

# Posttraumatski stresni poremećaj kod hrvatskih branitelja

---

Šincek, Stanko

Master's thesis / Diplomski rad

2017

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:105:378740>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-25**



Repository / Repozitorij:

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



-

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
MEDICINSKI FAKULTET  
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

**Stanko Šincek**

**Posttraumatski stresni poremećaj kod  
hrvatskih branitelja**

**DIPLOMSKI RAD**



**Zagreb, 2017.**

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za medicinsku sociologiju i ekonomiku zdravlja pod vodstvom doc. dr. sc. Tee Vukušić Rukavina i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2016/2017.

Mentor: doc. dr. sc. Tea Vukušić Rukavina, dr. med.

## POPIS OZNAKA I KRATICA

PTSP	Posttraumatski stresni poremećaja
DSM-IV TR	od eng. <b>Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text revision</b> , Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, 4. izdanje, tekst revizija
DSM-V	od eng. <b>Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed.</b> , Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, 5. izdanje
MKB-10	Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema 10. revizija
CAPS	od eng. <b>Clinician Administered PTSD Scale</b> , Klinička skala za posttraumatski stresni poremećaj
MMPI	od eng. <b>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</b> , Minnesota multifazčni inventar ličnosti
MMPI-2	od eng. <b>Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2</b> , Minnesota multifazčni inventar ličnosti 2
M-PTSD	od eng. <b>Mississippi Scale for Combat Related PTSD</b> , Mississippi ljestvica za PTSP uzrokovan borbom
HUTD	od eng. <b>Harvard trauma questionnaire (HTQ)</b> , Harvardski upitnik o traumatskom događaju
LASC	od eng. <b>Los Angeles Symptom Checklist</b> , Los Angeles check lista simptoma

# Sadržaj

## Sažetak

## Summary

1.	Uvod	1
2.	Posttraumatski stresni poremećaj	3
3.	Povijest posttraumatskog stresnog poremećaja	4
4.	PTSP i komorbiditet	6
5.	Trauma i posttraumatski stresni poremećaj	9
6.	Klinička slika	11
6.1.	Značajna psihopatološka obilježja PTSP-a	11
6.1.1.	Ponovno proživljavanje traume	11
6.1.2.	Simptomi izbjegavanja	12
6.1.3.	Simptomi pojačane pobuđenosti	12
6.1.4.	Ostali simptomi	12
7.	Tijek i prognoza PTSP-a	13
7.1.	Rizični i zaštitni čimbenici u nastanku posttraumatskog stresnog poremećaja	13
7.1.1.	Rizični čimbenici	13
7.1.2.	Zaštitni čimbenici – otpornost	14
8.	Dijagnostički postupak	15
8.1.	Procjena traumatskog događaja	16
8.2.	Diferencijalno – dijagnostička procjena	16
8.3.	Funkcionalna procjena	18
9.	Domovinski rat i posttraumatski stresni poremećaj	21
10.	Liječenje PTSP-a	23
10.1.	Psihoterapija PTSP-a	23
10.2.	Kognitivno-bihevioralna terapija	24
10.3.	Psihodinamska psihoterapija	24
10.4.	Psihofarmakoterapija PTSP-a	25
11.	Liječenje PTSP-a uzrokobanog ratom	27
12.	Prevenција PTSP-a	30

<b>13. Uloga kluba u liječenju PTSP-a</b>	<b>31</b>
<b>14. Obitelj kao važna stanica u radu s veteranom</b>	<b>32</b>
<b>15. Zaključak</b>	<b>33</b>
<b>16. Zahvale</b>	<b>34</b>
<b>17. Literatura</b>	<b>35</b>
<b>18. Životopis</b>	<b>40</b>

## **Sažetak**

Naziv teme: Posttraumatski stresni poremećaj kod hrvatskih branitelja

Autor rada: Stanko Šincek

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) je jedan od najkompleksnijih psihijatrijskih poremećaja. Unatoč tome što je prevalencija PTSP-a vrlo visoka i što se PTSP pojavljuje u komorbiditetu s različitim psihijatrijskim i tjelesnim poremećajima, još uvijek se raspravlja o validnosti ove dijagnostičke kategorije. Pojam posttraumatski stresni poremećaj javio se prvi put u literaturi u trećoj verziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (1980). PTSP se definira kao pervazivni anksiozni poremećaj koji nastaje nakon izloženosti traumatskom događaju. Prema DSM-IV (1996) traumatski događaji su oni tijekom kojih je osoba bila izložena situaciji u kojoj joj je život bio direktno ugrožen, događaji tijekom kojih je osoba bila svjedok smrti ili ozbiljnog ranjavanja neke druge osobe. Postoje određene skupine koje su napose izložene stresnim i ugrožavajućim situacijama. Prije svega to su borci, ranjenici, zarobljenici, prognanici, kao i članovi obitelji tih skupina. Žrtve PTSP-a žive teškim životom u kojem je svaki novi dan početak borbe sa samim sobom. Ono što se smatra uobičajenim i normalnim, poput mogućnosti samokontrole, osjećaja sigurnosti ili želje za otkrivanjem novih stvari, žrtvama PTSP-a predstavlja izuzetan napor i mukotrpan posao. Kognitivno-bihevioralna terapija efikasan je oblik psihoterapije čija je učinkovitost dokazana brojnim kliničkim studijama u liječenju različitih psihičkih poremećaja. Stoga je nepobitna važnost provođenja tretmana kako bi se oboljele osobe mogle što lakše nositi sa danom situacijom.

Uz podršku obitelji, razumijevanje okoline, sudjelovanje u terapijama žrtva poremećaja može raditi na samome sebi i tako očekivati pozitivne pomake u nošenju s bolesti.

**Ključne riječi: rat, posttraumatski stresni poremećaj, branitelji**

## Summary

Topic of the thesis: Post-traumatic stress disorder in Croatian veterans

Author of the thesis: Stanko Šincek

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is one of the most controversial psychiatric disorders. Although PTSD prevalence is very high and PTSDs appear in comorbidity with various psychiatric and physical disorders, the validity of this diagnostic category is still being discussed. The term posttraumatic stress disorder appeared for the first time in the literature in the third version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1980). PTSD is defined as a pervasive anxiety disorder occurring after exposure to a traumatic event. According to DSM-IV (1996) traumatic events are those during which a person was exposed to a situation where his or her life was directly threatened, events during which a person was witness to death or serious injury to another person. There are certain groups that are particularly exposed to stressful and enduring situations. First and foremost, they are fighters, wounded, captives, displaced persons, and family members of these groups. The victims of PTSD live in a difficult life where each new day begins with the struggle itself. What is considered common and normal, such as the possibility of self-control, a sense of security or the desire to discover new things, victims of PTSD represents an extraordinary effort and hard work.

Cognitive-Behavioral Therapy is an efficient form of psychotherapy whose effectiveness has been proven by numerous clinical studies in the treatment of various psychic disorders. It is therefore indispensable to carry out the treatment so that the patients can easily handle the situation. With support from the family, understanding from the society, participating in the therapy, the victim of the disorder can work on themselves and thus expect positive movement in the caring for the disease.

**Keywords: war, post-traumatic stress disorder, war veterans**



## 1. Uvod

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) je jedan od najkontroverznijih psihijatrijskih poremećaja. Unatoč tome što je prevalencija PTSP-a vrlo visoka i što se PTSP pojavljuje u komorbiditetu s različitim psihijatrijskim i tjelesnim poremećajima, još uvijek se raspravlja o validnosti ove dijagnostičke kategorije (1).

Jedno od najvažnijih pitanja glede borbene djelotvornosti neke vojske jest u kojoj mjeri vojnici mogu podnijeti bujicu strahota koja ih zahvaća u jeku okršaja. Kad sudionici, makar i nakratko, pobijede pritisak napetosti u borbi i djelotvorno upotrijebe oružje, moć suvremenih, konvencionalnih vojnih snaga nadilazi sve čime se čovječanstvo do sada susretalo u dugoj povijesti ratnih sukoba (2).

Po završetku Domovinskog rata, Republika Hrvatska je suočena s njegovim posljedicama, a jedna od njih su ratni vojni invalidi. PTSP se javlja nakon što osoba sama doživi ili svjedoči nekim traumatskim iskustvima koja su izvan uobičajenih iskustava kao što su rat, borbena iskustva, silovanje i drugo. U PTSP-u simptomi mogu biti akutni (traju manje od tri mjeseca) ili kronični prema definiciji opisanoj u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje, četvrta revizija. PTSP je produžena reakcija na ekstremno traumatsko iskustvo sa specifičnim definirajućim simptomima: ponovno i trajno prisjećanje na traumatski događaj, praćeno pretjeranom pobudljivošću i izbjegavanjem, te simptomima obamrlosti (1). Poseban problem predstavljaju invalidi s posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP). Taj poremećaj predstavlja osim privatnoga i društveni problem jer se kao njegova posljedica kod oboljelih javljaju problemi s obavljanjem radnih zadataka, problemi u obitelji, općenito problemi u odnosima s okolinom, a u nekim slučajevima i razvijanje ovisnosti o alkoholu ili drogama (1).

Razvidno je da bi bilo manje slučajeva ovog poremećaja da je psihološka skrb branitelja na samom ratištu mogla biti bolje organizirana.

Tretman PTSP-a obuhvaća farmakoterapiju i psihoterapiju – individualnu ili grupnu (1).

U Hrvatskoj je PTSP problem o kojem se puno govori, a u javnosti se malo zna o njegovoj zastupljenosti i kod branitelja i kod svih vrsta ratnih stradalnika. Bolje poznavanje i demistifikacija problema omogućilo bi njegovo lakše prepoznavanje,

preventivu i kvalitetniji tretman. Zbog svoje kompleksnosti, PTSP je vrlo zahtjevan i za dijagnostičku evaluaciju, ali i za liječenje. Trauma i njezine posljedice značajno utječu na zdravlje pojedinca, njegovo funkcioniranje, ali i na cijelo društvo (1).

U radu će biti prikazana definicija PTSP-a, povijest posttraumatskog stresnog poremećaja, dijagnostička obilježja, klinička slika, tretmani kojima se nastoji liječiti posttraumatski stresni poremećaj.

## 2. Posttraumatski stresni poremećaj

*„Čovjek će s vremena na vrijeme spotaknuti o istinu, ali većina će njih ustati i nastaviti hodati kao da se ništa nije dogodilo.“*

*W. Churchill*

Pojam posttraumatski stresni poremećaj javio se prvi put u literaturi u trećoj verziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (1980). Time je ovaj poremećaj prvi puta pod ovim nazivom ušao u službenu upotrebu, iako je iz literature poznat još davno (3).

PTSP je pervazivni anksiozni poremećaj koji nastaje nakon izloženosti traumatskom događaju. Prema DSM-IV (1996.) traumatski događaji su oni tijekom kojih je osoba bila izložena situaciji u kojoj joj je život bio direktno ugrožen, događaji tijekom kojih je osoba bila svjedok smrti ili ozbiljnog ranjavanja neke druge osobe. U okviru toga direktna izloženost ratnim zbivanjima, zarobljeništvo, boravak u logoru, boravak u koncentracijskom logoru, izloženost prirodnim katastrofama su također traumatski događaji koji mu mogu izazvati posttraumatsku stresnu reakciju.

U Republici Hrvatskoj je službena klasifikacija prema MKB-10 (4).

Posttraumatski stresni poremećaj F43.1 (PTSP) je prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti svrstan pod kategoriju reakcija na teški stres i poremećaje prilagođavanja, a prema najnovijoj reviziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne bolesti (DSM 5) u skupinu poremećaja povezanih s traumom i stresom (5).

Iako obuhvaćaju različite simptome, ovoj je skupini poremećaja zajednička izloženost traumatičnom događaju.

PTSP nastaje kao posljedica izloženosti ekstremnom stresoru koji djeluje na sve osobe, događaju ugroženosti vlastitog ili tuđeg fizičkog integriteta, pri čemu osobu mogu, ali ne moraju, preplaviti osjećaj bespomoćnosti, intenzivnog straha i užasnosti. Primarni uzrok razvoju PTSP-a je događaj, a ne osoba (4).

### 3. Povijest posttraumatskog stresnog poremećaja

Tijekom rata vojno osoblje se mora nositi s razornim stresom. Reakcije na proživljene stresne događaje (u ovom kontekstu se razmatraju ratna događanja) poznate su od antičkih vremena.

Kroz povijest mijenjali su se nazivi, terapija i odnos prema poremećaju te opis tih simptoma:

- vojničko srce, iritabilno srce, Da Costa sindrom (Američki građanski rat)
- granatni šok-neuroza rova (Prvi svjetski rat)
- ratna neuroza, sindrom koncentracijskih logora (Drugi svjetski rat)
- veteranski sindrom (Korejski rat)
- vijetnamski sindrom (Vijetnamski rat)
- 1980. današnji naziv u DSM-III (Dijagnostički i statistički priručnik za klasifikaciju mentalnih poremećaja)

Herodot u svom prikazu bitke na Maratonskom polju 490. godine prije Krista spominje antičkog vojnika Epizelusa koji je tijekom bitke iznenada oslijepio nakon što je pored njega od neprijatelja stradao drugi vojnik. Valja napomenuti da Epizelus nije bio ozlijeđen, što sugerira da je gubitak vida bio psihogen (6).

Neurolog Herman Oppenheim 1889. godine prvi je upotrijebio termin traumatska neuroza čiji su simptomi između histerije i neurastenije, a držao je da su posljedice molekularnih promjena u tkivu (7).

Prepoznata psihička dezintegracija pretrpljena zbog teških okolnosti bitke bio je Američki građanski rat. Koristili su se pojmovi sindrom nostalgije i Da Costin sindrom - iritabilno srce. Sindrom nostalgije pretežno se javljao kod mlađih vojnika bez ratnog iskustva - uključivao je opsesivne misli o domu, apatiju, gubitak apetita, dijareju i povremenu groznicu (8).

Da Costin sindrom karakteriziralo je otežano disanje, lupanje srca i oštra bol u prsima, napose kod naprezanja. Prisutne su i smetnje poput premorenosti, glavobolje, dijareje, vrtoglavice te poremećaj spavanja. Sindrom se javljao i kod civila (9).

Slični simptomi koje je opisao Da Costa pojavljivao se kod vojnika u Prvom svjetskom ratu - nazivao se vojničko srce ili sindrom napora (10, 11).

Uz sindrom napora tijekom Prvog svjetskog rata istraživana je bolest koja se dovodi u vezu s ratnim stresom - šok od granata ili neuroza rova. Simptomi su: ošamućenost, pretjerana uplašenost, teška tjeskoba (12).

Predmet ponovnog proučavanja sindroma napora započeo je početkom Drugog svjetskog rata – nije bilo sa sigurnošću utvrđeno je li fiziološka ili psihološka bolest (13).

U istraživanjima koja je proveo Wood „sindrom napora“ smatrao se psihoneurozom, a ne somatskom bolešću (14).

Bolje razumijevanje akutne ratne stresne reakcije te istraživanja zaključuju da se takva reakcija često manifestira i kroz somatske znakove, npr. umor, ubrzano lupanje srca, dijareja, glavobolja, poteškoće sa koncentracijom, poremećaj spavanja (15).

U Korejskom ratu koristi se naziv 'combat fatigue'. Kao posebna karakteristika navodi se da su se često na neznatne medicinske simptome (npr. opekline ili ozeblina) nadovezivali psihički simptomi. Za uklanjanje simptoma korišteni su postupci povećanja bliskosti među ljudima, održavanje nade i sl. Smetnje s proživljenim traumatskim iskustvima uočene su kod vojnika u Vijetnamskom ratu. U početku je korišten naziv postvijetnamski sindrom, poslije znan kao posttraumatski stresni poremećaj. Terapija je obuhvaćala psihološki tretman čiji su učinci često bili umanjivani zbog pada morala, zlouporabe droge i alkohola te zbog negativnog stava svjetske američke javnosti u sudjelovanju SAD-a u ratu (16).

Velika stresna reakcija uvedena je u prvo izdanje Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (DSM – I) 1952. godine, dok su proučavanje ratnih veterana Vijetnamskog rata te terapijski rad i sa žrtvama prirodnih akcidenata i katastrofa nastavljena.

Sva ta istraživanja dovela su do definiranja posttraumatskog stresnog poremećaja u Dijagnostičkom i statističkom priručniku mentalnih poremećaja (DSM-III) 1980. godine (17).

Nakon Zaljevskog rata vojnici su izvještavali o kroničnim simptomima i znakovima koji su uključivali umor, bolove u mišićima, glavobolju, osip na koži, otežano disanje, bolove u prsima, poremećaj spavanja i zaboravljivost. Navedeno se često nazivalo sindromom Zaljevskog rata.

Takvi opisi posttraumatskog stresnog poremećaja vežu se uz rat i traume doživljene tijekom ratnih iskustva. No PTSP nije etiološki vezan samo uz rat, već se može javiti

kao reakcija na bilo koji traumatski događaj iznimno prijetee ili katastrofične prirode (18).

#### **4. PTSP i komorbiditet**

PTSP se može javiti sam ili, puno češće, u komorbiditetu s drugim psihijatrijskim poremećajima, pri čemu se komorbiditet s najmanje jednim psihijatrijskim poremećajem javlja u 80% slučajeva (19). PTSP se najčešće javlja s velikim depresivnim poremećajem, anksioznim poremećajem, paničnim poremećajem, alkoholizmom, ovisnostima o psihoaktivnim tvarima i poremećajem ličnosti (20, 21). Psihotični simptomi mogu se javiti u 30-40% bolesnika s ratnim PTSP-om (22, 23). PTSP je također često povezan s visokom stopom samoubojstava (24).

Iako se PTSP može javiti kao jedini psihički poremećaj kod neke osobe, mnoga brojna istraživanja i kliničko iskustvo govori da se češće javlja s drugim psihičkim poremećajima. Uz PTSP se najčešće pojavljuju poremećaj raspoloženja, uključujući depresiju i bipolarni afektivni poremećaj, ovisnost (najčešće alkoholizam), anksiozni poremećaj i poremećaj ličnosti.

Danas se za postavljanje dijagnoze posttraumatskog stresnog poremećaja koriste kriteriji koji su navedeni u DSM-V :

**Kriterij (A)** odnosi se na izloženost stvarnoj smrti, ozbiljnoj ozljedi ili seksualnom nasilju ili prijetnji od navedenog na jedan (ili više) od sljedećih načina:

1. neposrednim doživljavanjem traumatskog/traumatskih događaja
2. osobnim svjedočenjem takvim događajima kod drugih
3. saznanjem da se traumatski događaj dogodio članu bliže obitelji ili bliskom prijatelju. U slučajevima stvarne smrti ili prijetnje smrću članu obitelji ili prijatelju, događaj mora biti nasilan ili slučajan
4. doživljavanjem ponavljanja ili ekstremno izlaganje averzivnim detaljima traumatskog događaja (npr. osobe koje prve skupljaju ljudske ostatke, policajci konstantno izloženi detaljima zlostavljanja djece). Ovaj kriterij ne odnosi se na izloženost putem elektronskih medija, televizije, filmova ili slika, osim u slučaju kad je izloženost povezana s poslom.

**Kriterij (B)** odnosi se na prisutnost jednog (ili više) intruzivnih simptoma povezanih s traumatskim događajem nakon što se takav događaj odvio putem:

1. ponavljajućih, nevoljnih i intruzivnih sjećanja na traumatski događaj. Kod djece starije od 6 godina, može se pojaviti repetitivna igra u kojoj su izražena tema ili aspekti traumatskog događaja;
2. ponavljajućih uznemirujućih snova u kojima su sadržaj i/ili afekti sna povezani s traumatskim događajem. Kod djece ti snovi mogu biti bez povezanog sadržaja;
3. disocijativnih reakcija (npr. slika iz prošlosti) prilikom kojih pojedinac osjeća ili se ponaša kao da se ponovno odvija traumatski događaj. Takve reakcije odvijaju se na kontinuumu na čijem se najekstremnijem kraju nalazi potpuni gubitak svijesti o sadašnjem okruženju. Kod djece se ovo može javiti tijekom igre;
4. intenzivnog ili dugotrajnog psihološkog distresa prilikom izlaganja internaliziranim ili eksternaliziranim znakovima koji simboliziraju aspekt traumatskog događaja ili slične traumatskom događaju;
5. upadljivih psiholoških reakcija na internalne ili eksternalne znakove koji simboliziraju aspekt traumatskog događaja ili slične traumatskom događaju.

**Kriterij (C)** odnosi se na dosljedno izbjegavanje podražaja koji su povezani s traumatskim događajem koje počinje nakon pojave traumatskog događaja, putem jednog ili oba:

1. izbjegavanja ili truda za izbjegavanjem potresnih sjećanja, misli ili osjećaja o traumatskom događaju ili sjećanja, misli i osjećaja blisko povezanih s traumatskim događajem;
2. izbjegavanja ili truda za izbjegavanjem eksternalnih podsjetnika (osoba, mjesta, razgovora, aktivnosti, objekata, situacija) koji izazivaju uznemirujuća sjećanja, misli ili osjećaje o traumatskom događaju ili eksternaliziranih podsjetnika koji su blisko povezani s traumatskim poremećajem.

**Kriterij (D)** odnosi se na negativne promjene u mislima i raspoloženju koje su povezane s traumatskim događajem, a koje počinju ili se pogoršavaju nakon traumatskog događaja te su evidentirane dvama (ili više) od slijedećih simptoma:

1. nemogućnosti započinjanja važnih aspekata traumatskog događaja (tipično zbog disocijativne amnezije, a ne zbog drugih faktora poput ozljede glave, alkohola ili droga);
2. postojanim i preuveličanim negativnim vjerovanjima o samom sebi, drugima i svijetu (npr. „Ja sam loš.“, „Nikome ne mogu vjerovati.“);
3. postojanim, iskrivljenim mislima o uzroku i posljedicama traumatskog događaja koje dovode do toga da osoba krivi samu sebe ili druge zbog traumatskog događaja;
4. stalnim negativnim emocionalnim stanjem (npr. strah, užas, krivnja, ljutnja);
5. primjetno smanjenim interesom ili uključenosti u značajne aktivnosti;
6. osjećaju otuđenosti i odvojenosti od drugih;
7. postojanom nesposobnosti doživljavanja pozitivnih emocija (nemogućnost doživljavanja sreće, zadovoljstva, ljubavi);

**Kriterij (E)** odnosi se na promjene primjetne u pobuđenosti i reaktivnosti te koje su povezane s traumatskim događajem, a koje počinju ili se pogoršavaju nakon traumatskog događaja te su evidentirane dvama (ili više) od slijedećih simptoma:

1. razdražljivim ponašanjem i ispadima bijesa (uz malu ili nikakvu provokaciju) koji su izraženi kao verbalna i fizička agresija prema ljudima ili objektima;
2. nesmotrenošću i autodestruktivnim ponašanjem;
3. pretjeranom pobuđenošću (hiperpobuđenost);
4. preuveličanom odgovoru na iznenadna zbivanja (npr. nagli trzaj na zvuk kućnog zvona);
5. problemima s koncentracijom;
6. smetnjama sna (poteškoće pri usnivanju i spavanju, nemiran san);

**Kriterij (F)** odnosi se na to da je duljina trajanja smetnje (kriterij B, C, D i E) duže od mjesec dana.

**Kriterij (G)** odnosi se na to da navedene smetnje osobi uzrokuju klinički značajnu patnju ili poteškoće u socijalnom, radnom ili drugom važnom području funkcioniranja.



**Kriterij (H)** odnosi se na to da se smetnje ne mogu pripisati fiziološkim učincima različitih supstanci (lijekova, alkohola) ili drugim medicinskim stanjima (APA, 2013).

## **5. Trauma i posttraumatski stresni poremećaj**

Trauma se definira kao događaj koji je izvan uobičajenog iskustva i koji je izrazito neugodan gotovo za svakoga (Pregrad, 1996). Naglasak je na intenzitetu događaja, a ne na faktorima koji pojedinca čine osjetljivim na stres. Ističe se da je reakcija na traumu neizbježna i univerzalna.

Reakcije na traumu se javljaju u nekoliko područja: emocionalnom (strah, tuga, očaj, ljutnja), misaonom (teškoće s pamćenjem, koncentracijom, poricanje događaja), tjelesnom (bolovi u truhu ili glavi, znojenje) te u području ponašanja (poteškoće u komunikaciji, agresiji, povlačenje u sebe). Sve su te reakcije normalne u nenormalnim uvjetima, no kada prijeđu određenu granicu nastaje patološka reakcija na traumu ili PTSP.

Postoje individualne razlike u reakciji na traumu i trajanju oporavka (Pregrad, 1996) za što su odgovorne osobine pojedinca (osobine ličnosti, kognitivni stil), dimenzije traume (priroda traume, trajanje, stupanj i broj trauma doživljenih) te osobine socijalnog okruženja (razina socijalne podrške). Kada je trauma intenzivna, a osobni mehanizmi za suočavanje nisu dovoljno jaki, može se javiti PTSP koji je sklop reakcija i promjena ličnosti kao posljedica teže psihotraume (Pregrad, 1996).

Traumatski događaj se kod bolesnika ponovno proživljava u ponavljajućim (engl. Intrusion) sjećanjima, na način da osoba opetovano proživljava traumatski događaj prisjećajući se traumatskog događaja u slikama ili mislima. Osoba nema kontrolu nad pojavom ovakvih simptoma. Oni se javljaju u različitim vremenskim razmacima i takva sjećanja su spontana. To se događa kada neki podražaj izvana (koji može biti slikovni, slušni, njušni) podsjeti osobu na traumatski događaj. Isto tako mogu se javiti i noćne more koje su povezane s traumatskim događajima. Ponovna doživljavanja događaja (engl. flashbacks) dešavaju se kada se traumatski događaj ponovno doživljava i to kao iluzija, halucinacija i disocijativna epizoda. Kod flashbackova je sadržaj isključivo vezan za traumu, prolazan je, javlja se spontano, ali može biti potaknut i nekim vanjskim podražajem. Ovdje je važno istaknuti i razliku između ponavljajućeg (intruzivnog) sjećanja i flashbacka. Kod intruzivnog sjećanja osoba je svjesna da se

prisjeća traumatskog događaja, iako to ne čini voljno, dok se kod flashbaca oboljeloj osobi čini da ponovno proživljava taj događaj, odnosno da se to zbiva ispred nje, zbog čega se bolesnik gubi u smislu da ne razlikuje zbivanja u sadašnjosti od onih iz prošlosti. Osim ovoga javlja se i intenzivni psihološki distres, a to je psihološka uznemirenost koja se očituje kao strah, ljutnja, anksioznost, osjećaj neumitne sudbine koja je vezana za traumatski događaj (uključuje i obljetnice događaja).

Osoba koja je razvila PTSP izbjegava sve one aktivnosti, znakove i situacije koje ju mogu podsjetiti na taj događaj jer se boji da bi to moglo izazvati uznemirujuće osjećaje. Oboljeli od PTSP-a često prekomjerno upotrebljavaju ili zloupotrebljavaju alkohol ili droge, kako bi, uz pomoć tih psihoaktivnih tvari, blokirali ili „zamaglili“ sjećanja koja ih vraćaju u ponovno proživljavanje traumatskog doživljaja. Neke osobe pribjegavaju pretjeranom radu, a druge pokazuju izrazito smanjeni interes za aktivnosti koje su im prije bile bitne. Bolesnici imaju osjećaj potpune otuđenosti ili odvojenosti od drugih ljudi, posebice njima bliskih i dragih osoba, često misle da su nesposobni voljeti druge ljude, nemaju osjećaja i smatraju da su „otupjeli“. Imaju osjećaj uskraćene budućnosti i beznadnosti, smatraju da je za njih život završen i nemaju što očekivati od života. Stalna povećana pobuđenost očituje se kao poteškoća pri uspavlivanju ili spavanju. Kod bolesnika postoji osjećaj gubitka kontrole, često sa strahom gubitka kontrole nad pokazivanjem ljutnje ili neprijateljstva. Otežano se koncentriraju i pokazuju pojačan oprez naročito na vanjske podražaje izvan realističnog očekivanog stupnja vanjske prijetnje.

Važno je istaknuti da ovi simptomi, da bi imali kliničko značenje, moraju dovesti do značajnog oštećenja osobe u socijalnom, radnom ili drugim područjima funkcioniranja (25).

## **6. Klinička slika**

Traumatsko iskustvo osnovni je etio-patogenetski preduvjet za nastanak posttraumatskog stresnog poremećaja, bilo da je osoba sama izložena traumi ili je svjedok ugrožavanja drugih. Različiti ljudi izloženi istoj traumi mogu pokazivati sasvim različite reakcije. Kao reakcija na traumatsko iskustvo može se javiti niz psiholoških, fizioloških i ponašajnih promjena u svrhu prilagodbe.

Simptomi PTSP-a mogu se razviti odmah ili ubrzo nakon doživljenog traumatskog događaja, ali se mogu javiti i kasnije, nakon nekoliko mjeseci ili čak i više godina nakon proživljene traume (26). Odgođeni PTSP čest je kod ratnog PTSP-a (27). Povezan je sa stresnim događajima i prije i poslije rata, a drži se da je razlog tome slabljenje strategija suočavanja i povećanje psihološke vulnerabilnosti uzrokovane stresnim iskustvima (28).

PTSP može biti akutan, ako je trajanje simptoma manje od tri mjeseca, kroničan kada je trajanje simptoma tri ili više mjeseci, i s odgođenim početkom ako se simptomi pojave najmanje šest mjeseci nakon djelovanja stresora.

### **6.1. Značajna psihopatološka obilježja**

Značajna psihopatološka obilježja PTSP-a su ponovno proživljavanje traume, simptomi izbjegavanja te simptomi razdražljivosti (pojačane pobuđenosti).

#### **6.1.1. Ponovno proživljavanje traume**

Ponovno proživljavanje traume odnosi se na sjećanja koja se nameću, a koja uključuju slike, misli i predodžbe u svezi s traumatskim događajem. Javljaju se u obliku naglih, živih sjećanja praćenih bolnim osjećajima i obuzimaju pozornost osobe. Sjećanje zna biti toliko jako da osoba misli kako upravo ponovno proživljava traumu ili ju vidi kako se događa pred njenim očima. Ukoliko se radi o ratnoj traumi, osoba koja je bila npr. izložena granatiranju može se ponašati kao da se događaj ponovno događa, pa se tako ona može skrivati u zaklon ili bacati se na pod. Trauma se također može pojavljivati i u snu, pri čemu se javljaju noćne more koje su toliko snažne da se osoba budi vrišteći, u užasu, oznojena s pojačanim lupanjem srca. Iako se naizgled

dešava bez ikakvog razloga, ponovno proživljavanje traume često je provocirano nekim događajem, datumom ili mjestom.

### **6.1.2. Simptomi izbjegavanja**

Osoba koja je oboljela od PTSP-a stalno izbjegava poticaje, tj. nastoji izbjeći mjesta i osobe koje je podsjećaju na traumu, ima smanjen interes za sudjelovanje u važnim aktivnostima te ima osjećaj odvojenosti ili otuđenja od drugih osoba. Poradi svega toga članovi obitelji se mogu osjećati odbačenima.

### **6.1.3. Simptomi pojačane pobuđenosti**

Osobe s PTSP-om često mogu postati razdražljive i eksplozivne s nekontroliranim i prenaplašenim ispadima ljutnje, mogu imati otežano usnivanje ili održavanje sna te se teško koncentriraju (ne mogu duže vrijeme zadržati pažnju na nekom predmetu). Tijekom takovih napadaja javlja se stezanje u grlu, ubrzano disanje, pojačano lupanje srca, osjećaj vrtoglavice i mučnine.

### **6.1.4. Ostali simptomi**

Uz simptome PTSP-a obično se javljaju i negativna razmišljanja o sebi i o svijetu oko sebe. Također, kod oboljelih je i reducirana radna sposobnost (29). U obitelji dolazi do smanjene obiteljske kohezije, a često dolazi i do sekundarne traumatizacije kod supružnika oboljelih te posljedično niže kvalitete života (30). Depresija, ovisnost o različitim psihoaktivnim tvarima, impulzivno ponašanje, osjećaj srama i krivnje, traumatsko iskustvo prije samoga rata i ponovno proživljavanje traumatskih događaja svakako doprinose povećanom stupnju rizika od pokušaja suicida (31).

U literaturi se navode još i:

- povremeni simptomi prisutni u određenoj vremenskoj točki, kao što je godišnjica traumatskih događaja
- rezidualni simptomi - ne zadovoljavaju kriterije za PTSP, ali u stresnim situacijama može se razviti klinička slika PTSP-a

- reaktivirani PTSP – ponovno se aktivira kao reakcija na neki novi stresor kod osoba koje su inače stabilno i oporavljeno (32)

## **7. Tijek i prognoza PTSP-a**

Prognoza i tijek PTSP-a ovise o više čimbenika. Obično je bolja kod naglog početka i kraćeg trajanja simptoma, ako je osoba prije traumatiziranog događaja dobro funkcionirala, imala odgovarajuću socijalnu potporu i bila bez komorbidnih poremećaja, ako je traumatski događaj trajao kratko i bio nižeg intenziteta te ako u osobnoj i obiteljskoj anamnezi ne postoji podatak o posttraumatskom ili nekom drugom psihičkom poremećaju (33). S druge strane, simptomi izbjegavanja i odgođeni početak poremećaja signifikantni su za kronični tok. Na prognozu i tijek poremećaja utječe i peritraumatski distres, što i potvrđuju metaanaliza radova o mogućoj korelaciji prognoze, tijeka i utjecaja posttraumatskog distresa (34).

### **7.1. Rizični i zaštitni čimbenici u nastanku posttraumatskog stresnog poremećaja**

Iako je sam traumatski događaj neophodan za razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja, očito je da postoje čimbenici koji pogoduju njegovom nastanku, kao i oni što štite osobu od razvoja poremećaja. Provedeno je više istraživanja rizičnih čimbenika te faktora povezanih s otpornošću na razvoj poremećaja.

#### **7.1.1. Rizični čimbenici**

Prema različitim skupinama istraživača postoje različite podjele rizičnih čimbenika za nastanak PTSP-a. Prema Ozeru i suradnicima rizični čimbenici u PTSP-u dijele se na pretraumatske, peritraumatske i posttraumatske čimbenike, dok Wittchen i suradnici dijele rizične čimbenike na proksimalne i distalne (35).

- a) pretraumatski čimbenici su: raniji psihički poremećaji, spol, ličnost, niži socioekonomski status i stupanj obrazovanja, niže intelektualno funkcioniranje,

način suočavanja sa stresnim događajima, etničke manjine, prijašnje traumatsko iskustvo uključujući i traumu u djetinjstvu, psihički poremećaji u obiteljskoj anamnezi (36)

- b) peritraumatski čimbenici (odnose se na vrijeme traumatskog događaja) su: intenzitet traume, percipiranu prijetnju za vlastiti život, izloženost smrti, teže ozljede, doživljaj gubitka kontrole nad sobom ili događajima oko sebe, krivnju i peritraumatsku disocijaciju (37)
- c) posttraumatski čimbenici su: manjak socijalne potpore, zlouporaba sredstava ovisnosti i kasniji životni stresor (38)

Neki autori dijele rizične čimbenike na proksimalne i distalne (Wittchen i sur.). Najčešće spominjani distalni rizični čimbenici za nastanak posttraumatskog stresnog poremećaja su genetski čimbenici, temperament, loša iskustva u djetinjstvu, raniji psihički poremećaj, nizak socioekonomski i obrazovni status te ličnost. Proksimalni čimbenici se odnose životne događaje, pretraumu, socijalnu potporu, manjak samopoštovanja i sadašnje mentalne poremećaje (39).

Istraživanja se uglavnom slažu da je rizičan faktor za razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja neuroticizam, kao i sklonost anksioznim i depresivnim reakcijama. S povećanim rizikom od razvoja PTSP-a povezan je i vanjski lokus kontrole te niže intelektualne sposobnosti.

### **7.1.2. Zaštitni čimbenici – otpornost**

Najjednostavnije rečeno, otpornost se definira kao sposobnost uspješne prilagodbe i suočavanja unatoč prijetećim i izazovnim situacijama (40). Osobe s unutarnjim lokusom kontrole manje su podložne razvoju PTSP-a i općenito se bolje prilagođavaju u odnosu na osobe s vanjskim lokusom kontrole. Istraživanja o odnosu intenziteta simptoma i socijalne potpore kod veterana Domovinskog rata pokazalo je statistički značajnu negativnu povezanost, odnosno da je niži intenzitet PTSP-a povezan s doživljajem snažnije socijalne i emocionalne potpore partnera i rodbine (41). Otporne osobe u potencijalno stresnim situacijama nalaze značenje i

doživljavaju ih zanimljivim, stresove procjenjuju podložnim promjeni i kontroli, a promjene vide kao normalan dio života i priliku za rast i izazov (42).

Također, istraživanja pokazuju da bi i optimizam mogao biti jedan od zaštitnih čimbenika.

## **8. Dijagnostički postupak**

Osnovno obilježje posttraumatskog stresnog poremećaja je razvoj karakterističnih simptoma, kao odgovor na stresni događaj ili situaciju iznimno prijeteću ili katastrofične naravi. Stresno iskustvo koje prethodi razvoju PTSP-a može biti posljedica ratnih stradanja, tortura, terorizma, silovanja, kriminala ili svjedočenje nasilju. Traumatsko iskustvo mora biti izvan uobičajenog iskustva, a osoba ima intenzivan strah, bespomoćnost i užas (43).

Za postavljanje dijagnoze posttraumatskog stresnog poremećaja danas se koriste dijagnostički kriteriji iz dva izvora – Klasifikacije mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja MKB – 10 i Dijagnostičkog i statističkog priručnika Američke psihijatrijske udruge, četvrta revizija (DSM – IV). U Hrvatskoj su u uporabi dijagnostički kriteriji prema MKB-10, dok se u znanstvenim istraživanjima koriste i kriteriji iz DSM – IV i DSM – IV TR. Iako se kriteriji u mnogočemu podudaraju, prisutne su i bitne razlike koje mogu voditi do poteškoća u postavljanju dijagnoze (44). Da bi se postavila dijagnoza PTSP-a prema dijagnostičkim kriterijima MKB-10, potrebno je zadovoljiti uvjet da se poremećaj razvio unutar šest mjeseci od izloženosti stresnom događaju. S druge strane, prema kriterijima DSM - IV simptomi moraju trajati najmanje mjesec dana, a razlikuju se akutni, kronični i odgođeni PTSP.

S obzirom na složenost dijagnoze, dijagnostički postupak obuhvaća nekoliko elemenata:

- a) procjenu traumatskog događaja
- b) diferencijalnu – dijagnostičku procjenu
- c) funkcionalnu procjenu osobe

### **8.1. Procjena traumatskog događaja**

Za postavljanje dijagnoze PTSP-a temeljni kriterij je postojanje traumatskog događaja koji je doživljen kao traumatski i koji je izvan uobičajenog ljudskog iskustva. Individualni odgovor ovisi o prirodi samog stresora i o sposobnosti osobe da iskazuje emocije. U procjeni kriterija traumatskog događaja vrlo je važna procjena kliničara. Ispitivač se mora osloniti na bolesnikove tvrdnje o tome što je izazvalo traumu i njegov opis simptoma (45). Da li će pojedinac razviti PTSP nakon traumatskog događaja ovisi o različitim čimbenicima kao što su prethodne traume, ranije psihijatrijske tegobe, obiteljska psihijatrijska anamneza, simptomima akutnog stresa, biološkom odgovoru i osobnoj patologiji pojedinca.

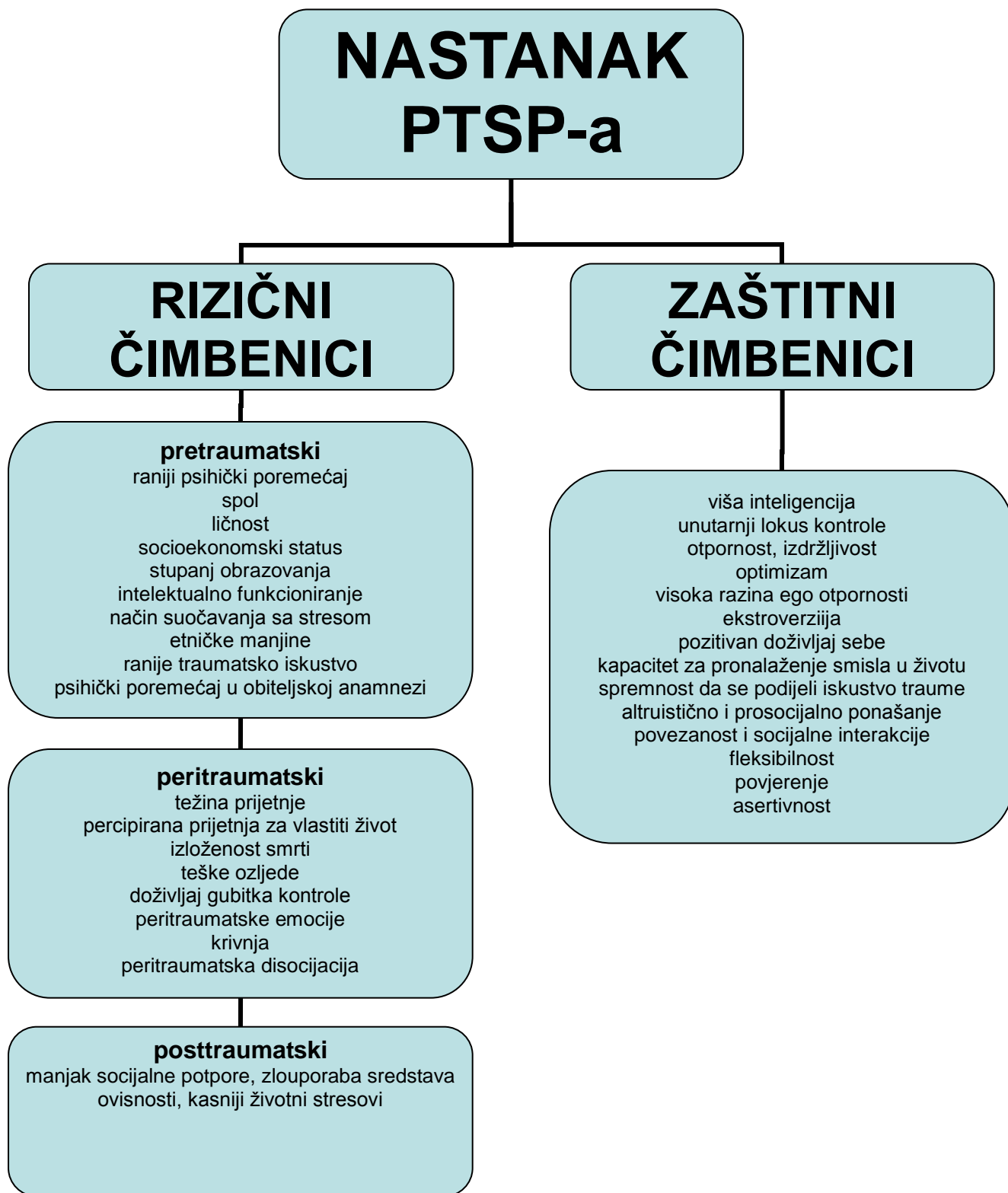
Više autora naglašava poteškoće vezane uz procjenu postojanja i izloženosti traumatskom događaju i pitanje širine definicije traumatskog događaja te mogućnosti pouzdanosti i validnosti procjene traumatskog događaja. Stresni događaji se kreću u širokom rasponu; od prirodnih katastrofa ili ratnih stradanja pa do niza svakodnevnih pojava koje pojedina osoba može doživljavati stresnim. Ipak, nema jasne granice koja razdvaja „uobičajene“ stresore od traumatskih stresora.

### **8.2. Diferencijalno – dijagnostička procjena**

Diferencijalno–dijagnostička procjena bolesnika s PTSP-om je složena s obzirom da se pojedini simptomi kao što su depresivno raspoloženje, gubitak interesa, anksioznost, nemir, nesanica, noćne more i izbjegavanje događaja koji se odnose na traumu mogu preklapati s drugim psihijatrijskim stanjima te je potrebno prepoznati simptome koji se odnose na PTSP (46).

Kada se utvrdi postojanje traumatskog događaja, potrebno je provesti strukturirani klinički intervju, psihijatrijski pregled s procjenom psihičkog statusa te psihometrijske i psihodijagnostičke postupke. Tijekom psihijatrijskog pregleda potrebo je učiniti procjenu psihičkog statusa i funkcija bolesnika koja uključuje procjenu svijesti, opažanja, afekta, volje, pažnje, psihomotorike, pamćenja, nagona, mišljenja i kognitivnog funkcioniranja (46).





Slika 1: Rizični i zaštitni čimbenici u nastanku PTSP-a.

Prema : Bogović, A. Osobni prostor oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja. Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu. 2013.

### 8.3. Funkcionalna procjena

Funkcionalna procjena bolesnika sa PTSP–om uključuje prikupljanje podataka i procjenu o pretraumatskoj povijesti, traumatskom događaju i posttraumatskom psihosocijalnom kontekstu i mehanizmu suočavanja. Potrebno je procijeniti dosadašnje liječenje i stupanj funkcionalnog oštećenja osobe, kao i aktualno prisutne simptome PTSP-a budući da oni mogu imati izravan utjecaj na zdravlje, osobno i obiteljsko funkcioniranje te na radni i socijalni status (46).

Promjene u psihosocijalnom funkcioniranju, izbjegavanje pojedinih oblika ponašanja u odnosima ili na radnom mjestu, izbjegavanje aktivnosti kako bi se promijenilo emocionalno iskustvo može se smatrati neuspješnim pristupom regulacije emocija i može rezultirati pogoršanjem simptoma (47).

Poteškoća koja iz ovoga proizlazi je složenost kliničke slike, česta odsutnost „čiste“ kliničke slike i prisustvo komorbidnih dijagnoza uz PTSP. Najčešće prisutne komorbidne dijagnoze uključuju anksiozni poremećaj, depresivni poremećaj, antisocijalni poremećaj ličnosti, poremećaj prilagodbe, konverzivni poremećaj, shizofreniju, zloupotrebu ili ovisnost o alkoholu ili psihoaktivnim tvarima.

U petom izdanju Dijagnostičkog priručnika, odnosno u DSM–V, predlažu se promjene u dijagnostičkim kriterijima za PTSP i akutni stresni poremećaj. Dosadašnje tri skupine simptoma bit će podijeljene u četiri i obuhvaćat će simptome intruzije, simptome izbjegavanja, simptome pojačane pobuđenosti te poremećaje raspoloženja i kognicije. Nekoliko simptoma bit će dodano, a neki će pak biti modificirani. Predlaže se da se PTSP iz skupine anksioznih poremećaja klasificira u novu skupinu koja će se zvati Traumatski i poremećaji povezani s stresom.

Konačnu dijagnozu PTSP-a postavlja psihijatar na temelju MKB-10 te primjenom Međunarodnog neuropsihijatrijskog intervjua:

- 1.) **strukturirani psihijatrijski intervju** (anamnestički podaci, demografski podaci, radni status, status invaliditeta, podaci o dosadašnjem liječenju, terapija, obiteljska anamneza, podaci o konzumaciji alkohola, traumatskim iskustvima, iskustvima

povezanim s borbom, trajanju simptoma, tjelesni status visine i težine, indeks tjelesne mase)

- 2.) **psihijatrijskim upitnicima** (Klinička skala za posttraumatski stresni poremećaj, Pozitivna i negativna skala sindroma, Hamiltonova skala anksioznosti, Hamiltonova skala depresije)
- 3.) **psihologijskim upitnicima** (Harvardski upitnik o traumatskom događaju, Mississippi ljestvica za PTSP uzrokovan borbom, Minnesota multifazični inventar ličnosti, Los Angeles check lista simptoma).

U dijagnostici PTSP-a koriste se razni strukturirani intervjui te upitnici i skale za mjerenje intenziteta simptoma i intenziteta traumatskih događaja. Među češćim primjenjivanim su:

**Harvardski upitnik o traumatskom događaju (HUTD)** – hrvatska verzija upitnika razvijena je 1998. godine, suradnjom Harvardskog programa za traumu izbjeglica i hrvatskih stručnjaka iz područja duševnog zdravlja. Upitnik ima četiri dijela koji odgovaraju područjima istraživanja, a to su: traumatski događaj, ispitanikova samopercepcija najtraumatičnijih iskustava, traumatska ozljede mozga i psihosocijalni simptomi udruženi s traumom (46).

**Los Angeles check lista simptoma (LASC)** – primarni cilj u konstruiranju LASC-a bio je načiniti lako primjenjiv instrument koji bi osigurao kategorizacijske i kontinuirane mjere PTSP-a za dijagnostičku procjenu i mjerenje ozbiljnosti simptoma. Ima dvije snage: prvo, da je prikladan kao opće sredstvo procjene PTSP-a za bilo veterane ili neveterane i drugo, da ima obimnu psihometrijsku povijest koja argumentira njegovu primjenu na različitim grupama traumatiziranih osoba (48).

**Mississippi ljestvica za posttraumatski stresni poremećaj uzrokovan borbom M-PTSD** - skala je namijenjena za korištenje u dijagnosticiranju PTSP kada su potrebne kvantitativne informacije, bilo klinički ili u fazi odabira ispitanika u istraživanju. Konstruirana je prema DSM-III kriterijima za PTSP, a sadrži čestice koje omogućuju mjerenje popratnih smetnji poput zlouporabe alkohola i droga,

suicidalnosti i depresivnosti. Jedan je od instrumenata s najboljim metrijskim karakteristikama (49).

**Minnesota multifazični inventar ličnosti 2 (MMPI-2)** - prednost MMPI upitnika je u tome da je formiran tako da se znatno otežava mogućnost ispitanika da krivotvori odgovore, negiraju probleme ili daju neki poseban utisak. Nove ljestvice procjenjuju simptomatsko ponašanje, faktore ličnosti, vidljivo ponašanje, negativno samopoimanje i područja kliničkih problema. Ispitanik odgovara sa da/ne i mjera je psihološkog stanja osobe. Najčešće je upotrebljavana mjera psihopatologije u psihologijskim, psihijatrijskim i medicinskim istraživanjima (50).

**Klinička skala za posttraumatski stresni poremećaj (CAPS)** - predstavlja strukturirani intervju za procjenu osnovnih i pridruženih simptoma PTSP-a. Trenutna verzija CAPS-a ocjenjuje sve DSM-IV dijagnostičke kriterije za PTSP, uključuje Kriterij A – izloženost traumatskom događaju, Kriterije B do D – osnovni skupovi simptoma ponovnog proživljavanja, otupljivanja i izbjegavanje te pojačane pobuđenosti, Kriterij E – slijed, i Kriterij F – funkcionalno oštećenje kao i pridružene simptome krivnje i disocijacije (51).

**Detaljna procjena posttraumatskog stresnog poremećaja (Detailed Assessment of Posttraumatic Stress - DAPS)** – uključuje sve dijagnostičke kriterije prema DSM-IV te ostale reakcije i ishode povezane s traumom, uključujući disocijacije, ovisnosti i suicidalnost. Izvrnih je psihometrijskih karakteristika (52).

**Upitnik stresnih i traumatskih borbenih iskustava (USTBI-M)** - konstruiran je prema specifičnim obilježjima rata u Hrvatskoj. Odnosi se na traumatska iskustva specifična za rat (progonstvo, gubitak bliskih osoba, materijalnih dobara i sl.) i dobrih je metrijskih karakteristika.

## 9. Domovinski rat i posttraumatski stresni poremećaj

Rat je katastrofa ogromnih razmjera koja pogađa većim ili manjim intenzitetom cjelokupno stanovništvo. Posljedice su u tolikoj mjeri traumatične da znatno prelaze sposobnosti ljudi da se s njima nose, a to su osnovni uvjeti za nastanak PTSP-a.

Rat je jedna od kolektivno stresnih situacija, no on je namjeran ljudski čin, što utječe na težinu psiholoških posljedica. Kod čak 80% žrtava katastrofa izazvanih ljudskim djelovanjem ostaju dugotrajne, pa čak i doživotne posljedice u doživljavanju i ponašanju. Postoje određene skupine koje su napose izložene stresnim i ugrožavajućim situacijama. Prije svega to su borci, ranjenici, zarobljenici, prognanici, kao i članovi obitelji tih skupina. Ratni invalidi imaju u odnosu na druge invalide poseban status u kojima je nastalo ozljeđivanje. Tijekom boravka na bojištu vojnici su izloženi brojnim stresnim i traumatičnim događajima. Najčešće se radi o ranjavanju, zatočeništvu, gubitku imovine, prisutnosti pogibije ili ranjavanja bliske osobe. Sve to može pojačati negativne psihološke posljedice invaliditeta i dovesti do raznih psihičkih problema, a to su najčešće PTSP i depresija (53).

Prema Hrvatskoj enciklopediji, Domovinski rat bio je obrambeni rat za neovisnost i cjelovitost hrvatske države protiv agresije udruženih velikosrpskih snaga. Hrvatska je pobijedila i u tzv. psihološkom ratu jer je donoseći istinu o Domovinskom ratu i razaranjima uspjela međunarodnoj zajednici pokazati tko je agresor, a tko žrtva, u čemu su glavnu ulogu imali i mediji. U prvim danima rata kada je to bilo najpotrebnije bio je presudan i visoki moral hrvatskih branitelja koji su branili domovinu. Psihološke posljedice Domovinskog rata, bolesti i trajne posljedice hrvatskih branitelja i njihovih obitelji, ali i građana koji su pretrpjeli brojne traume, ostale su sve do danas, a prema najnovijim istraživanjima hrvatski branitelji češće obolijevaju zbog posljedica rata. U Domovinskom ratu sudjelovalo je 502.678 hrvatskih branitelja, ranjeno je ili ozlijeđeno njih 30.141, a zbog posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu 57.212 hrvatskih branitelja ima tjelesno oštećenje veće od 20% odnosno utvrđen status hrvatskog ratnog vojnog invalida. U razdoblju od 1990.-1996. godine, poginulo je 7609 hrvatskih branitelja, a 1013 hrvatska branitelja umrla su od posljedica bolesti, pogoršanja bolesti ili pojave bolesti ili su počinila samoubojstvo kao posljedicu psihičke bolesti uzrokovane sudjelovanjem u obrani suvereniteta Republike Hrvatske (54). Još uvijek je nepoznata sudbina 293 zatočenih ili nestalih branitelja (prema službenim

evidencijama Ministarstva branitelja na dan 16.10.2013.). Za još 1045 hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata koji su umrli nakon završetka Domovinskog rata, utvrđen je status smrtno stradalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata (jer su umrli od posljedica bolesti, pogoršanja bolesti ili pojave bolesti ili su izvršili samoubojstvo kao posljedicu psihičke bolesti uzrokovane sudjelovanjem u obrani suvereniteta Republike Hrvatske) (54). Završetkom Domovinskog rata suočili smo se i s velikim brojem vojnih i civilnih invalida koji uz psihičke traume nose i težak teret tjelesnog oštećenja. Učestala radna nesposobnost u populaciji hrvatskih branitelja pogodovala je socijalnom isključivanju kako samih branitelja tako i njihovih obitelji te se pokazalo kako veterani kod nas, kao i svugdje u svijetu, predstavljaju rizičnu skupinu koja zaslužuje prioritetan status u strategijama skrbi, ali i javnog zdravstva svojih zemalja. Hrvatski branitelji suočeni su s različitim rizicima i problemima poput siromaštva, invalidnosti, nezaposlenosti, bolesti i slično, ali se mogu izdvojiti i kao posebna ranjiva skupina zbog dugotrajnih i teških posljedica proizašlih iz ratnog stradanja. Uz dosadašnju problematiku hrvatskih ratnih vojnih invalida s najtežim stupnjem oštećenja organizma temeljem ranjavanja, ozljeda ili oboljenja, obzirom na starenje populacije, očekuje se da će zdravstvene potrebe hrvatskih branitelja biti sve izraženije, posebice kod onih branitelja koji se nalaze i u teškoj novčano-materijalnoj situaciji i nemaju članova obitelji koji bi mogli za njih skrbiti. Iz svega iznesenog je Ministarstvo branitelja 23.06.2014. godine sa Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo i Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu zaključilo Sporazum o provođenju znanstveno-istraživačkog projekta „Praćenje pobola i smrtnosti hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji“ čiji cilj je bio istražiti odstupanja u pobolu i uzrocima smrtnosti prvenstveno u populaciji hrvatskih branitelja, kao i članova njihovih obitelji.

Utvrđeno je da je u razdoblju od 1998.-2011. godine od 501 702 hrvatska branitelja njih 207 644 odnosno 41,38% bilo hospitalizirano, a prosječna dob kod hospitalizacije bila je 43,8 godina. Kod smrtnosti hrvatskih branitelja u razdoblju od 1998.-2010. godine utvrđena je srednja dob od 50,5 godina za žene, odnosno od 50,3 godina za muškarce, te je ukupno umrlo 24 249 branitelja, u odnosu na ukupan broj od 501 702. Kada govorimo o djeci kao žrtvama Domovinskog rata, prema evidenciji Ministarstva branitelja, u Domovinskom ratu i od posljedica Domovinskog rata bez jednog ili oba roditelja ostalo je 7288 djece smrtno stradalih i zatočenih ili nestalih hrvatskih

branitelja iz Domovinskog rata. U ovoj kategoriji izdvaja se podatak o 203 djece smrtno stradalih i zatočenih ili nestalih hrvatskih branitelja koja su ostala bez oba roditelja (147-ero djece hrvatskih branitelja poginulih u Domovinskom ratu, 22 djece hrvatskih branitelja koji su počinili samoubojstvo, a koji je doveden u vezu sa sudjelovanjem u obrani suvereniteta Republike Hrvatske, 31 dijete hrvatskih branitelja koji su umrli od posljedica bolesti te 3 djece još uvijek zatočenog ili nestalog hrvatskog branitelja) te podatak o 71 djetetu kojem je do punoljetnosti bio imenovan skrbnik iz razloga što je jedan od roditelja poginuo, umro, zatočen ili nestali hrvatski branitelj, a drugome bila oduzeta poslovna sposobnost, zanemario je odgoj i brigu o djetetu ili je nepoznatog boravišta (54).

Neovisno o slučaju, bolje poznavanje i demistifikacija problema posttraumatskog stresnog poremećaja omogućili bi njegovo lakše prepoznavanje, preventivu i kvalitetniji tretman (55).

## **10. Liječenje PTSP-a**

Važeće terapijske smjernice za PTSP uključuju edukaciju i psihosocijalnu podršku, psihoterapijsko liječenje i primjenu psihofarmakoloških metoda liječenja. Kada god je to moguće, dakle kada su simptomi blagi i kad nema komorbidnih poremećaja, valja dati prednost psihoterapiji pred psihofarmakoloških metoda liječenja. Kada pak se radi o srednje teškom i teškom PTSP-u s komorbidnim poremećajem najčešće je potrebna kombinacija psihoterapija, farmakoterapije i psihosocijalnih metoda liječenja.

### **10.1. Psihoterapija PTSP-a**

Metoda je izbora u liječenju PTSP-a koja se primjenjuje samostalno ili u kombinaciji s drugim metodama liječenja, jer ne postoji univerzalni i preporučljivi model psihoterapijske metode liječenja PTSP-a. Psihoterapija počiva na fazama liječenja; od početne izgradnje odnosa, preko prorade traume do uspostavljanja i održavanja zadovoljavajućih interpersonalnih odnosa u socijalnom kontekstu. Glavni cilj u psihoterapiji je uspostavljenje osjećaja sigurnosti i kontrole (kako bi se osoba mogla suočiti s traumatskim iskustvom, strahom i anksioznošću povezanom s traumatskim

sjećanjima) te uspostava osobnog integriteta i kontrole (kako bi žrtva traume ponovno našla smisao života) (56).

## **10.2. Kognitivno – bihevioralna terapija**

Kognitivno–bihevioralna psihoterapija je najčešći terapijski pristup i jedna je od psihoterapija PTSP-a. Kognitivna terapija djeluje prije svega na kogniciju, a dugoročno i na ponašanje. Bihevioralna terapija djeluje prvo na ponašanje, a kasnije i na kognitivne procese. Poradi uzajamnog djelovanja, a i zbog niza prednosti zajedničke primjene, te se dvije terapije najčešće kombiniraju (56).

U početku primjene kognitivne terapije vrlo je važno utvrditi koja vjerovanja, stavove i tumačenja pojedinac ima o sebi te o svom problemu ili poteškoći. Kod osoba oboljelih od PTSP-a javljaju se razne kognitivne distorzije koje pogoduju održavanju disfunkcionalnosti. Jedan od zadataka terapeuta je da se pomogne klijentu u mijenjanju disfunkcionalnih vjerovanja, percepcija i pogrešaka u mišljenju, dok je druga zadaća da klijent usvoji razne tehnike prevladavanja stresnih situacija. Terapija uključuje terapiju izlaganjem, kognitivnu terapiju i metodu ovladavanja anksioznosti. Terapija izlaganjem pomaže osobi u suočavanju sa specifičnim situacijama, osobama, objektima, sjećanjima ili osjećajima koji su povezani s traumom i koji bude intenzivni strah. Izvodi se imaginativnim izlaganjem - ponavljanim emotivnim prebrojavanjem traumatskih sjećanja sve dok ne prestanu izazivati visoki stupanj uznemirenosti, ili in vivo izlaganjem situacijama koje su sada sigurne, no još uvijek izazivaju strah jer se povezuju s traumom. Tehnike bihevioralne terapije kod pacijenata s PTSP-em pokazale su se korisnim u uklanjanju intruzija, smanjivanju ili otklanjanju uznemirenosti, kontroli bijesa i samokontroli općenito te pripremi za uspješnije snalaženje u stresnim situacijama (56).

## **10.3. Psihodinamska psihoterapija**

Psihodinamska psihoterapija se između ostalog usmjerava na različite čimbenike koji su mogli utjecati na razvoj PTSP-a kao što su rana iskustva iz djetinjstva, sadašnji odnosi s drugim osobama, te na psihološke mehanizme obrane koje osobe



oboljele od PTSP-a koriste u svrhu zaštite od uznemirujućih misli i događaja. Taj pristup naglašava nesvjesno gdje su pohranjeni uznemirujući osjećaji, pobude i misli koji su previše bolni da bi se suočili s njima. Iako su nesvjesni, oni utječu na ponašanje.

Psihodinamska psihoterapija može biti ekspresivna i suportivna. Ekspresivna je usmjerena na analizu nesvjesnih sadržaja, dok je suportivna psihoterapija usmjerena na jačanje ega, pri čemu se nastoje ojačati postojeće sposobnosti i adaptacijski mehanizmi u svrhu poboljšanja sveukupnog funkcioniranja, bez da se oživljavaju prošla iskustva. Može se provoditi kao individualna, grupna ili bračna psihoterapija, bilo da se je riječ o ekspresivnoj ili suportivnoj psihoterapiji (45).

**Integrativna psihoterapija** pretpostavlja da kod PTSP dolazi do poremećaja unutarnjih i vanjskih granica ega što se očituje kroz bihevioralne, kognitivne i tjelesne simptome uz nesvjesnu anksioznost. Taj model se zasniva kroz pet komponenti:

- pričanje i prepričavanje traumatske priče
- normaliziranje simptoma
- suočavanje s sramom i krivnjom preživjelog
- poticanje vladanja osjećajima
- olakšavanje pronalaženja smisla u životu.

U radu i rehabilitaciji oboljelih od PTSP-a primjenjuje se i psihoedukacija, različiti oblici kreativnih terapija, grupne potpore, terapija izloženosti virtualnoj stvarnosti te socioterapijski klubovi. Navedene su aktivnosti često usmjerene i na obitelj i na okolinu oboljelog.

#### **10.4. Psihofarmakoterapija PTSP-a**

Liječenje PTSP-a otežava kompleksnost njegovih simptoma, a vrlo često i komorbidni poremećaji. Najvažnije je započeti liječenje što je ranije moguće. PTSP ima dvije glavne skupine simptoma koje mogu biti ciljevi medikamentoznog liječenja: osnovne i sekundarne simptome.

Prema DSM-IV-TR, Američkog psihijatrijskog udruženja osnovni simptomi su:

- intruzivno proživljavanje traumatskog doživljaja (noćne more / engl. flashback)
- izbjegavanje podražaja povezanih s traumom
- izbjegavanje, isključivanje i neuživanje
- pojačana podražljivost.

Sekundarni simptomi uključuju: oštećeno funkcioniranje, loše podnošenje stresa i različite komorbidne poremećaje.

Smatra se da kod PTSP-a postoji neravnoteža u velikom broju neurotransmitorskih sustava u središnjem živčanom sustavu, a tu se naročito ističu serotonergični i kateholaminergični sustav. Danas se za medikamentozno liječenje PTSP-a koriste različite skupine lijekova koji djeluju na te neurotransmitore. Gotovo je pravilo da se ne koristi samo jedna skupina lijekova jer ona vrlo često nije sama po sebi dovoljna, a situaciju dodatno kompliciraju komorbidni poremećaji udruženi s PTSP-om (depresija, granični poremećaji ličnosti, panični poremećaj, abuzus alkohola itd.). Bez obzira na različite mehanizme djelovanja lijekova koji se primjenjuju kod PTSP-a, cilj je uvijek isti: smanjiti simptome distresa, ojačati psihološki obrambeni sustav i obnoviti funkcioniranje pojedinca. Liječenje preporučenim antidepresivom prvog izbora preporuča se provoditi od šest do osam tjedana. U slučaju povoljnog terapijskog odgovora preporuča se terapija održavanja u trajanju od dvanaest mjeseci. S obzirom da je anksioznost dosta čest simptom u PTSP-u u terapiju se može uvesti i anksiolitik na kraće vrijeme. Vrlo čest simptom je i nesanica te je, prema zaključcima Međunarodne konsenzusne grupe za PTSP, za istu najbolje dati nebenzodijazepinski hipnotik kojeg bi trebali primiti bolesnici koji više od četiri noći uzastopno imaju problema sa spavanjem.

U kliničkom radu u liječenju osoba s PTSP-em primjenjuju se slijedeći psihofarmaci:

- benzodiazepini ( iako se u stručnoj literaturi vrlo oprezno navode kao terapija PTSP-a, praksa pokazuje njihovu vrlo visoku zastupljenost. Potrebno je istaknuti veliku opasnost od navikavanja na njih u smislu razvijanja ovisnosti)
- anksiolitici (nebenzodiazepinski )
- klasični noradrenergični antidepresivi (maprotilin)

- klasični serotonergični i miješani antidepresivi (klomopramin, imipramin, dezimipramin, amitriptilin i sl.)
- SSRI (SIPPS – selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina )
- MAO (mono - amino – oksidaza ) inhibitori
- Stabilizatori raspoloženja (karbamazepin, natrijev valproat, litij )
- Antiadrenergični lijekovi (propranolol)
- Prekursori sekundarnog glasnika (inositol)
- Brofaromin (kombinacija MAO inhibitora i SSRI-a)
- Niske doze antipsihotika (dopaminergičnih)

Zaključno se može reći da je vrlo važno intervenirati neposredno nakon traume radi preveniranja dugotrajnih posljedica jer s vremenom traumatsko pamćenje postaje rezistentno na liječenje. Dobro samopoštovanje i socijalna podrška su važni u održavanju dugotrajnih zdravstvenih posljedica s pozitivnim ishodom te je stoga uz lijekove vrlo važno umanjiti stres i utjecati na promjene u stilu života pojedinaca (56).

## **11. Liječenje PTSP-a uzrokovanog ratom**

Budući da je svaki veteran poseban slučaj, ne postoji jedinstven plan tretmana. Razvijen je uobičajen slijed postupaka koji se primjenjuju u tretmanu PTSP-a izazvanog borbom. Veterani u većini slučajeva traže pomoć kada su u krizi. Premda netko može godinama osjećati simptome stresa, oni sami rijetko uvjetuju početak tretmana. Mnogi veterani čak te simptome smatraju „normalnim. Tretmanu obično događaj koji je po svojoj naravi sekundaran u odnosu na simptome stresnog poremećaja kao npr. zahtjev za razvod, gubitak zaposlenja ili sukob s pravnim sustavom zbog nasilnog ponašanja ili alkoholizma. Prema psihologu Davidu W.Foyu liječenje PTSP-a kod ratnih veterana odvija se u tri faze: prva faza je krizna intervencija, druga je tzv. faza traume i zadnja faza je faza integracije.

## 1. Faza krizne intervencije

Većina se kriza rješava ili stabilizira tijekom šestotjednog tretmana. Pristup je individualan, prilagođen osobnostima krizne situacije. Kako bi se tretman mogao provesti i da pri tome bude uspješan, najprije je potrebno klijentu zadovoljiti njegove osnovne potrebe, potrebe koje se nalaze na Maslowljevoj ljestvici potreba. Zadovoljavanje potrebe za preživljavanjem i sigurnošću odnose se na stambeno zbrinjavanje klijenta, njegovu redovitu prehranu i ostale osnovne potrebe. Ukoliko one nisu zadovoljene, vrlo su male šanse za uspješno liječenje. Motivacija za nastavljanjem tretmana poslije krizne intervencije može se postići ako se veteranu pomogne otkriti teškoće izazvane PTSP-om u svakodnevnom, civilnom životu. Pritom se veterana nastoji uvjeriti da trenutačna kriza nije izolirana, vremenski ograničen događaj, nego ponovljeno očitovanje problema izazvanih PTSP-om. Dugogodišnji PTSP izazvan borbom kronični je poremećaj koji će i dalje djelovati na veteranov život bez obzira na tretman. U ovoj situaciji se poremećaj procjenjuje i stvaraju preduvjeti za nastavak liječenja.

## 2. Faza traume

Druga faza zasniva se na proučavanju doživljene traume i reakcija na istu traumu. Radi se o osvještavanju i samoispitivanju vlastitih emocija, stavova i vjerovanja o sebi, drugima i svijetu. Takav proces se zove desenzitacija. Njime se mijenjaju postojeći stavovi o doživljenom traumatskom događaju, o samome sebi i okolini. Karakteristika ove faze je skupna terapija koja pokazuje izrazito dobre rezultate prilikom liječenja poremećaja. Zadatak voditelja grupe je stvoriti atmosferu koja će omogućiti veteranima slobodno komuniciranje. Terapeutov zadatak je oblikovanje skupnog procesa uz pomoć različitih postupaka kao što su izravne upute, modeliranje ponašanja te selektivno poticanje nekih tema i oblika interakcije. Terapija se odvija u interakcijskom procesu između ratnih veterana. Veterani iznose svoja iskustva i emocije koja su u velikom broju slučajeva slični što klijentima pomaže u svladavanju različitih teškoća. Za uspješnu grupnu dinamiku svakako je važan terapeut koji bi trebao znati pravilno usmjeriti i voditi skupinu.

### 3. Faza integracije

Faza integracije usmjerena je na socijalno uključivanje žrtve traumatskog iskustva, njegovu prilagodbu na simptome posttraumatskog stresnog poremećaja te stjecanje socijalnih vještina u sigurnoj okolini. Kronična višestruka trauma čije liječenje je bilo odgođeno deset do dvadeset godina ne reagira na kratkoročno liječenje. Rijetko dolazi do potpunog nestanka simptoma.

Ratni PTSP može biti kroničan sa simptomima koji različito reagiraju na liječenje. Psiholog Figley je utvrdio da se pomak od žrtve do preživjelog zbiva građenjem vlastite teorije „ozdravljenja“ koja daje odgovore na pet temeljnih životnih pitanja: 1. Što se događa? 2. Zašto se to dogodilo? 3. Zašto sam to učinio? 4. Zašto sam se ovako ponašao? 5. Kako ću se ponijeti ako se opet to dogodi?

Tako se došlo do mjerila da je terapija gotova ako veteran može opisati što se dogodilo, a da pritom ne bude obuzet pretjeranom žalošću, bijesom i ne pokazuje subjektivnu želju za daljnjim radom. To ne isključuje stanovito emotivno oblikovanje priče, nego znači da pokazivanje osjećaja nije odviše snažno.

Sudjelovanjem u skupnoj terapiji idealna je prilika za razvoj socijalnih vještina i vještina za rješavanje problema, ako su bili zapostavljeni tijekom poremećaja. Što su veterani rječitiji i govorno spretniji u tretmanu, to im se bolje razvija mogućnost kontrole i izražavanja neprijateljskih osjećaja govorom bez tjelesnih obračuna, odnosa bijesa i agresije. Mnogi veterani teško se usredotočuju na druge ljude zbog paralizirajućeg djelovanja traume. S razvojem grupnog povjerenja i kohezije razvijaju se osjećajne veze među članovima pa oni počinju prepoznavati i dijeliti zajednička iskustva iz rata kao i ona poslije njega. Postupno uče odgovarati i na tuđu patnju. Počinju razvijati toleranciju i strpljivost promatrajući tuđu duševnu patnju. Grupa terapija im pomaže izaći iz svoje društvene izolacije i dati im priliku uvježbati svoje zadržane društvene vještine. Grupa može veteranu pomoći u resocijalizaciji, istodobno pružajući mu potporu i stvaran pogled na njegova ratna iskustva. Također, može mu dati iskrenu i vrijednu povratnu informaciju o sebi, povratnu informaciju koju je možda voljan čuti samo od onih koji su „bili tamo“ (56, 54).

## 12. Prevencija PTSP-a

Posebno važnu ulogu u procesu prevencije i liječenja PTSP-a imaju liječnici obiteljske medicine jer oni najčešće prvi dođu u kontakt s psihotraumatiziranim osobama. Na njima je procijeniti treba li bolesnik daljnju specijalističku obradu ili im je dovoljno pružiti psihosocijalnu podršku i psihoedukaciju, koje su posebno važne u prva dva tjedna nakon traume. Iako će razvoj PTSP-a ovisiti o različitim čimbenicima, nakon proživljene traume važnu preventivnu ulogu igra upravo pravilna i pravodobna psihoedukacija. Time se podiže razina znanja psihotraumatizirane osobe o poremećaju, njegovim simptomima i vlastitom ponašanju.

U preventivne postupke ulazi pravodobna i odgovarajuća psihoedukacija te metode koje su poznate pod imenom psihološkog debriefinga. Psihoedukacija se provodi s ciljem pružanja pomoći u razumijevanju i upravljanju reakcijama na traumatski događaj. Podrazumijeva se pružanje informacija o stresu i traumi te ponašajnim, psihološkim i fiziološkim reakcijama na traumu kao i o tehnikama suočavanja. Liječnici obiteljske medicine bi trebali imati značajnu ulogu u psihoedukaciji i trebali bi poticati bolesnika na razgovor s obitelji i prijateljima o proživjelom traumatskom iskustvu. Trebali bi isticati koliko je važno podijeliti vlastite emocije s osobama u koje bolesnik ima povjerenje i osjeća sigurnost.

Metoda koja se može primijeniti neposredno nakon traume jest debriefing. Prva ju je opisala Mitchell 1983. godine i nazvala ju kritični debriefing nakon situacijskog stresa (engl. Critical incident stress debriefing – CISD), nakon čega se razvilo nekoliko sličnih intervencija koje se nazivaju psihološki debriefing. Psihološki debriefing se primjenjuje kod osoba izloženih traumatskom događaju, obično nekoliko sati ili dana nakon njega i u jednoj primjeni, a odnosi se na edukaciju o normalnim reakcijama vezanim za traumu te ohrabivanje da se podijele emocionalne reakcije i iskustva vezana uz traumatski događaj.

Na osnovu dostupnih dokaza preporuča se da se osobama nakon traumatskog događaja omogući odgovarajuća rana potpora, odnosno praktična i korisna psihološka potpora na empatičan način. Također je potrebno omogućiti informacije koje se odnose na vještine suočavanja s traumatskim događajem te na mogućnost

primanja potpore iz okoline, te eventualno na to gdje kasnije potražiti pomoć ako bude potrebna.

### **13. Uloga kluba u liječenju PTSP-a**

Turbulentne ratne situacije dovode do veće potrebe korisnika usluga psihijatrijskih službi. Zbog tih potreba putem vladinih i nevladinih organizacija izvan zdravstvenog sustava stvoreni „izvanbolnički rehabilitacijski programi“.

U Hrvatskoj je tijekom 1993. godine Vladin operativni stožer imenovao psihijatrijski odjel KB Dubrava Nacionalnim centrom za psihotraumu. Na stečenim iskustvima kreiran je i Nacionalni program psihosocijalne pomoći sudionicima i stradalnicima z Domovinskog rata, koji se uspješno provodi od 1995. godine. Promatrajući složenost problema ratnih veterana terapija njihovih tegoba je zahtjevna. Na nju možemo odgovoriti samo integralnim pristupom. Takav pristup se pokazao najučinkovitijim oblikom preventivnoga i terapijskog rada s tom populacijom. Dio takvog integralnog pristupa je upravo i klub.

Klub pripada socioterapijskim oblicima liječenja. Socioterapija se koristi, u svoje terapijske svrhe, terapijskim grupnim potencijalom. Klub djeluje terapijski putem svojega organizacijskog oblika i putem tretmana koji se u njemu provodi. Može biti dio bolnice ili samostalna institucija. Najčešće su članovi klubova liječeni psihijatrijski bolesnici koji organiziraju kulturno-zabavne djelatnosti, razmjenjuju mišljenje o različitim temama, iznose osobna iskustva, uzajamno se savjetuju i eventualno dogovaraju sastanke izvan kluba.

Članovi kluba se ne osjećaju bolesnicima, iako se u klubu nalazi medicinsko osoblje. Ozračje u klubu je opušteno i spontano i ostvaruje ga sam član kluba, koji je ujedno nositelj cjelokupne klupske djelatnosti. Članovi kluba mogu biti prijatelji ili obitelj bivšeg bolesnika. U njemu, kao grupnom potencijalu, dolazi do razvijanja grupne pripadnosti. Klub djeluje kako uz pomoć psihoterapijskog tretmana tako i preko svoje organiziranosti. Prihvatljivi su i susreti članova izvan kluba, a i realnost, što je važno za one članove koji se liječe psihoterapijom gdje je često prisutna fantazija. U klubu članovi mogu stvoriti i osjećaj „idealne obitelji“.

Klub smanjuje anksioznost i pomaže u prihvaćanju vlastite ličnosti. Prihvaćaju se i druge ličnosti što je značajno u otklanjanju preosjetljivosti i sklonost k izolaciji. Također smanjuje se stigmatizacija društva i utječe na smanjenje suicidalnih ideja tako što ih oni mogu kontrolirati. Odgovornost i inicijativa je na članovima kluba. Klub pomaže sazrijevanju ličnosti članova (54).

*„Hrvatski su ratnici - junaci i ovom pravednom ratu za opstanak svoje Domovine još jednom ispunili povijesni zavjet Hrvata.“*

*Pripadnik 7. gardijske brigade, 1992.*

## **14. Obitelj kao važna stanica u radu s veteranom**

Obitelj je od presudne važnosti za stradalnika Domovinskog rata. Kao što je obitelj nukleus svake osobnosti, tako je i obitelj kamen temeljac za kvalitetnije suočavanje sa posljedicama Domovinskog rata. U obitelji stradalnik pronalazi smisao, snagu, pomoć, razumijevanje te poticaj za hrabrije nošenje, suočavanje te prihvaćanje vlastite bolesti i invalidnosti. Naime obitelj je u neposrednom kontaktu sa stradalnikom te kao što obitelj trpi u slučaju pojedinice ovisnosti tako i trpi u slučaju bolesti ili invalidnost kao posljedicama rata. Ukoliko stradalnik ima podršku i razumijevanje cijele obitelji lakše će se nositi sa poteškoćama, u suprotnome nažalost stječe se dojam da je stradalnik jednostavno osuđen na propast. Nažalost mnogi stradalnici nemaju podršku obitelji jer je danas obitelj u krizi. Bez podrške obitelji vrlo je teško govoriti o kvalitetnijem rješavanju posljedica Domovinskog rata. Kao što su na početku naši branitelji nosili krunicu oko vrata, tako i sada moraju preko osobne molitve, vjere i pouzdanja tražiti snagu za nošenje vlastitih poteškoća.



## 15. Zaključak

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) je jedan od najkompleksnijih psihijatrijskih poremećaja. Unatoč tome što je prevalencija PTSP-a vrlo visoka i što se PTSP pojavljuje u komorbiditetu s različitim psihijatrijskim i tjelesnim poremećajima, još uvijek se raspravlja o validnosti ove dijagnostičke kategorije.

U Hrvatskoj PTSP nije samo jedna od dijagnostičkih kategorija, već i više od toga jer se poistovjećuje s Domovinskim ratom, odnosno s ratnom traumom. Kod nas on dobiva oznake nacionalne posebnosti i svakodnevno smo svjedoci novih žrtava.

PTSP utječe i ima posljedice, ne samo na bolesnika, nego i na njegovu obitelj te šire društveno okruženje.

Engleski novinar i povjesničar Ben Shepard koji se bavio istraživanjem PTSP-a zaključio je da uz individualni pristup važno uključiti i cjelokupno društvo. U svom tekstu on kaže da ako zapovjednici i političari dobro obave svoj posao, najvažniji dio psihijatrije bit će već napravljen, a ako ne, to će u mnogome otežati rad psihijatra.

Oboljele osobe od PTSP-a zahtijevaju poseban pristup i skrb, vrlo je važno oboljelima osigurati preventivne preglede, adekvatno savjetovati i informirati oboljele i članove njihovih obitelji

Najteže je pronaći jezik koji potpuno i uvjerljivo prenosi sve što je netko proživio.

Jednako je teško ako ne i teže kreirati atmosferu (terapijsku, psihoterapijsku, društvenu ) za uspješan oporavak i izlječenje oboljelih od PTSP-a.

## **16. Zahvale**

Zahvaljujem se svojoj mentorici doc. dr. Tei Vukušić Rukavini na iscrpnom vođenju i moralnoj podršci te članovima komisije doc. dr. Zorani Kušević i doc. dr. Ani Borovečki.

Također zahvaljujem kolegama braniteljima i svim suborcima.

## 17. Literatura

1. Stein DJ, Zohar J. Introduction. CNS Spectr. 2009;14 (Suppl 1):4.
2. Gabriel, R. Nema više heroja: ludilo i psihijatrija u ratu. Zagreb: Alfa, 2001.
3. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed., Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 1980.
4. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, Temporary Revised 1st ed., Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 2000.
5. Gaebel W. Status of psychotic disorders in ICD-11. Schizopr Bull 2012; 38: 895-8.
6. Folnegović-Šmalc V. Posttraumatski stresni poremećaj. Medix; Vol. 16, No. 89/90. 2010.
7. Holdorf B. Dening T., The fight for traumatic neurosis, 1889.-1916., Herman Oppenheim and his opponents in Berlin. His. Psychiatry 2011.; 22:465-76
8. Peters DC. Remarks on the evils of youthful enlistments and nostalgia. American Medical Times 1863.; 6:75-6
9. Da Costa JM. On irritable heart a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. Am. J Med Sci 187.; 61:17-52
10. Eder MD. War-shock the psycho-neuroses in war psychology and treatment. London W. Heinemann 1918.
11. Jarcho S. Harlow Brooks on neurocirculatory asthenia in World War I, Am. J Cardiol. 1966.; 18:892-7
12. Jones E. Wessely S. Shell shock to PTSD. Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War. New York: Psychology Press 2005.
13. Fraser FR. Effort syndrome in the present war. Edinb Med J. 1940. ; 47:451-65
14. Paul O. Da Costa's syndrome or neurocirculatory asthenia. Br. Heart J. 1987.; 58: 306-15. Grinker RR, Spiegel JP. Men under stress. Philadelphia: Blakiston; 1945.
16. Mendible M. Post Vietnam syndrome national identity, war and the politics of humiliation. Radical Psychology Preuzeto s:  
<http://www.radicalpsychology.org/vol71boundy-html/>
17. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders., Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 1980.

18. Boscarino JA, Adams RE PTSD onset and course following the World Trade Center disaster Findings and implications for future research. *Soc. Psychiatry Epidemiol* 2009.; 44:887-98
19. Brady KT. Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognizing many faces of PTSD. *J Clin Psychiatry*. 1997;58:12-5
20. Kozarić-Kovačić D, Kocijan-Hercigonja D. Assessment of post-traumatic disorder and comorbidity. *Mil Med*. 2001;160:677-80
21. Kozarić-Kovačić D, Borovečki A. Prevalence of psychotic comorbidity in combat-related posttraumatic stress disorder. *Mil Med*. 2005;170:223-6.
22. Hamner MB. Psychotic features and combat-associated PTSD. *Depress Anxiety*. 1997;5:34-8
23. Ivezić S, Bagarić A, Oruč L, Mimica N, Ljubić T. Psychotic symptoms and comorbid psychiatric disorders in Croatian combat-related posttraumatic stress disorder patients. *Croat Med J*. 2000;41:179-183
24. Maes M, Delmeire L, Mylle J, Altamura C. Risk and preventive factors of post-traumatic stress disorder (PTSD): alcohol consumption and intoxication prior to a traumatic event diminishes the relative risk to develop PTSD in response to that trauma. *J Affect Disord*. 2001;63:113-21
25. Andrews B, Brewin CR, Philott R, Stewart L. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1319-26
26. Ehlers A. Post-traumatic stress disorder. U: Gelder MG, Andreasen NC, Lopez-Ibor JJ Jr, Geddes JR, ur. *New Oxford textbook of Psychiatry*. 2 edition. Vol. I New York: Oxford University Press Inc; 2009, str. 700-13.
27. Smd GE, Mooren TTM, Van der Mast RC, Gersons PBR, Kleber RJ. Delayed posttraumatic stress disorder systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. *J Clin Psychiatry*. 2009;70:1572-82
28. Horesh D, Solomon Z, Zerach G, Ein-Dor T. Delayed-onset PTSD among war veterans: the role of life events throughout the life cycle. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46:863-70
29. Mihanović M, Restek-Petrović B, Kezić S. Ocjenjivanje radne sposobnosti oboljelih od PTSP-a. U: Kocijan-Hercigonja D, Kozarić-Kovačić D, ur. *Radna sposobnost i PTSP*. Zagreb: Nacionalni centar za psihotraumu KB Dubrava; 2001, str. 67-80.

30. Zerach G, Solomon Z, Horesh D, Ein-Dor T. Family cohesion and posttraumatic intrusion and avoidance among war veterans: a 20-year longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48:205-14.
31. Tiet QQ, Finney JW, Moos RH. Recent sexual abuse, physical abuse, and suicide attempts among male veterans seeking psychiatric treatment. *Psychiatr Serv.* 2006;57:107-13.
32. Klarić M. Posttraumatski stresni poremećaj. U: Frančičković T, Moro, Lj., ur. *Psihijatrija.* Zagreb: Medicinska naklada; 2009, str. 279-88.
33. Litz BT. Early intervention for trauma and traumatic loss. New York: Guilford Press; 2004.
34. Thomas É, Saumier D, Brunet A. Peritraumatic distress and the course of posttraumatic stress disorder symptoms: a meta analysis. *Can J Psychiatry.* 2012;57:122-9.
35. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2003;129:52-73.
36. Breslau N, Troost JP, Bohnert K, Luo Z. Influence of predispositions on posttraumatic stress disorder: does it vary by trauma severity? *Psychol Med.* 2013;43:381- 90.
37. Daniels JK, Coupland NJ, Hegadoren KM, Rowe BH, Densmore M, Neufeld RWJ, i sur. Neural and behavioral correlates of peritraumatic dissociation in an acutely traumatized sample. *J Clin Psychiatry.* 2012;73:420-6.
38. Regel S, Joseph S. Post-traumatic stress. New York: Oxford University Press Inc.; 2010.
39. Nelson C, Cyr KS, Corbett B, Hurley E, Gifford S, Elhai JD, i sur. Predictors of posttraumatic stress disorder, depression, and suicidal ideation among Canadian forces personnel in a National Canadian Military Health Survey. *J Psychiatr Res.* 2011;45:1483-8.
40. Agaibi CE, Wilson JP. Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse.* 2005;6:195-216.
41. Kušević Z., Mršić Husar S., Prosinečki N., Kulenović Somun A., Babić G., Vukušić H., i sur. Odnos intenziteta posttraumatskog stresnog poremećaja izazvanog ratnom traumom i socijalne podrške. *Soc Psihijat.* 2012;40:70-5.
42. Jakšić N, Brajković L, Ivezić E, Topić R, Jakovljević M. The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatr Danub.* 2012;24:256-66.

43. Davison G.C. Neale M. Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja, Naklada slap, Jastrebarsko, 1999. Str. 180-184
44. Svjetska zdravstvena organizacija. MKB-10. Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Klinički opisi i dijagnostičke smjernice. Deseta revizija. Zagreb: Medicinska naklada; 1999.
45. Kozarić-Kovačić D, Kovačić Z, Rukavina L. Posttraumatski stresni poremećaj Medix 2007.; 71:102-6
46. Marinić, I. 2014. Integrirani dijagnostički postupak za posttraumatski stresni poremećaj. Sveučilište u Zagrebu
47. Tull MT, Barret HM, McMillan ES, Roemer L. A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. Behav Ther 2007.; 38:303-13
48. Keane TM, Caddell JM, Taylor KL. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. J Consult Clin Psychol 1988;56:85-90.
49. Butcher JN, Williams CL. Bitne odrednice interpretacija MMPI-2 i MMPI-A inventara, prijevod knjige Essentials of MMPI-2 and MMPI-A interpretation, Krizmanić M ur. i prijevod hrvatskog izdanja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2000.
50. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, i sur. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. J Trauma Stress 1995;8:75-90.
51. Thurston RC, Matthews KA, Hernandez J, De La Torre F. Improving the performance of physiologic hot flash measures with support vector machines. Psychophysiology 2009;46:285-92.
52. Krizmanić, M. Psihološka obrana boraca u posebnim uvjetima. Zagreb: Ministarstvo obrane Republike Hrvatske, Uprava za informativno psihološku djelatnost. 1992.
53. Gruden V. Uloga kluba u liječenju posttraumatskog stresnog poremećaja. U: Gregurek R, Klain E, ur. Posttraumatski stresni poremećaj; hrvatska iskustva. Zagreb: Medicinska naklada ;2000, str. 199-201
54. Ministarstvo branitelja Republike Hrvatske. Nacionalni program psihosocijalne i zdravstvene pomoći sudionicima i stradalnicima Domovinskog rata, Drugog svjetskog rata te povratnicima iz mirovnih misija: Ministarstvo branitelja 2014.

55. Koić E, Filaković P, Mužinić L, Vondroček S, Nađ S, Klub hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata liječenih od PTSP-a kao oblik psihosocijalne rehabilitacije, u: Liječnički vjesnik 2005;12 .str.44-47
56. Ministarstvo branitelja Republike Hrvatske. Praćenje pobola i smrtnosti hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji: Ministarstvo branitelja 2015.
57. Gregurek R., Klain E., ur. Posttraumatski stresni poremećaj, hrvatska iskustva, Zagreb Medicinska naklada 2000.

## 18. Životopis

Ime i prezime: Stanko Šincek

Datum rođenja: 27.07.1958.

Adresa: Josipa Kozarca 20, 42000 Varaždin

Kontakt:098 482 054

e-mail: stanko.sincek@gmail.com

Obrazovanje:

1973. - 1977.

Srednja medicinska škola Varaždin

1983. - 1985.

Zdravstveno veleučilište u Zagrebu

Smjer: Viši medicinski tehničar

2015. - 2017.

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet

Smjer: Diplomski studij sestrinstva

Radno iskustvo:

1978. - 1991.

Opća bolnica Varaždin – djelatnost za anesteziologiju i reanimaciju i intenzivno liječenje.

1991. - 1995.

Hrvatska vojska – Načelnik zdravstvene struke 7. Gardijske brigade „PUMA“

1996. - sada

Gradsko društvo Crvenog križa Varaždin – interventni tim

Strani jezik: Njemački