sila Ida, nastaje tjeskoba, razdražljivost i prestrašenost su simptomi upozorenja za prodor Ida. Neurotskim mehanizmima obrane (regresijom, represijom i poricanjem) osoba reducira konfliktom stvorenu tenziju, osiguravajući »primarnu dobit«. Osoba može težiti i sekundarnoj dobiti u vanjskom svijetu, kroz novčanu kompenzaciju, i zadovoljavanje ovisničkih potreba, što onda produbljuje i produžuje poremećaj.

Drugi analitičari sugeriraju podjelu posttraumatskih poremećaja na dva podtipa, na neurozu straha i neurozu konflikta, koji onda mogu imati specifičnu etiologiju, tijekom razvoja i odgovore na terapiju. Neuroza straha je srodna akutnom posttraumatskom poremećaju i karakterizirana je emocionalnim problemima i noćnim morama neposredno nakon traume. Neuroza konflikta više odgovara kroničnom tijeku i obliku PTSP, kod kojeg je povratak na posao, preuzimanje kućnih odgovornosti i uključivanje u socijalni i rekreativni život produbljuje konflikt koji je često u odnosu s financijskim, okupacijskim i kućnim poteškoćama.

Emocionalne reakcije traumatiziranih nastaju kao rezultat nesklada između unutarnjih i vanjskih vrijednosti sustava i informacija iz čega nastaju motivi za otpor ili kontrolu, kao što se vidi kroz nametljive ili izbjegavajuće simptome (5,26).

Biheioralno-kognitivne teorije

Nekoliko istraživača je koncipiralo biheioralne teorije kojima se objašnjavaju simptomi PTSP. Prvi strah i izbjegavanje straha su nastali, suglasno ovim teorijama, kada su se uparili još nerođeni, neutralni podražaj i bojaznost. Kasnije je nastala averzija i sposobnost specifičnog kondicioniranja, mnoštva podražaja, do riječi, misli i slika, koje i u asocijacijama, ako su vezani uz neugodni događaj, mogu izazvati tjeskobu. Izbjegavanje susreta s mnoštvom specifičnih stresora koji su kondicionirani tijekom traumatskog događaja, ili asocijacija na njih i sjećanjima, snovima ili noćnim morama je u službi redukcije anksioznosti (14,15,31).

Kognitivni koncept je zasnovan na teoriji učenja i najčešće je tijesno povezan s biheioralnim teorijama (18).

Klinička slika PTSP

Iako je posttraumatski stresni poremećaj definiran u DSM-III-R i ICD-10, najrazličitije su kliničke slike toga poremećaja, bilo da se radi o akutnom, subakutnom ili kronično fluktuirajućem i zakašnjelom obliku. Afektivne, kognitivne i fiziološke poteškoće, specifičan odnos prema učenju, procesi kondicioniranja i promjene ponašanja nakon traumatskog događaja mogu se pojaviti u blagoj, umjerenoj i veoma intenzivnoj formi.

Kod mnogih osoba poremećaj počinje nekoliko sati ili dana nakon traumatskog događaja, ali u nekih osoba nastupa mjesecima ili godinama kasnije. Prve smetnje bolesnik doživljava nemirno i nevoljko. Bolesnici su okupirani ponavljajućim snovima i noćnim morama, nametljivim asocijacijama iz područja proživljene traume. Pažnje i energiju nisu u stanju usmjeriti u očeki-

vane životne aktivnosti, niti potisnuti nailazeće asocijacije i sadržaje. Iz ove patnje i borbe neki postaju disocirani, ili zapadaju u stanja odsutnosti i nepovezanosti, na nekoliko minuta, sati ili dana. Osjećaj skučenosti i siromaštva u odgovorima, obamrlost i smanjenu osjetljivost, bolesnik doživljava kao vlastitu promjenu u odnosu na stanje prije traume. On osjeća da se udaljuje i otuđuje i da gubi sposobnosti za zajedničke aktivnosti. Nesposobnost osjećanja ponekad može ići do gubitka svih emocija, posebno emocija iz intimnog života, pa i potpuni gubitak seksualnih želja.

Gotovo svi imaju pretjeranu pobuđenost vegetativnog sustava, osjećaj preplašenosti i poteškoće sa spavanjem.

Anksioznost, razdražljivost s agresivnim ponašanjem i na najmanje provokacije, depresivni simptomi, zlouptreba alkohola ili droga često su pridružene slike posttraumatskom stresnom poremećaju. Smetnje vezane uz tjelesne ozljede, posebno ozljede glave, uz opću uzbunjenost traže posebno izdvajanje tjelesnih smetnji u bolesnika s PTSP.

Psihosomatska manifestacija kroničnog PTSP

Pojava PTSP govori o složenosti biopsihosocijalne prirode čovjeka, pa i u analizi i pristupu poteškoćama osoba s tim poremećajem treba pažljivo istraživati simptome i ocjenjivati njihovu psihologijsku i medicinsku važnost, te osigurati odgovarajući tretman. Tretman može biti od kirurškog i medikamentoznog do psihoterapijskog. Kada se zna da dijagnoza PTSP može biti odgođena desetljećima, čak i više od 40 godina, ne iznenađuje činjenica da su nosioci ovoga sindroma tijekom vremena obilazili mnoge, najčešće somatske, liječnike.

Naime, kliničkom prepoznavanju PTSP često prethode suptilni znaci nadolazeće potpune kliničke slike ili čak dekompenzacije. Početne nespecifične poteškoće najčešće su tjelesne prirode i bez priča o traumatskom događaju, posebno u onih koji nisu identificirani kao žrtve. Prva pomoć se obično traži kod obiteljskih liječnika, liječnika iz hitne medicinske pomoći ili drugih tjelesnih liječnika različitih specijalnosti. Sindrom noćnih mora i ponavljanih sjećanja na traumatsko iskustvo često je skriven od bliske okoline. Tjelesni simptomi su u prvom planu, što je i razumljivo, nakon ekstremnog iscrpljivanja, fizičkog maltretiranja i neishranjenosti jednog broja osoba s PTSP. Prerano starenje, slabljenje vida, vrtoglavica, konjunktivalne oralne i kožne lezije u osoba koje su tamnovala po koncentracijskim logorima i do danas znanstveno medicinski nisu dostatno objašnjivi, pa nije iznenađujuće da se bolesnici s takvim poteškoćama javljaju tjelesnim liječnicima.

Neposredno nakon traumatskog događaja, poremećena psihosocijalna ravnoteža uvjetuje strah od smrti. Traumatski stimuli i strah uvjetuju stanje tjeskobe, strah od straha, stanje prijeteće opasnosti. »Ostajem bez daha«, »Nešto dolazi prema meni«, »Moram izaći odmah«, »Ne mogu napraviti ništa, osjećam se užasno«, patnje su bolesnika s anksioznosti, koja vodi

prema iscrpljenju i depresiji (9). Konverzivni napadaji, hipohondrijaza i psihogena bol česti su u toj fazi, izraz su zabrinutosti za vlastito tijelo i mogu se razumjeti tek poznavanjem bolesnikove specifične traumatske povijesti i znanjem da uistinu tijelo može zapamtiti bol i iscrpljenost.

Psihofiziološki efekti uzbuđenja i anksioznosti pokreću funkcionalne poteškoće (Da Costa sindrom, sindrom napora, neurocirkulatorna slabost, sindrom iritabilnog kolona, fibromialgija, alergija na sve, netolerancija šećera, sindrom mitralne valvule, multipli doktor sindrom) koje su izraz obrambene reakcije – organske pripreme za borbu ili bijeg. To stanje zahtijeva veliki napor vegetativnog i endokrinog sustava iz čega nastaje opća pobuđenost koja može biti praćena biheviornalnim reakcijama bijesa i agresivnosti.

Neurofiziološka istraživanja govore da su ovi »funkcionalni sindromi« kronično ponavljanje obrambenih reakcija izazvanih kondicioniranjem stimulusima stresora. Naime, pronađena su stanična tjelešca s organizacijskom i inicijalnom funkcijom u periakveduktalnoj sivoj masi i mediobazalnim i središnjim amigdaloidnim jezgrama, čija stimulacija može izazvati biheviornalnu i psihologijsku komponentu obrambene reakcije. Tako je fenomen »paljenja« amigdala moguć neurofiziološki supstrat za biheviornalnu senzitivaciju jer se na taj način mogu objasniti naizgled spontana i epileptiformna izbijanja vegetativne i neuromuskularne aktivnosti koja se javlja u bolesnika s PTSP. Mehanizam produžene latencije u nekih osoba, neurofiziolozi objašnjavaju konsolidirajućim djelovanjem Vasopresina kod kondicioniranog ponašanja (27).

Uz anksioznost mogu se naći patofiziološki sindromi na neurološkom sustavu (vrtoglavica, promjene svijesti, derealizacija, depersonalizacija, mutne vizije i proširene zjenice), na kardiorespiratornom sustavu (lupanje srca, ubrzan rad, nepravilan ritam, bljedoća, gubitak daha, nepravilno disanje, zadržavanje daha, hiperventilacija) na neuromuskularnom sustavu (parestezije, tremor, tetanija, bruksizam, temporomandibularna bol, tenzijska glavobolja, fibromialgija, boli u interkostalnim mišićima, nagla iscrpljenost i mišićna slabost), na digestivnom sustavu (teško gutanje, spazam jednjaka, nadutost i podrigivanje, mučnina i povraćanje, boli u trbuhu i akutna dijareja) te različiti nesistematizirani simptomi kao što su znojenje, nagon na mokrenje, erekcija i ejakulacija, kožni egzantem, akutna groznica, brze promjene krvnog tlaka, prestrašene oči, a može se naći i ishemija na EKG-u, leukocitoza i hipoklijemija (30).

Neprepoznata i neliječena anksioznost vodi u vegetativnu i psihomotornu iscrpljenost i depresiju, u naučenu bespomoćnost s promjenom dnevnog ritma spavanja, hipoaktivnošću, gubitkom interesa, uključujući i nezainteresiranost za spolni život, te s općim simptomima kao što su suhoća usta, bol, osjećaj hladnoće, nizak krvni tlak, opstipacija i oscilacije tjelesne težine (24).

Međutim, ne treba zaboraviti da uz PTSP nerijetko nalazimo klasične psihosomatske, degenerativne, infek-

cijske i maligne bolesti. Tako se na kardiocirkulatornom sustavu nalazi hipertenzija, arterioskleroza, aneurizma aorte, cerebrovaskularni infarkt, a nije rijedak ni infarkt srca. Od kožnih promjena česti su: svrab, ekscem, urtikarija, neurodermitis, psorijaza, lichen planus i ispadanje kose. Pneumonija, emfizem i kronična opstruktivna bolest pluća, tuberkuloza i karcinom bronha su na respiratornom sustavu, a od gastrointestinalnih bolesti su: peptički ulkus, diverzikulozna, polipi i karcinomi, pankreatitis i alkoholno oštećenje jetre.

Polineuropatija, difuzno oštećenje mozga, nutritivna ambliopija, degenerativne bolesti zglobova, osteoporoza i parazitarne infekcije bolesti su koje se također susreću uz PTSP.

Bihevioralno-tjelesna interakcija

Bolesnici s PTSP teško prihvaćaju savjete u pogledu dijete, stila života i lijekova. Dostupnost hrane za njih ima dubok emocionalni značaj, iz čega nastaje pretjerano debljanje, gubitak metaboličke kontrole dijabetesa, a ponekad se vidi i anoreksija. Odbijanje antianksioznog i antidepresivnog liječenja je uobičajeno, kao što je i emocionalno vezanje za ranije propisane lijekove, koji najčešće nemaju terapijsku vrijednost ili su čak štetni biokemijski ili somatizacijom emocionalnih problema. Opreznost u propisivanju lijekova ostavlja mogućnost za druge oblike terapije, kao što su psihološke metode.

Upotreba alkohola, koja se u početku koristi kao vlastiti lijek protiv anksioznosti, vodi u kronični alkoholizam, koji je barem jednako težak za liječenje kao kod bilo kojeg drugog bolesnika. Pušenje i ovisnost o pušenju, ovisnost o psihoaktivnim sredstvima, sklonost nesrećama i suicidalnom ponašanju, hipohondrija, osjećaj krivnje zbog preživljavanja i nepovjerljivost kompliciraju terapijski postupak bihevioralnu s PTSP i čine ga neizvjesnim.

Osobe koje su bile izvrnute traumi imaju povećani stupanj sumnje što u uvjetima traženja medicinske pomoći pokreće anksioznost i osjećaj bespomoćnosti. Predviđanjem tih reakcija i stvaranjem u njih osjećaja da vladaju situacijom pravi je terapijski put. Izbjegavanje malih zatvorenih sobica, upotreba igala, elektroda, CT tunela u dijagnostičke svrhe, primanje u bolesničke sobe, mogu produžiti repetitivnu traumatskog doživljaja i snažnu anksioznost. Operativni zahvati u općoj anesteziji izazivaju gubitak kontrole, akutnu anksioznost, pa čak i delirantno agresivno ponašanje. Takva ponašanja bolesnika često u osoblja proizvode negativnu kontrastnu reakciju. Ona je najčešće izraz nemogućnosti shvaćanja egzistencijalnog krika za pomoć ovih osoba, zato osoblje mora imati psihološki trening za prijem osoba s PTSP.

Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza PTSP

Dijagnoza PTSP treba biti suglasna kriterijima definicije, određenim u prihvaćenim dijagnostičkim priručnicima.

Akutni PTSP nastaje unutar 6 mjeseci nakon traumatskog događaja izvan uobičajenog ljudskog iskustva i traje najduže do 6 mjeseci, a kronični obično počinje 6 mjeseci nakon traume i psihopatologija traje najmanje 6 mjeseci.

PTSP može imati produženu simptomatologiju, psihijatrijsku i iz raznih područja tjelesne medicine, pa taj svaki simptom treba temeljito istražiti. Potpunom anamnezom i heteroanamnezom evidentiraju se stari i novi simptomi. U teškim i kompliciranim slučajevima učinit će se i diferentne pretrage, specijalističke konzultacije i psihološka testiranja.

Depresivni poremećaj, generalizirana anksioznost, fobički poremećaj i panične atake mogu biti udruženi s PTSP, ali nisu dominantni simptomi za PTSP. Kada se ustanove, po kriterijima za te poremećaje, uvode se u dijagnostiku s PTSP.

Oštećenje memorije, pad koncentracije i interesa, vrtoglavica i iritabilnost, u osoba koje su pretrpjele traumu glave ili bile izglednjavane ili maltretirane, a imaju kliničku sliku i PTSP, obično imaju obje dijagnoze, PTSP i organski uvjetovani psihički poremećaj, najčešće postkomocijski sindrom.

Bolesnici s PTSP mogu tražiti kompenzaciju (odštetu) za subjektivni osjećaj oštećenosti u ulozi žrtve nesreće. Prihvaćanje tjelesnih ili psihičkih posljedica pretrpljene traume nadoknadom (materijalnom kompenzacijom i nagradom) ili poricanje tih posljedica, neurotične je razine. Glavnina neurotskog sadržaja je izvan kontrole volje, mada je dijelom kontrolirana tendencija povratu ranije ekonomske sposobnosti i prospektivnom primanju kompenzacije za eventualnu invalidnost. Takve zahtjeve ne treba isključiti iz cjelovitosti PTSP i treba im dati ozbiljnu pažnju. Reakcije i poremećaji prilagodbe imaju drugi tijek, simptomi su blažeg intenziteta, a komplikacije su rjeđe nego kod PTSP čije simptome proizvodi stresor izvan uobičajenog ljudskog iskustva.

Prognoza

Većina akutnih PTSP ne razvija tipične simptome ili ih bolesnici ne osjećaju. Poteškoće nestaju spontano, bez psihijatrijske pomoći u razdoblju od 6 mjeseci nakon traume.

Kronični posttraumatski stresni poremećaj se pojavljuje rjeđe, ali s više nepovoljnosti i može imati neizvjestan tijek.

Pojavljuje se s latencijom većom od 6 mjeseci, traje obično duže od 6 mjeseci, iako ima odgođenih slučajeva s kratkim trajanjem, ali burnom kliničkom slikom i dobrim odgovorom na terapiju. Kronični slučajevi mogu ekstremno biti refraktarni na terapiju, s lošom prognozom, posebno u osoba s kompenzacijskom tendencijom. Jednokratna odštetna smanjuje kronicitet oboljenja.

Stupanj oštećenja se obično rangira od slabog do teškog, ovisno od prirode stresora, trajanja izloženosti

stresoru, individualnim adaptacijskim kapacitetima i od trajanja PTSP.

Svaka osoba ima svoju točku sloma, što govori da i ličnost oblikuje i određuje prognozu PTSP. Osobe s premorbidnom harmoničnom ličnosti, prosječne inteligencije i adaptacijskih kapaciteta uz dobru socijalnu potporu i pomoć, imaju minimalna oštećenja, koja brzo i spontano nestaju. Ove osobe će lako svladati PTSP koji se javlja na stresor srednje jakog intenziteta u industrijskoj ili automobilskoj nesreći, ako nemaju tjelesne invalidnosti. Osobe slabih psiholoških kapaciteta, bez ili s lošim socijalnim suportom, često razvijaju uporne simptome i oštećenja dugog trajanja. Osobe sa slabom emocionalnom rezervom, na snažan i katastrofalan stresor, razvijaju ekstremna oštećenja, aficiraju većinu aspekata života i ostaju dugo u raznim terapijskim procedurama bez naročitog učinka.

SKRB BOLESNIKA S PTSP

Briga za osobe s posttraumatskim stresnim poremećajem i postupak s njima ne pripada samo području medicine. Traumatiziranim priskaču u pomoć članovi obitelji, prijatelji, organizirane volonterske i državne organizacije: od socijalnih, psiholoških i medicinskih, do privrednih i političkih. Organiziranost jedne državne zajednice mjeri se i ocjenjuje kroz spremnost, solidarnost i praktičnu skrb za traumatizirane. Zajednica treba prihvatiti traumatizirane, pružiti im socijalnu pomoć i potporu. Žrtva mora osjetiti brigu, pomoć i socijalnu sigurnost. To je uvjet za povratak kontrole nad sobom i svojim tijelom. Za traumatizirane izbjeglice ili prognanike u jednom centru sigurnost je mala. Oni su nakon traume uvjereni i misle da drugi vladaju njima. Njima je potrebna pomoć u organizaciji života, u povezivanju s drugim osobama i stvaranju nove mreže potpore. Većina osoba, same ili uz pomoć svojih najbližih uspješno svladaju stresnu situaciju, a neki od njih iz krizne situacije izlaze čak i snažniji. Život ih je naučio vještinama ovladavanja stresom, naučili su da i nema života bez stresnih situacija, a vjera i nada koju su ponijeli iz obitelji davala im je energiju za uspješnu borbu sa stresom.

Međutim, neke osobe, kada zataje vlastiti kapaciteti i socijalna mreža pomoći i potpore, pod jakim stresorima idu prema dekompenzaciji. Prvi tjedan nakon traumatskog događaja najčešće su tjelesne poteškoće, a nakon toga nastaju psihički poremećaji, najčešće tjeksoba koja može rađati i samoubilačke namjere. Specifični strahovi vezani uz ranjive situacije, osjećaj srama, suodgovornosti za svoje stanje, osjećaj uprljanosti i odbačenosti i ambivalencija – sakriti ili podijeliti patnju, mogu se uspješno riješiti atmosferom razumijevanja i sigurnosti, te pažljivim istraživanjem briga i potrebe žrtve.

Davanje potpore očuvanju kontinuiteta iz razdoblja prije traume u svladavanju krize, oslobađanje od osjećaja krivnje, procjena težine distresa i potrebne

pomoći, može biti veoma uspješna već u prvim kontaktima žrtve i odraslih dobronamjernih osoba. Međutim, jedan manji broj PTSP kroničnog tijeka, zahtijeva stručne, pa i visoko specijalizirane intervencije.

Psihoterapija

Evaluiranih specifičnih psihoterapijskih metoda i tehnika za liječenje PTSP još nema. Psihoterapijskim postupcima nastoji se smanjiti simptome i spriječiti kronična nesposobnost.

U psihoterapijskom ozračju terapeut će biti tolerantan i u prvim kontaktima će permissivno dopustiti pacijentu da kreira odnos. Terapeut se postupno aktivira sa specifičnim sugestijama koje se odnose na »ovdje i sada«. Daljnji terapijski zadatak je: povratiti bolesniku osjećaj sigurnosti, pojačati mehanizme sučeljavanja, integrirati traumatski događaj u život, seksualnost i budućnost, te povratiti u bolesnika sklad između unutarnjeg i vanjskog sustava vrijednosti. Terapeut istražuje psihičke i tjelesne reakcije bolesnika, njegove potrebe da se suoči s tim reakcijama, te prepoznaje simptome koji u bolesnika nastaju iz podsjećanja na originalnu traumu ili iz izbjegavanja svega što asocira na tu traumu. U drugoj fazi terapije nastoji se rekonstruirati traumatski događaj. Bolesnikova sjećanja su fragmatirana. Neki dijelovi događaja imaju osobno značenje, a drugi se žele zaboraviti. Bolesnik iznosi sadržaje kroz odnos prema sebi i drugima i na taj način određuje svoje granice i granice drugih, vraća raniji sustav vrijednosti i tako doživljava i sebe više vrijednim. Bolesnik ne odgovara na sva pitanja, ako nije spreman. Terapeutu je primarni zadatak da bolesnik ne izgubi kontrolu nad emocijama sve dok ne složi kompletan mozaik događaja. U strpljivom odnosu poticanja, odobravanja, zastoja i interpretiranja, terapeut prati kako bolesnik razumijeva i tumači sjećanja, povezuje dio po dio i pita bolesnika što je mislio, osjećao i radio za vrijeme traumatskog događaja. Od početne vrlo teške verbalizacije bolesnik nakon nekoliko seansi reproducira emocijama popraćen cjelokupni sadržaj traumatskog doživljaja u terapeutskoj sigurnoj situaciji. To se događa tek onda kada je bolesnik prihvatio sugestije terapeuta, da odgađanje iznošenja sadržaja, kasnije pravi ozbiljnije poteškoće.

Psihodinamski orijentirana psihoterapija pomaže u smanjenju simptoma i izbjegavanja te utječe na stabilnost osobina ličnosti, a hipnoterapija pomaže kod intruzivnih simptoma. Sistematska desenzitacija ili preplavlivanje učinkovitiji su kod intruzivnih simptoma PTSP.

Međutim, primjena preplavlivanja može izazvati opću pobuđenost i recidiv depresije i alkoholizma, ili precipitirati manični poremećaj (5,26).

Psihofarmakoterapija

Gotovo sve vrste psihotropnih lijekova korištene su u liječenju PTSP, međutim rijetki su dvostruko slijepi pokusi s placebom i kompetitivnim lijekovima. Najšira su iskustva s upotrebom antidepresiva, koji uspostav-

ljaju ravnotežu noradrenergičkog i serotoninergičkog sustava i uspostavljaju sustav spavanja, a imaju minimalne sporedne učinke: Phenalzin (Inhibitor MAO) i Imipramin (triciklički antidepresiv) reduciraju intruzivne simptome PTSP, a Phenalzin je učinkovitiji.24,25

Amitriptylin (triciklički antidepresiv) smanjuje simptome depresije i anksioznosti, ima mali učinak na izbjegavajuće, a nema učinke na intruzivne simptome u odnosu na placebo.8

Desipramin (triciklički antidepresiv) smanjuje simptome depresije i panične atake, ali može izazvati delirium u ovisnika o medikamentima. Amitriptylin i Imipramin daju se u dnevnoj dozi od 50-300 mg dnevno, a Desipramin u dnevnoj dozi od 100-200 mg, u trajanju od najmanje 8 tjedana. Diazepam i Chlordiazepoxid (Librium) mogu biti korisni u smanjenju anksioznosti (22).

LITERATURA

- American Psychiatric Association. *Diagnosis and statistical Manual of Mental disorder*, ed. 3. Revised (DSM-III-R). Washington: APA, 1987.
- Andressen C.N. Posttraumatic Stress Disorder, In: *Comprehensive Textbook of psychiatry*, Ed. Kaplan IH, Sadock JB, Williams Wilkins, Baltimore 1985; 918-24.
- Archibald HC, et al. Gross Stress Reaction in COMBAT: a 15 year follow up. *Am J Psychiatr* 1962; 119:317-22.
- Braslau N, et al. Traumatic Events and posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 40:216-22.
- Brom D, et al. Brief Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorders, *J Consult Clin Psychol* 1989; 57:607-12.
- Crystal JH, et al. Neurobiological Aspects of PTSD: review of clinical and preclinical studies. *Behav Ther* 1989; 20:177-98.
- Davidson J. Drug Therapy of Posttraumatic Stress Disorder. *Br J Psychiatr* 1992; 160:309-14.
- Davidson J, Kudler H, Smith R, et al. Treatment of PTSD with Amytriptyline and Placebo. *Arch Gen Psychiatr* 1990; 47:259-66.
- Federici A, Rizzo A, Cavese A. Role of the Autonomic Nervous System in the Control of Heart Rate and Blood Pressure in the Defense Reaction in Conscious Dogs. *J Auton Nerv Syst* 1985; 12:333, 345
- Frank JB, Kosten TR, Giller EL, Dan E. A. Randomized Clinical Trial of Phenalzine and Imipramine for PTSD. *Am J Psychiatr* 1988; 145:1289-91.
- Friedman MJ. Biological Approaches to the Diagnosis and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *J Traum Stress* 1991; 4:67-91.
- Helzer JE, et al. Posttraumatic Stress Disorder in the General Population. Findings from the Epidemiological Catchment Area Survey. *New Engl J Med* 1987; 317:1650-60.
- Jukić V. Posttraumatski stresni sindrom i paranoidnost. *Soc Psih* 1993; 21:47-53.
- Keane TM, Zimberlin RT, Cadell JM. A: Behavioral Formulation of Posttraumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans. *Bahav Therapist* 1985; 8:9-12.
- Keiser L. *The Traumatic Neurosis*, J. B. Lippincott, Philadelphia, 1945.
- Kilpatrick DG, et al. Factor Predicting Psychological Distress Among Rape Victims. In: Figley CR, Ed. *Trauma and its wake*. New York, NY: Brunner/Mazel, 1985; 113-41.
- Kolb LC. A Neuropsychological Hypothesis Explaining Posttraumatic Stress Disorders. *Am J Psychiatry* 1987; 144:989-95.
- Mowrer AH. *Learning Theory and Behavior*, New York, Wiley, 1960.
- Norris FN. The Epidemiology of Trauma, Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60:409-18.
- Norris J, Feldman Summers S. Factors Related to the Psychological Impact of Rape on the Victim. *J Abnorm Psychol* 1981; 90:562-69.
- Regier DA, Boyd JH, Burke JD, et al. One month Prevalence of Mental Disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatr* 1988; 45:977-86.
- Reist C, Kauffman CD, Haier RJ. A Controlled Trial of Desipramine in 18 Men with PTSD. *Am J Psychiatr* 1976; 146:513-6.
- Savezni zavod za zdravstvenu zaštitu Medjunarodne klasifikacije bolesti, povreda i uzroka smrti, 9. revizija, Niš: Institut za dokumentaciju zaštite na radu, 1979.
- Seligman MEP. *Helplessness: On depression Development and Death*, San Francisco, WH Freeman, 1975.
- Shestatzky M, et al. A Controlled trial of phenalzine in PTSD. *PTSD Res* 1988; 24:149-55.
- Solomon S, et al. Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J A M A* 1992; 268:633-8.
- Urban IJA. Brain Vasopressin: from electrophysiological effects to neurophysiological function. *Prog Brain Res* 1987; 72:163-72.
- Ursano JR, Holloway CH. Military Psychiatry, In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Ed. Kaplan IH, Sadock JB, Williams Wilkins Baltimore 1985; 1900-9.
- Vaillant EG, Perry C. personality Disorders, In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Ed. Kaplan IH, Sadock JB, Williams Wilkins Baltimore 1985: 958-86.
- Van der Kolk BA. *Psychological trauma*, Washington DC, American Psychiatric Press, 1987.
- Wolpe J. *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Tanford CA: Stanford University Press
- World Health Organisation. *International Classification of Diseases*, 10th revision, Geneva, WHO, 1988.

Abstract

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

Nikola Mandić

Department of Psychiatry,
Osijek Clinical Hospital

After a traumatic event outside usual human experience (floods, earthquakes, industrial disasters, fires, traffic accidents, death camps, tortures and bombardments), some people develop a disorder which was first defined in 1980. In the third edition of the Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III) of mental diseases published by the American Psychiatric Association, a definition of post-traumatic stress disorder was established, complemented in the 1987 revision of the same edition and adopted in the International Classification of Diseases and Causes of Death (ICD-10) in 1988.

The disorder appears in 30-80% of the survivors of disasters, in 18-54% of war veterans, 17-67% of the prisoners and its prevalence is 9.2% during lifetime. The symptoms include revival of traumatic experience, avoidance of stimuli associated with the trauma, general numbness, decreased ability of reaction and excitability.

The etiology of PTSD include: stressor (intensity, duration and circumstances of action), personality

(age, personality traits, previous experience and psychic disturbances, genetic predisposition and available social support) and organic factors (effects of autonomous nervous system and neurobiological changes of the brain). In order to better understand the etiology, there are psychoanalytical theories (primary and secondary gain, phobic neurosis and combat neurosis) and behavioral cognitive theories based on conditioning and learning theory.

Clinical picture precedes subtle signs of fear and anxiety, functional and later structural physical responses in all the systems, from general vegetative excitability to biological alterations in the hypothalamo-pituitary-adrenocortical axis, endogenous opiate system, daily rhythm of sleep, noradrenergic and serotonergic functioning.

Acute PTSD can disappear almost spontaneously within six months with an adequate psychosocial assistance, while the chronic form requires a treatment with psychotropic drugs, most frequently antidepressants, psychotherapy, from psychodynamically oriented techniques and hypnotherapy to behavioral cognitive procedures.

The author uses current literature on PTSD and discusses diagnostics, etiology, clinical pictures, differential diagnosis, care and prognosis of the patients.

Key words: PTSD, definition, etiology, clinical description, treatment, prognosis
