

Posttraumatski stresni poremećaj

Svalina, Ana-Marija

Master's thesis / Diplomski rad

2015

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:105:866650>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-04-03**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Ana-Marija Svalina

Posttraumatski stresni poremećaj

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2015.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Klinici za psihološku medicinu pod vodstvom prof.dr.sc. Rudolfa Gregureka i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2014/2015.

Popis kratica

APA- Američka Psihijatrijska Udruga (American Psychiatric Association)

DSM- Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema

Sadržaj

Sažetak

Summary

1. Uvod.....	1
2. Povijest posttraumatskog stresnog poremećaja.....	2
3. Trauma i posttraumatski stresni poremećaj.....	4
4. Domovinski rat i posttraumatski stresni poremećaj.....	5
5. Klinička slika.....	6
5.1. Dijagnostička obilježja.....	9
5.2. Rizični i prognostički čimbenici.....	13
6. Diferencijalna dijagnoza.....	13
7. Liječenje.....	16
7.1. Liječenje psihoterapijom.....	17
7.2. Psihodinamska terapija.....	19
7.3. Kognitivno-bihevioralna terapija.....	Error! Bookmark not defined.
7.4. Liječenje farmakoterapijom.....	21
8. Uloga medicinske sestre u liječenju posttraumatskog poremećaja.....	22
9. Zahvale.....	25
10. Literatura.....	256
11. Životopis.....	27

Sažetak

Naziv teme: Posttraumatski stresni poremećaj

Autor rada: Ana-Marija Svalina

Ljudska povijest isprepletena je sukobima, nemirima i brojnim drugim stresnim događajima koji uvelike utječu na osobu. U današnje doba, ubrzanim tempom življenja i stalnim izlaganjem raznim opasnostima, ljudi su sve više izloženi traumatskim događajima i iskustvima, bilo kao žrtve ili svjedoci nasilja, što može dovesti do razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja.

Prije nešto više od dvadeset godina i hrvatsku je povijest obilježio rat te iako je završio, Republika Hrvatska se suočava s njegovim posljedicama, a jedna od njih je i velik broj osoba koje pate od posttraumatskog stresnog poremećaja. Posttraumatski stresni poremećaj kompleksan je psihički poremećaj koji se javlja od početka civilizacije, ali je kao takav definiran tek prije nešto više od (tri)desetak godina. Posttraumatski stresni poremećaj kao i mnogi drugi psihijatrijski poremećaji utječu ne samo na bolesnika nego i na cijelu njegovu obitelj i šire društveno okruženje. Budući da se tijekom vremena simptomi poremećaja kronificiraju on poprima kroničan oblik te sposobnost bolesnikova funkcioniranja u svakodnevnom životu i radnom okruženju pada, a pravodobno dijagnosticiranje, liječenje i prevencija vrlo su važni za bolesnika. Liječenje posttraumatskog poremećaja obuhvaća farmakoterapiju, kognitivno-bihevioralnu i psihodinamsku terapiju te druge oblike psihoterapija. Uloga medicinske sestre kod bolesnika koji pate od posttraumatskog stresnog poremećaja vrlo je širokog razmjera. Počevši prije svega od odgovarajućih komunikacijskih vještina, pa do složenijih procesa sestrinske skrbi za takvog pacijenta. Za rad s takvim bolesnicima potrebno je mnogo znanja, strpljivosti i empatije.

Ključne riječi: trauma, stres, posttraumatski stresni poremećaj

Summary

Topic of the thesis: Post-traumatic stress disorder

Author of the thesis: Ana-Marija Svalina

The human history is made out of the intertwined conflicts, turmoil and numerous different stressful events that have a great influence on a person. In today's world, when fast pace of living and exposure to different risks is a common thing, people are more and more exposed to traumatic events and experiences, either as victims or witnesses of violence which can lead to development of post-traumatic stress disorder.

A little more than twenty years ago Croatian history was marked by war and, although it finished, Croatia today is still facing its consequences, one of which is a large number of people suffering from post-traumatic stress disorder. Post-traumatic stress disorder is a complex psychiatric disorder that occurs since the beginning of the civilization, but only to be defined about thirty years ago. Post-traumatic stress disorder, like many other psychiatric disorders, affects not only the patient but also his family and his wider social surroundings. Over the time, the symptoms of the disorder progress and the disorder itself becomes chronic. Consequently, the patient's ability to function in everyday life and work environment drops, and it only shows how important the early detection, treatment and prevention are for a patient. Post-traumatic stress disorder treatments involve pharmacotherapy, cognitive-behavioral psychotherapy, psychodynamic psychotherapy and other psychotherapies. The role of a nurse covers a wide spectrum of necessary abilities, when it comes to patients who suffer from post-traumatic stress disorder. From appropriate communication skills up to complex processes of nurse care required for that type of patient. Taking care of patients who suffer from post-traumatic stress disorder requires a great amount of knowledge, patience and empathy.

Key words: trauma, stress, Post-traumatic stress disorder

1. Uvod

Ljudska povijest isprepletena je sukobima, nemirima i brojnim drugim stresnim događajima koji uvelike utječu na osobu. U današnje vrijeme, ubrzani tempom življenja i stalno izlaganjem raznim opasnostima, ljudi su sve više izloženi traumatskim događajima i iskustvima, bilo kao žrtve ili svjedoci nasilja.

Različiti mediji konstantno nas obavještavaju o nesrećama, prirodnim katastrofama, ratovima, ubojstvima, terorističkim napadima te brojnim drugim stresnim i potencijalno traumatskim situacijama. Velik dio populacije svakodnevno proživljava traumatska iskustva, od kojih su mnoga dugotrajna. Također, nesreće i razne traumatske situacije često su iznenadne i osoba ne može znati kada bi se mogla naći u jednoj od njih. Upravo iz tog razloga ukazuje se sve veća potreba za razumijevanjem osoba koje su proživjele takva iskustva, kako bi se pomoglo njima, ali i svima koji će takva iskustva tek proživjeti. Općenito, traumatski događaji imaju mnoga zajednička obilježja bez obzira događaju li se u javnoj sferi politike ili unutar privatnih sfera seksualnog zlostavljanja i nasilja u obitelji (Herman, 1992). Ipak, koliko god ljudi bili različiti, kod svih je reakcija na traumatski događaj gotovo ista. Mnogo je posljedica koje sa sobom donosi traumatski događaj, a jedna je od mogućih i razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja. Kao relativno novije definirana dijagnoza, posttraumatski stresni poremećaj često je proučavan od strane brojnih znanstvenika, a razlog tomu njegova su rasprostranjenost i kompleksnost njegovih simptoma.

U ovom radu prvo će biti prikazana povijest posttraumatskog stresnog poremećaja zatim njegova klinička slika, dijagnostička obilježja te obilježja koje dovode do njegova nastanka ili prevencije njegova nastanka. Potom će biti opisani poremećaji za koje postoji mogućnost da se, zbog kompleksnosti simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja, pogrešno dijagnosticiraju osobama s posttraumatskim stresnim poremećajem. Zatim će biti opisani neki od tretmana kojima se nastoji liječiti posttraumatski stresni poremećaj te uloga medicinske sestre u liječenju posttraumatskog stresnog poremećaja.

2. Povijest posttraumatskog stresnog poremećaja

Opisi psihičkih smetnji izazvanih iznenadnim traumatskim doživljajima kao što su prirodne katastrofe ili ratna stradanja postojali su u stručnoj i popularnoj literaturi puno prije službenog uvođenja posttraumatskog stresnog poremećaja u priručnik. Posttraumatski stresni poremećaj psihički je poremećaj koji se javlja od početka civilizacije, ali je kao takav definiran tek prije nešto više od (tri)desetak godina.

Ovaj poremećaj prvo je opisan u vojnika koji su sudjelovali u Američkom građanskom ratu. U to doba velika pažnja usmjeravana je na učestale teškoće vezane uz kardiovaskularni sustav kod traumatiziranih vojnika. Upravo je to začetak duge tradicije povezanosti posttraumatskog stresnog poremećaja i „srčane neuroze“. To se posebno očituje u terminima kao što su „iritabilno srce“, „vojničko srce“ pa sve do termina iz Prvog svjetskog rata kao što su „poremećaji srca vezani za brojne aktivnosti“ i „neurocirkulatorna astenija“. Psihičke probleme vojnika koji su sudjelovali u Prvom svjetskom ratu stručnjaci tog doba smatrali su funkcionalnim pa su ih označavali terminom „šok od granate“. Strahote Drugog svjetskog rata donijele su nova klinička iskustva. Brojna istraživanja tegoba osoba koje su proživjele užase koncentracijskih logora uvela su pojam „sindrom koncentracijskog logora“. Neuroze veterana Drugog svjetskog rata dovele su do definiranja kategorije velike stresne reakcije u prvom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (DSM-I) 1952. godine (Gregurek, 2000). Poremećaj je po definiciji bio akutan i reverzibilan, no nisu bili specificirani karakteristični simptomi (Gilić, Tičić, 2002).

Iako prvi DSM priručnik nije imao detaljan kriterij za dijagnosticiranje kakav postoji danas, u njemu je predložena dijagnoza za osobe koje su prethodno bile relativno normalne, ali su imale karakteristične simptome kao rezultat njihova iskustva s ekstremnim stresorima poput civilne katastrofe ili ratnog sukoba. Ipak, na vrhuncu Vijetnamskog rata, kada je objavljen DSM-II (1968), ta je kategorija izbačena. Bloom navodi kako je John Talbott, budući predsjednik Američke psihijatrijske udruge, zatražio povratak te dijagnostičke kategorije do sljedeće godine, 1969. Smatrao je kako je ona potrebna zbog svojih opažanja nastalih za vrijeme službe u Vijetnamu kao psihijatar te jer nije bilo načina da se obuhvate simptomi koje je on opazio s tadašnjim dijagnostičkim sustavom. Ipak, do povratka slične kategorije prošlo je nešto više od deset godina.

Tijekom 1970-tih godina velik broj socijalnih pokreta u SAD-u i svijetu privukao je pažnju na reakcije uslijed interpersonalnog nasilja i ratnih sukoba, a pokreti žena na seksualno i fizičko zlostavljanje putem raznih protesta i grupa za podizanje svijesti. Zakoni su mijenjani kako bi odražavali stav da su slučajevi zlostavljanja u obitelji društveni, a ne samo obiteljski problem. Istraživanja toga vremena, poput onih Kempa i suradnika (Gray, Cutler, Dean, & Kempe, 1977; Schmitt & Kempe, 1975) Burgesa i Holmstroma (1973, 1974) i Walkera (1979) rezultirala su opisom raznih sindroma poput „sindroma dječjeg zlostavljanja“, „sindroma traume nakon silovanja“ i „sindroma izubijane žene“, te su iznjedrila cijelu generaciju istraživanja koja su se bavila takvim temama. Opisi odgovora na takve oblike interpersonalnih trauma bili su gotovo identični odgovorima koje su opisali milijuni veterana iz Vijetnamskog rata (Gregurek, 2000). Kao rezultat toga, kada je razmatrana revizija DSM priručnika, reakcije na sve traumatske događaje svrstane su u jednu kategoriju.

Naziv posttraumatski stresni poremećaj osmislila je Američka psihijatrijska udruga 1980. godine (Shepard, 2007). Tada je u DSM-III priručniku (American Psychiatric Association, 1980) prvi put posttraumatski stresni poremećaj uključen kao službena dijagnoza. Posttraumatski stresni poremećaj, klasificiran kao anksiozni poremećaj, imao je četiri kriterija: (1) postojanje prepoznatljivog stresora koji bi izazvao stres kod gotovo svakoga; (2) najmanje jedan od tri tipa simptoma ponovnog proživljavanja traumatskog događaja (povratna i intruzivna sjećanja na događaj, česti snovi o događaju te iznenadno ponašanje kao da se traumatski događaj ponovno odvija); (3) barem jedan indikator slabljenja odgovora ili smanjena uključenost u svijet (smanjen interes za aktivnosti, osjećaj otuđenosti i nezainteresiranosti, suženi afekti); i (4) barem dva od niza drugih simptoma uključujući pretjeranu uzbuđenost ili uplašenost, poremećaje sna, krivnju zbog preživljavanja, gubitak pamćenja ili probleme koncentracije, izbjegavanje aktivnosti koje podsjećaju na traumu ili pojačavanje simptoma u situacijama sličnim traumatskom događaju. Izdvojena su i dva podtipa: akutni, koji se razvija unutar prvih 6 mjeseci i kronični ili zakašnjeli, s početkom i trajanjem nakon više od 6 mjeseci (Friedman, et al. 2007).

U reviziji DSM-III priručnika, DSM-III-R (APA, 1987), prepravljani su i postavljeni kriteriji za dijagnozu posttraumatskog stresnog poremećaja koji, u većem dijelu, vrijede i danas. Utvrđeno je 5 kriterija: (A) kriterij stresora, (B) simptomi ponovnog proživljavanja (barem jedan), (C) simptomi izbjegavanja (barem tri), (D) simptomi pobuđenosti (barem dva), i (E) kriterij trajanja od 1 mjeseca. DSM-IV objavljen je 1994. godine i prerađen 2000. godine (American Psychiatric Association, 1994, 2000). Uvedeno je nekoliko promjena u dijagnozi

posttraumatskog stresnog poremećaja, pri čemu je kriterij A podijeljen na dva dijela: (1) osoba je iskusila, prisustvovala ili je suočena s događajem ili događajima koji uključuju smrt ili prijetnju smrću, tešku povredu ili prijetnju teškom povredom, ili prijetnju vlastitom ili tuđem psihičkom integritetu i (2) odgovor osobe na traumatski događaj uključuje intenzivan strah, bespomoćnost ili užas. Jedna stavka iz kategorije pobuđenosti (psihološka reaktivnost na izloženost simptomima traume) premještena je u kriterij ponovnog proživljavanja. Zadnja značajna promjena odnosi se na to da simptomi moraju uzrokovati značajno ometanje ili oštećenje u nekim područjima funkcioniranja (kriterij F) (APA, 2013). Nedavno, 2013. godine, objavljen je i DSM-V te se danas za dijagnozu posttraumatskog stresnog poremećaja koriste kriteriji navedeni u njemu.

3. Trauma i posttraumatski stresni poremećaj

Pojam trauma zauzima posebno mjesto u području stresa i načinu suočavanja sa stresom.

Trauma se definira kao događaj koji je izvan granica uobičajenog ljudskog iskustva i koji je za svakog izrazito neugodan. To su događaji koji uključuju smrt ili prijetnju smrću, tešku ozljedu ili prijetnju vlastitom ili tuđem integritetu. Kod takvih događaja ljudi reagiraju intenzivnim strahom i imaju osjećaj bespomoćnosti i užasa (Jakšić, 2014).

Zbog velikog intenziteta proživljavanja traume koji dovodi do patnje, razlikujemo traumatski događaj od stresnog. Kod traumatskog događaja nije bitno u kakvom je osoba psihofizičkom stanju bila prije takvog događaja niti kakvi su bili njezini načini suočavanja. Veoma je bitan intenzitet događaja, a ne čimbenici koji osobu čine osjetljivom na stres, te se reakcije na traumatsko iskustvo smatraju neizbježnima. Iako iskazivanje simptoma i sadržaj reakcija na traumu mogu varirati u odnosu na dob, prirodu traume i njezinu značenju za osobu, opći oblik posttraumatskih reakcija jednak je za sve osobe. Kada intenzitet tih reakcija, opseg i trajanje prijeđu određenu mjeru, govori se o posttraumatskom stresnom poremećaju, odnosno o patološkom obliku reakcije na traumu.

Prema MKB-10 posttraumatski stresni poremećaj se definira kao „zakašnjeli ili produženi odgovor na stresni događaj ili situaciju (bilo kratkog ili dugog trajanja) izuzetno ugrožavajuće ili katastrofalne prirode, koji će vjerojatno u gotovo svakog uzrokovati pervazivni distress“ (MKB 10, 1999).

4. 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 posttraumatskog stresnog poremećaja. U Hrvatskoj je posttraumatski stresni poremećaj problem o kojem se puno govori, a u javnosti malo zna o njegovoj zastupljenosti i kod branitelja i kod svih vrsti ratnih stradalnika. U Domovinskom ratu, u razdoblju 1990.-1996. godine, sudjelovalo je 502.678 hrvatskih branitelja, ranjeno ih je ili ozlijeđeno 30.141 (Plačko, 1999), a poginulo ih je 8147 (Živić, 2005).

Iako je Domovinski rat završio, Republika Hrvatska suočava se s njegovim posljedicama, a jedna od njih je i velik broj osoba koje pate od posttraumatskog stresnog poremećaja. PTSP je u godinama nakon Domovinskog rata jedan od češćih razloga psihičkog liječenja, kako ambulantno tako i bolnički (Folnegović-Šmalc, 2010). Ovaj 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 moguće je i razvijanje ovisnosti o alkoholu ili drogama. Postoji velik dio branitelja koji se liječe godinama, kod kojih su simptomi reducirani pa bolje ili dobro funkcioniraju, ali unatoč tome dolaze na povremene kontrole, bilo radi komorbiditeta ili radi prevencije recidiva. No također, velik postotak branitelja je umirovljen, ali su i dalje u ambulantnom tretmanu (Folnegović-Šmalc, 2010). Kod dijela tih bolesnika povremeno se javljaju recidivi, koji su provocirani daleko blažim traumatskim događajem nego što je bio onaj koji je prethodio razvoju posttraumatskog stresnog poremećaja (Folnegović-Šmalc, 2010). Neke se, pak, osobe javljaju u nadi da će im biti dijagnosticiran posttraumatski stresni poremećaj kako bi od toga imali određene koristi (npr.

financijske ukoliko su branitelji iz Domovinskog rata), pri čemu samo hine razne simptome posttraumatskog stresnog poremećaja. Neovisno o slučaju, bolje poznavanje i demistifikacija problema posttraumatskog stresnog poremećaja omogućili bi njegovo lakše prepoznavanje, preventivu i kvalitetniji tretman.

5. Klinička slika

Posttraumatski stresni poremećaj kao i mnogi drugi psihijatrijski poremećaji utječu ne samo na bolesnika nego i na cijelu njegovu obitelj i šire društveno okruženje. Budući da se tijekom vremena simptomi poremećaja kronificiraju on poprima kroničan oblik te sposobnost bolesnikova funkcioniranja u svakodnevnom životu i radnom okruženju pada, a pravodobno dijagnosticiranje, liječenje i prevencija postaju pravi izazov za kliničare. Dijagnoza posttraumatskog stresnog poremećaja dodatno je otežana jer se simptomi tog poremećaja preklapaju sa simptomima depresije i drugih anksioznih poremećaja. Prisutnost traumatskog poremećaja glavna je i osnovna odrednica dijagnoze posttraumatskog stresnog poremećaja, pa se postavlja pitanje zašto u nekih osoba izloženih istom traumatskom događaju dolazi do pojava akutne reakcije na stres koja preraste u posttraumatski stresni poremećaj, u nekih samo akutne reakcije na stres, dok u drugih nema vidljivih posljedica nakon traumatskog događaja.

Prognoza posttraumatskog stresnog poremećaja može imati akutni ili kronični oblik. Kod akutnih slučajeva simptomi se javljaju u roku od šest mjeseci, te traju do šest mjeseci. Većina simptoma spontano nestane. Tu je najčešće riječ o posljedicama relativno blagog stresora. Ukoliko poremećaj traje dulje od šest mjeseci govori se o kroničnom posttraumatskom stresnom poremećaju, a prognoza je nepovoljnija i može rezultirati težim oštećenjima ličnosti. Funkcioniranje ličnosti nije uvijek sukladno izraženosti simptoma- može se dogoditi da bolje funkcionira pojedinac s jako izraženim simptomima od onog čiji su simptomi jedva prepoznatljivi. Na socijalno funkcioniranje bitno utječe morbidna ličnost, tjelesno stanje i socijalne okolnosti. Teški stresori većinom izazivaju kronični posttraumatski stresni poremećaj. Međutim i njegov tijek može biti različit. Manji postotak traumatiziranih ne reagira na primijenjenu terapiju te simptomi posttraumatskog stresnog poremećaja ostaju trajno prisutni. Postoje mnoge studije koje izvještavaju o praćenju skupina bolesnika s posttraumatskim stresnim sindromom. Neke od njih izvještavaju o problemima ponovne pojave već nestalih simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja u slučaju nove

psihotraume. Jedan od najvećih i najnepovoljnijih problema koji se javljaju kod bolesnika s posttraumatskim stresnim poremećajem je zlouporaba alkohola i droga. Ovisnost dalje komplicira tijek bolesti te nepovoljno utječe na liječenje i rehabilitaciju.

Danas se za postavljanje dijagnoze posttraumatskog stresnog poremećaja koriste kriteriji 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 elektroničkih 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 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 izražene 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 sljedećih simptoma:

1. nemogućnosti zapamćivanja 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“, „Svijet je u potpunosti opasan“);
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 primjetne promjene u pobuđenosti i reaktivnost ikoje su povezane s traumatskim događajem, a koje počinju ili se pogoršavaju nakon traumatskog događaja te su evidentirane dvama (ili više) od sljedećih 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 pobuđenosti (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 (kriteriji B, C, D i E) duža 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).

5.1. Dijagnostička obilježja

Osnovno obilježje posttraumatskog stresnog poremećaja je razvoj karakterističnih simptoma nakon izloženosti jednom ili više traumatskih događaja. Emocionalne reakcije na traumatski događaj (npr. strah, bespomoćnost, užas) više nisu dio kriterija A. Klinička prezentacija posttraumatskog stresnog poremećaja varira. Kod nekih pojedinaca dominiraju ponovno proživljavanje događaja temeljeno na strahu, emocionalni i ponašajni simptomi, dok

kod drugih najviše uznemirujući mogu biti nehedonističko ili disforno raspoloženje i negativne misli. Kod nekih pojedinaca istaknuti su pobuđenost i reaktivno-eksternalizirani simptomi, dok kod drugih prevladavaju asocijalni simptomi. Konačno, neki pojedinci pokazuju kombinacije svih navedenih simptoma.

Izravno doživljeni traumatski događaji u kriteriju A uključuju, ali nisu ograničeni na, izloženost ratu kao borac ili civil, prijetnji ili stvarnom fizičkom napadu (npr. fizički napad, pljačka, fizičko zlostavljanje u djetinjstvu), prijetnji ili stvarnom seksualnom nasilju (npr. prisilna seksualna penetracija, seksualna penetracija olakšana alkoholom ili drogama, uvredljiv seksualni kontakt, seksualno zlostavljanje bez kontakta, trgovina seksualnim uslugama), otmice, nalaženje u ulozi taoca, teroristički napad, mučenje, zatočeništvo kao ratni zarobljenik, prirodne ili ljudske katastrofe i teške nesreće motornih vozila. Za djecu, seksualno nasilni događaji mogu uključivati razvojno neprimjereno seksualno iskustvo bez fizičkog nasilja ili ozljede. Bolest opasna po život ili oslabljeno zdravstveno stanje ne smatraju se nužno traumatskim događajima. Medicinski incidenti koji se kvalificiraju kao traumatski događaji uključuju nagle, katastrofalne događaje (primjerice, buđenja tijekom operacije, anafilaktički šok). Događaji kojima osoba prisustvuje kao svjedok uključuju, ali nisu ograničeni na, promatranje prijetnje ozbiljnom ozljedom ili stvarne ozbiljne ozljede, neprirodne smrti, fizičkog ili seksualnog zlostavljanje druge osobe zbog nasilnog napada, nasilja u obitelji, nesreća, rata ili katastrofa, ili medicinske katastrofe kod vlastitog djeteta (npr. krvarenja opasnog po život). Neizravna izloženost kroz učenje o događaju je ograničena na iskustva koja utječu na bliske rođake ili prijatelje i iskustva koja su nasilna ili slučajna (primjerice, smrt zbog prirodnih uzroka se ovdje ne kvalificira). Takvi događaji uključuju nasilni napad na pojedinca, samoubojstva, ozbiljne nesreće i ozbiljne ozljede. Poremećaj može biti osobito težak ili dugotrajan kada je stresor interpersonalan i namjeran (npr. mučenje, seksualno nasilje).

Traumatski događaj može biti ponovno proživljen na različite načine. Obično, pojedinac ima ponavljajuća, prisilna i nametljiva sjećanja na događaj (kriterij B1). Nametljiva sjećanja kod posttraumatskog stresnog poremećaja razlikuju se od depresivnog reflektiranja po tome što se odnose samo na nenamjerna i nametljiva uznemirujuća sjećanja. Naglasak je na ponavljajućim sjećanjima na događaj koja obično uključuju osjetilne, emocionalne, ili fiziološke komponente ponašanja. Čest simptom ponovnog proživljavanja su uznemirujući snovi u kojima se ponovno odigrava sam događaj ili pak snovi koji reprezentiraju ili su

tematski povezani s glavnim prijetnjama uključenim u traumatski događaj (kriterij B2). Pojedinaac može doživjeti podvojenosti koje traju od nekoliko sekundi do nekoliko sati ili čak dana, tijekom kojih komponente događaja oživljavaju i pojedinac se ponaša kao da se događaj odvija u tom trenutku (kriterij B3). Takvi događaji se pojavljuju na kontinuumu od kratkih vizualnih ili drugih osjetilnih intruzija o dijelu traumatskog događaja bez gubitka orijentacije o stvarnosti, do potpunog gubitka svijesti o prisutnoj okolini. Ove epizode, često se spominju kao "slike iz prošlosti", obično su kratke, ali mogu biti povezane s produljenom patnjom i

pojačanom pobuđenosti. Za malu djecu, uprizorenje događaja vezanih za traumu može se pojaviti u igri ili u disocijativnim stanjima. Intenzivna psihološka bol (Kriterij B4) ili fiziološka reaktivnost (Kriterij B5) često se javljaju kada je pojedinac izložen izazivajućim događajima koji nalikuju na traumatski događaj ili simboliziraju neki njegov aspekt (npr. vjetroviti dani nakon uragana, netko tko slični na počinitelja traumatskog događaja). Okidajući znak može biti fizička senzacija (npr. vrtoglavica osoba koje su preživjele traume glave, ubrzan rad srca prethodno traumatizirane djece), posebno za osobe s jakim somatskim prezentacijama simptoma (APA, 2013).

Podražaji povezani s traumom uporno se (uvijek ili gotovo uvijek) izbjegavaju. Pojedinaac obično čini namjerne napore kako bi izbjegao misli, sjećanja, osjećaje ili razgovor o traumatskom događaju (npr. korištenje distrakcijskih tehnika kako bi se izbjegli unutarnji podsjetnici) (kriterij C1) i kako bi izbjegao aktivnosti, predmete, situacije ili ljude koji bi mogli probuditi sjećanja na događaj (kriterij C2).

Negativne promjene u spoznajama ili raspoloženju povezane s događajem počinju ili se pogoršavaju nakon izlaganja događaju. Te negativne promjene mogu imati različite oblike uključujući i nemogućnost osobe da zapamti važan aspekt traumatskog događaja. Takva amnezija nastaje obično zbog disocijativne amnezije, a ne zbog ozljede glave, alkohola ili droga (Kriterij D1). Drugi oblik su postojana (stalna ili gotovo stalna) i pretjerana negativna očekivanja u pogledu važnih aspekata života primijenjena na sebi, drugima, ili budućnost (npr. "Ja sam uvijek imao lošu prosudbu", "Ljudi na vlasti ne mogu biti pouzdani ") koja se mogu manifestirati kao negativne promjene u percipiranom identitetu nakon traume (npr. "Ja nikad više neću moći vjerovati nikome "; Kriterij D2). Osobe s posttraumatskim stresnim poremećajem mogu imati trajne pogrešne spoznaje o uzrocima traumatskog događaja koje ih dovode do okrivljavanja sebe ili drugih (npr. "moja je krivnja što me moj stric zlostavljao") (Kriterij D3). Uporno negativno raspoloženje (npr. strah, užas, ljutnja, krivnja, sram) počinje

ili se pogoršava nakon izlaganja događaju (Kriterij D4). Pojedinaac može doživjeti značajno umanjen interes ili sudjelovanje u aktivnostima u kojima je prethodno uživao (kriterij D5), osjećaj odvojenosti ili otuđenosti od drugih ljudi (Kriterij D6), ili nesposobnost da osjeća pozitivne emocije (posebno sreću, radost, zadovoljstvo, ili emocije povezane s intimnošću, nježnosti i seksualnosti) (Kriterij D7). Pojedinci s PTSP-om mogu biti nagli te se mogu uključiti u agresivno verbalno i/ili fizičko ponašanje s malo ili bez provokacije (npr. vikati na ljude, sudjelovati u borbi, uništavati objekte) (Kriterij E1). Također se mogu uključiti u nepromišljena ili autodestruktivna ponašanja, kao što su opasne vožnje, pretjerana konzumacija alkohola ili droga, samoozljeđivanje ili suicidalno ponašanje (Kriterij E2). Posttraumatski stresni poremećaj često karakterizira povećana osjetljivost na potencijalne prijetnje, uključujući i one koje su povezane s traumatskim iskustvom (primjerice, nakon nesreće na motornom vozilu, posebna osjetljivost na prijetnje uzrokovane automobilima ili kamionima), te one koje se ne odnose na traumatski događaj (npr. strah od srčanog udara) (Kriterij E3). Osobe s posttraumatskim stresnim poremećajem mogu biti vrlo reaktivne na neočekivane podražaje, uz pojačani odgovor na njih poput naglog trzaja na glasne zvukove ili neočekivane pokrete (npr. trzaj kao odgovor na telefonsku zvonjavu) (Kriterij E4). Osobe s posttraumatskim stresnim poremećajem često izvještavaju i o problemima koncentracije, uključujući poteškoće u sjećanju dnevnih događaja (primjerice, zaboravljanje nečijeg telefonskog broja) ili u obavljanju usmjerenih zadataka (npr. praćenje razgovora tijekom dužeg vremenskog razdoblja) (Kriterij E5). Problemi s usnivanjem i održavanjem sna su česti i mogu biti povezani s noćnim morama i brigama o sigurnosti ili s generaliziranom povišenom pobuđenosti koja ometa adekvatan san (Kriterij E6). Neki pojedinci također proživljavaju i postojane disocijativne simptome poput odvojenosti od vlastita tijela (depersonalizacija) ili svijeta oko sebe (derealizacija) (APA, 2013).

Mogu se javiti i dodatna obilježja koja podupiru dijagnozu poput razvojne regresije, kao što je gubitak jezika u male djece. Mogu se javiti i zvučne pseudo-halucinacije, poput osjetilnog iskustva slušanja nečijih misli izgovorenih u jednom ili više različitih glasova, kao i paranoidne ideje. Nakon produljenog, ponovljenog i teškog traumatskog događaja (npr. zlostavljanje u djetinjstvu, mučenje), pojedinac može dodatno iskusiti teškoće u regulaciji emocija ili u održavanju stabilnih međuljudskih odnosa, ili pak disocijativne simptome. Kada traumatski događaj izaziva nasilnu smrt, uz simptome posttraumatskog stresnog poremećaja mogu se javiti i simptomi produženog žalovanja.

5. 2. Rizični i prognostički čimbenici

Rizični (i zaštitni) čimbenici općenito se dijele u pretraumatske, peritraumtske, i posttraumaske čimbenike.

Pretraumatski čimbenici uključuju emocionalne probleme iz djetinjstva do 6 godina, prethodne mentalne poremećaje, niži socioekonomski status, niži stupanj obrazovanja, izloženost nekoj prethodnoj traumi (osobito tijekom djetinjstva), nedaćama u djetinjstvu (npr. siromaštvo, disfunkcionalna obitelj, roditeljsko odvajanje ili smrt), kulturalna obilježja (npr. fatalističke ili samookrivljavajuće strategije suočavanja); nižu inteligenciju; status rasne ili etničke manjine, povijest psihijatrijskih bolesti u obitelji, ženski rod i mlađa dob u vrijeme izloženosti traumi (za odrasle). Neki genotipovi ili mogu biti zaštitni čimbenik ili povećati rizik od posttraumatskog stresnog poremećaja nakon izlaganja traumatskim događajima. Socijalna podrška prije izlaganja događaja je zaštitni čimbenik.

Peritraumatski čimbenici uključuju težinu traume, doživljenu prijetnju za vlastiti život, osobnu ozljedu, interpersonalno nasilje (posebno nasilje doživljeno od skrbnika). Za vojničko osoblje ovi čimbenici uključuju nalaženje u ulozi počinitelja traumatskog događaja te svjedočenje zlodjelima i ubijanju neprijatelja. Disocijacija koja nastaje za vrijeme traume i nastavlja se nakon traume također je rizičan faktor.

Posttraumatski čimbenici su negativno procjenjivanje osobe od strane drugih, neprimjerene strategije suočavanja, i razvoj akutnog stresnog poremećaja, zatim naknadno ponovljeno izlaganje traumatskim podsjetnicima, naknadni negativni životni događaji, te financijski i drugi gubitci povezani s ozljedom. Socijalna podrška (uključujući i obiteljsku stabilnost, za djecu) je zaštitni faktor koji modelira ishod nakon traume (APA, 2013).

6. Diferencijalna dijagnoza

Posttraumatski stresni poremećaj se, zajedno s paničnim poremećajem, agrofobijom, specifičnim i socijalnim fobijama, opsesivno-kompulzivnim poremećajem i općim

anksioznim poremećajem ubraja u veliku skupinu takvozvanih anksioznih poremećaja (Miljaljević-Peješ, 2000). Stoga posttraumatski stresni poremećaj treba razlikovati od:

1. Poremećaja prilagodbe

Kod poremećaja prilagodbe, stresor može biti bilo koje ozbiljnosti ili tipa, a ne samo onih koji se traže za posttraumatski stresni poremećaj u kriteriju A. Dijagnoza poremećaja prilagodbe koristi se kada odgovor na stresor zadovoljava posttraumatski stresni poremećaj. Kriterij A ne ispunjava sve ostale kriterije za posttraumatski stresni poremećaj (ili kriterije za druge mentalne poremećaje). Poremećaj prilagodbe također se dijagnosticira kada se uzorak simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja javlja kao odgovor na stresor koji ne ispunjava posttraumatski stresni poremećaj Kriterij A (npr. rastava, otkaz).

2. Ostalih posttraumatskih poremećaja i stanja.

Ne treba svu psihopatologiju koja se pojavljuje u pojedinaca izloženih ekstremnom stresoru nužno pripisati posttraumatskom stresnom poremećaju. Dijagnoza zahtijeva da izloženost traume prethodi početku ili pogoršanju relevantnih simptoma. Ako je odgovor na događaj obrazac simptoma za ekstremni stresor i ispunjava kriterije za drugi mentalni poremećaj, takvu se dijagnozu treba dati umjesto ili pored, posttraumatskog stresnog poremećaja. Ostale dijagnoze i uvjeti isključeni su ako su simptomi bolje objašnjeni posttraumatskim stresnim poremećajem (npr. simptomi paničnog poremećaja koji se javljaju tek nakon izlaganja traumatskim podsjetnicima). Ako su ozbiljni, obrasci simptoma kao odgovor na ekstremni stresor mogu opravdati zasebnu dijagnozu (npr. disocijativna amnezija).

3. Akutnog stresnog poremećaja

Akutni stresni poremećaj razlikuje od posttraumatskog stresnog poremećaja, jer je obrazac simptoma kod akutnog stresnog poremećaja ograničen na trajanje od tri dana do jednog mjeseca nakon izlaganja traumatskom događaju.

4. Poremećaja anksioznosti i opsesivno-kompulzivnog poremećaja

U opsesivno-kompulzivnom poremećaju, postoje povratne nametljive misli, ali one zadovoljavaju definiciju opsesije. Osim toga, nametljive misli nisu povezane s iskustvom traumatskog događaja, obično su prisutne kompulzije, a drugi simptomi posttraumatskog stresnog poremećaja ili akutnog stresnog poremećaja su obično odsutni. Niti su pobuđenost i disocijativni simptomi paničnog poremećaja, niti su izbjegavanje, razdražljivost i tjeskoba

generaliziranog anksioznog poremećaja povezani sa specifičnim traumatskim događajem. Simptomi separacijskog anksioznog poremećaja jasno se odnose na odvajanje od kuće ili obitelji, a ne na traumatski događaj.

5. Velikog depresivnog poremećaja

Depresija može ili ne mora prethoditi traumatskom događaju i treba ju dijagnosticirati ako su drugi simptomi posttraumatskog stresnog poremećaja odsutni. Naime, veliki depresivni poremećaj ne uključuje nikakve simptome za posttraumatskog stresnog poremećaja kriterija B ili C. Niti uključuje niz simptoma iz posttraumatskog stresnog poremećaja kriterija D ili E.

6. Poremećaja ličnosti

Interpersonalne teškoće koje su imale svoj početak, ili su znatno pogoršane nakon izlaganja traumatskom događaju mogu biti pokazatelj posttraumatskog stresnog poremećaja, a ne poremećaja ličnosti, u kojoj bi se one mogle očekivati neovisno o bilo kakvoj traumatskoj teškoći.

7. Disocijativnog poremećaja

Disocijativna amnezija, disocijativni poremećaj identiteta, i depersonalizacijsko-derealizacijski poremećaj može ili ne mora prethoditi izlaganju traumatskom događaju. Isto tako može, ali ne mora imati simptome posttraumatskog stresnog poremećaja koji se istodobno javljaju. Kad su zadovoljeni svi kriteriji za posttraumatski stresni poremećaj, podtip posttraumatskog stresnog poremećaja s disocijativnim simptomima treba se uzeti u obzir.

8. Konverzivnog poremećaja (funkcionalno neurološko simptomskog poremećaja)

Novi početak somatskih simptoma u kontekstu posttraumatske nevolje može biti pokazatelj posttraumatskog stresnog poremećaja prije nego konverzivnog poremećaja.

9. Psihotičnog poremećaja

Retrospekciju u posttraumatskom stresnom poremećaju treba razlikovati od iluzija, halucinacija i drugih perceptivnih smetnji koje se mogu pojaviti u shizofreniji, kratkom psihotičnom poremećaju, i ostalim psihotičnim poremećajima; depresivnim i bipolarnim poremećajima s psihotičnim značajkama; deliriju; poremećajima induciranim tvarima ili lijekovima; i psihotičnim poremećajima uslijed drugog medicinskog stanja.

10. Traumatske ozljede mozga

Kada se ozljeda mozga javlja u kontekstu traumatskog događaja (npr. traumatska nesreća, eksplozija bombe, ubrzanje/usporenje traume), mogu se pojaviti simptomi posttraumatskog stresnog poremećaja. Događaj koji izaziva traumu glave može također predstavljati psihološki traumatski događaj, a traumatske ozljede mozga povezane s živčanim simptomima se međusobno ne isključuju i mogu se pojaviti istodobno. Simptomi koji su prethodno nazivani post-potresnim (npr. glavobolja, vrtoglavica, osjetljivost na svjetlo ili zvuk, razdražljivost, deficit koncentracije) mogu se pojaviti kod osoba s ozljedama mozga kao i kod populacije bez ozljeda mozga, uključujući osobe s posttraumatskim stresnim poremećajem. Zbog preklapajućih neurokognitivnih simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja i traumatske ozljede mozga mogu se preklapati, a diferencijalnu dijagnozu između posttraumatskog stresnog poremećaja i simptoma neurokognitivnih poremećaja pripisanim traumatskim ozljedama mozga moguće je napraviti na temelju prisutnosti simptoma koji su karakteristični za svaki poremećaj. Ponovno proživljavanje i izbjegavanje karakteristike su posttraumatskog stresnog poremećaja, a ne učinci traumatskih ozljeda mozga, dok su postojana dezorijentiranost i zbunjenost specifičnije za traumatsku ozljedu mozga (neurokognitivni učinci) nego za posttraumatski stresni poremećaj (APA, 2013).

7. Liječenje

Mogućnost uspješnog pružanja pomoći psihološki traumatiziranoj osobi zahtijeva odgovarajuće medicinsko i psihološko znanje o normalnim i patološkim reakcijama, ali isto tako, ne manje važno, i odgovarajuće empatijske sposobnosti kao i mogućnost uživljanja i kontejniranja traume. (Gregurek, Klain, 2000).

Glavni tretman za osobe sa posttraumatskim stresnim poremećajem podrazumijeva psihoterapiju (terapiju razgovorom), lijekove, ili oboje. Svaka osoba je različita i zbog toga metode liječenja koje su djelotvorne za jednu, ne moraju neophodno biti djelotvorne i za drugu osobu. Važno je da pacijenta oboljelog od posttraumatskog stresnog poremećaja liječi zdravstveni radnik koji ima iskustva s liječenjem posttraumatskog stresnog poremećaja. Neke

osobe s posttraumatskim stresnim poremećajem trebaju isprobati različite tretmane da bi se utvrdilo što najbolje djeluje za njihove simptome.

Ako osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem prolazi kroz dugotrajnu traumu, na primjer, biva zlostavljana u vezi, potrebno je pronaći rješenje za oba problema. Drugi dugotrajniji problemi uključuju panični poremećaj, depresiju, zloupotrebu alkohola i droga i razmišljanje o suicidu.

U liječenju bolesnika psihijatar treba primijeniti kombinaciju psihofarmakoterapijskih, psihoterapijskih i socioterapijskih intervencija, što je u skladu s holističkim pristupom bolesniku. Primarni cilj multidisciplinarnog liječenja jest poboljšanje bolesnikove razine funkcioniranja, uz smanjenje učestalosti i intenziteta boli i simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja te bolju kvalitetu njegova života.

U liječenju pomaže psihoedukacija, vježbe relaksacije i jačanja samopouzdanja, kao što je autogeni trening. Za religiozne bolesnike, vjera i duhovnost mogu biti poticajni i zaštićujući za osobe oboljele od posttraumatskog stresnog poremećaja (Karapetrić – Bolfan, 2007).

7.1. Liječenje psihoterapijom

Odgovarajući terapijski pristup ovisi o dobroj procjeni traumatizirane osobe za neku od terapijskih tehnika. Radi toga veoma je važno uspostaviti dobar kontakt s pacijentom i intervjuu tijekom kojeg je bitno prikupiti podatke na osnovu kojih se donosi odluka o najprimjernijem terapijskom pristupu. Stoga je najadekvatnija metoda donošenja odluke o načinu liječenja primarni psihoterapijski intervju kojeg provodi liječnik psihijatar, stručnjak u području psihotraume.

Intervju se provodi tijekom dvaju ili triju seansi u trajanju od 45 minuta, a njegovi su ciljevi postavljanje dijagnoze i isključivanje drugih komorbidnih stanja ili bolesti, određivanje težine i uznapređovalosti bolesti i određivanje ego-kapaciteta pacijentove osobnosti. (Gregurek, Braš, 2007). Na temelju psihoterapijskog intervjuja odabire se terapijska tehnika kojom se pristupa liječenju pacijenta. Terapijske tehnike dijele se u dvije skupine; simptomatske i etiološke.

Cilj simptomatskih tehnika je rješavanje simptoma u kliničkoj slici pacijenta, te ih možemo podijeliti u dvije veće skupine; farmakološke terapije i površinske psihoterapijske tehnike. S druge strane, cilj je etioloških terapija stjecanje uvida u postupke, stajališta i doživljaj vlastite osobnosti.

Osim individualnog rada s pacijentom treba spomenuti grupnu psihoterapiju, koju dijelimo na homogenu i heterogenu psihoterapiju.

Tijekom grupnog rada teži se uspostavi povjerenja, sigurnosti i uzajamnosti, te stimuliranju razvoja terapijskih čimbenika grupe kroz različite oblike rada (psihoedukacija, pružanje nade, altruizam, prihvaćanje, otkrivanje sebe, razotkrivanje traumatskog iskustva te interpersonalno učenje) (Foa, et al. 2000).

Homogenu grupu dijelimo u dvije kategorije: 1. akutne krizne intervencije za osobe s traumatskim iskustvom kao npr. žrtve prirodnih katastrofa, svjedoci ubojstva, tkalačkih situaciju i otmica; i 2. dugotrajne homogene grupe za osobe sa zajedničkim iskustvom prošle traume kao npr. žrtve incesta u djetinjstvu, holokausta, ratne traume i slično (Gregurek, 2000).

Cilj homogene grupe je pokušaj usmjeravanja osjećaja bespomoćnosti i nepovjerenja u okolinu gdje se osoba osjeća kao žrtva zamijeniti osjećaje brigom i interesom za druge osobe. Članovi grupe dijeleći svoju traumu s ostalim članovima grupe ponovno proživljavaju osjećaje koji su dugo bili neprihvatljivi za njih kao pojedince te se javlja osjećaj pripadnosti i prihvaćenosti s grupom. Međutim, u homogenim grupama integracije se zbivaju na površnijoj razini, manje su mogućnosti za testiranje realiteta i istraživanje odnosa te se onemogućava prorada agresije. Stoga je važno vremenski ograničiti homogene grupe. Vremenski ograničena homogena grupna terapije idealna je za bolničke programe, gdje pacijenti tek počinju raditi na posljedicama traume i razbijanju izolacije u atmosferi prihvaćenosti od sebi sličnih. Nicholas i Farr smatraju da nije dovoljno žrtvu traume tretirati u homogenoj grupi neograničenog trajanja. Stoga u nastavku liječenja psihotraumatiziranih osoba grupnom terapijom važno je uvesti pacijente s drugim dijagnozama, odnosno stvoriti heterogenu grupu.

U heterogenim grupama manji je naglasak na traumi, a više na napredovanju u promjeni osobe koja je pod utjecajem posljedica traume. Uključivanju u heterogenu grupu prethodi adekvatna individualna terapija, odnosno priprema za rad u grupi u kojoj će pacijent moći prepoznati i nositi se sa svojim reakcijama. Grupa mora imati strogo definirana pravila, kojih se svi članovi grupe moraju pridržavati.

7.2. Psihodinamska psihoterapija

Postoji rašireno vjerovanje kako psihodinamskim konceptima i tretmanima nedostaje empirijske podrške, ili pak da znanstveni dokazi upućuju na bolju učinkovitost drugačijih oblika tretmana (Shedler, 2009). Ipak, znanstveni dokazi upućuju na drugo: značajan broj istraživanja podupire učinkovitost i efikasnost psihodinamskih psihoterapija (Shedler, 2009). Psihodinamski orijentirana psihoterapija, kao tehnika liječenja u Hrvatskoj se često odabire kao način liječenja kod pacijenata kojima je potrebna psihološka pomoć. Osobe s posttraumatskim stresnim poremećajem sklone su razvijanju problema u nošenju s teškim emocijama i često reagiraju tjelesnim i psihičkim simptomima ili izbjegavajućim obrascima ponašanja. Takve obrasce i emocionalne reakcije je teoretski moguće liječiti psihodinamskom psihoterapijom, jer ta terapija ima za cilj rješavanje dugoročnih i kratkoročnih problema s obradom emocija, ponašanja i komunikacije/odnosa s drugima. Smatra se da psihodinamska psihoterapija djeluje na način da ljudi postaju svjesni emocija, misli i problema u komunikaciji/odnosima koji su vezani za davne ili nedavne traume. To zauzvrat pomaže korigirati probleme s emocijama i u odnosima s drugima.

Psihodinamska psihoterapija svoj cilj usmjerava jačanju ega (suportivna psihoterapija) ili prema uvidu kroz analizu nesvjesnih sadržaja (ekspresivna psihoterapija). Oba tipa psihodinamske terapije mogu se provoditi kao individualna, grupna, bračna ili obiteljska terapija. Grupna psihoterapija se provodi u homogenim grupama u kojima se prorađuje traumatsko iskustvo, a u heterogenim grupama cilj je promjena ponašanja proizašlog iz traume. Cilj suportivne terapije je jačanje već postojećih sposobnosti osobe za rješavanje svakodnevnih životnih teškoća, pri čemu je pažnja fokusirana na optimiziranje obiteljskog, radnog i socijalnog funkcioniranja. Ovdje nije potrebno oživljavati prošla iskustva. Za razliku od nje, ekspresivna psihoterapija se temelji na traženju veze između sadašnjih problema i prošlih traumatskih i obiteljskih iskustava kako bi se pojedinac suočio s uznemirujućim iskustvom i njime ovladao. Ovaj oblik terapije nije prikladan niti potreban svim bolesnicima (Kozarič-Kovačić, 2007).

7.3. Kognitivno-bihevioralna terapija

Svaki pojedinac prima, prerađuje i tumači podatke iz okoline na sebi svojstven način. Za bolje razumijevanje ovog pristupa treba navesti da svaki pojedinac, tijekom životnog razvoja, razvija svoj specifični način gledanja sebe i svijeta oko sebe. Taj karakteristični način označava se kao shema. Individualna shema može se predočiti kao osobni filter kroz koji pojedinac vidi sebe, svijet oko sebe i sve njemu važne događaje. Jedan te isti događaj u skladu s osobnim kognitivnim filtrom pojedinac može vidjeti i doživjeti kao za sebe nepovoljan, dok druga osoba vidi kao neutralan ili čak pozitivan (Jokić – Begić, Anić, 2000).

Kognitivno-bihevioralna terapija je kombinacija kognitivne i bihevioralne terapije. Kognitivna terapija djeluje prije svega na kogniciju, a dugoročno i na ponašanje. Bihevioralna terapija djeluje prvo na ponašanje, a kasnije i na kognitivne procese. Zbog takvog uzajamnog djelovanja, a i zbog niza prednosti zajedničke primjene, te se dvije terapije najčešće kombiniraju (Begić, 2013).

U početku primjene kognitivne terapije vrlo je važno utvrditi koja vjerovanja, stavove i tumačenja pojedinac ima o sebi te o svom problemu ili poteškoći. Posebno pažnju treba usmjeriti onim kognicijama koje moduliraju ili podupiru postojeće teškoće. Pod time se misli na iskrivljenja u percipiranju, pamćenju i procjeni važnosti događaja iz naše okoline. Takve kognicije nazivamo kognitivne distorzije koje pogoduju održavanju disfunkcionalnosti. Također, važna su i disfunkcionalna vjerovanja. To su vjerovanja koja su dobro ukorijenjena obično od ranog djetinjstva, te se taj termin rabi kod ljudi koji imaju o sebi i drugim ljudima takva vjerovanja što znatno utječe na ponašanje pojedinca i njegove interakcije s drugima.

U primjeru traumatskog iskustva, trauma, njezin intenzitet, trajanje i interpersonalni odgovori drugih, čine okolnosti koje aktiviraju sheme pojedinca. To su dugotrajne i relativno stabilne bazične pretpostavke o sebi, svijetu oko sebe, kao i o odnosima prema drugim ljudima. Aktivacija shema potiče javljanje automatskih negativnih misli koje utječu na raspoloženje i ponašanje. Kod osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem aktiviraju se i tipična vjerovanja u vezi s traumom. Sklonost da reagiraju na znakove opasnosti pomiče se prema sve slabijim znacima, tako da njihov osobni alarm za opasnost „diže uzbunu“ često bez potrebe (Jokić – Begić, Anić, 2000).

U kognitivnoj bihevioralnoj terapiji jedan od zadataka terapeuta je da se pomogne klijentu u mijenjanju vjerovanja, percepcija i pogrešaka u mišljenju, dok je druga zadaća da klijent usvoji razne tehnike prevladavanja stresnih situacija.

Kognitivno bihevioralna 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 intenzivan strah. Provodi se imaginativnim izlaganjem: ponavljanim emotivnim prebrojavanjem traumatskih sjećanja sve dok ne prestanu izazivati visoki stupanj uznemirenosti, ili in vivo izlaganjem osoba situacijama koje su sada sigurne, no još uvijek izazivaju strah jer se povezuju s traumom. Izlaganje se najčešće koristi kod klijenata s fobijama.

U psihoterapiji osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem kognitivno restrukturiranje pomaže u realističnijoj procjeni trajnog utjecaja traumatskog iskustva, primjerenijoj procjeni i tumačenju okolinskih uvjeta i procjeni vlastitih mogućnosti za prevladavanje teškoća.

Općenito, tehnike bihevioralne terapije kod pacijenata s posttraumatskim stresnim poremećajem pokazale su se korisnim u uklanjanju intruzija, smanjivanju ili otklanjanju uznemirenosti, kontroli bijesa i samokontroli općenito te pripremi za uspješnije snalaženje u stresnim situacijama (Jokić – Begić, Anić, 2000).

7.4. Liječenje farmakoterapijom

Liječenje farmakoterapijom ovisi o intenzitetu njihovih simptoma, predominantnom skupinom simptoma, trajanju poremećaja, strukturi ličnosti i eventualnom komorbiditetu. U liječenju PTSP-a kada god je moguće treba preferirati psihoterapiju nad psihofarmakološkim liječenjem, osobito kada su simptomi blagi i kada se radi o tzv. nekomplikiranom posttraumatskom stresnom poremećaju bez komorbidnih poremećaja. U slučajevima srednje teškog i teškog posttraumatskog stresnog poremećaja s komorbidnim poremećajima i razvojem posttraumatskih promjena ličnosti, najčešće treba kombinirati psihoterapiju, psihosocijalne metode i farmakoterapiju.

U praktičnom kliničkom radu u liječenju osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem primjenjuju se sljedeći psihofarmaceutici.

1. benzodiazepini (iako se u stručnoj literaturi vrlo oprezno navode kao terapija posttraumatskog stresnog poremećaja, praksa pokazuje njihovu vrlo visoku zastupljenost. Potrebno je istaknuti veliku opasnost od navikavanja na njih u smislu razvijanja ovisnosti.)

2. anksiolitici (nebenzodiazepinski)

3. klasični noradrenergični antidepresivi (maprotilin)

4. klasični serotonergični i miješani antidepresivi (klomopramin, imipramin, dezimipramin, amitriptilin i sl.)

5. SSRI (SIPPS – selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina)

6. MAO (mono-amino-oksidaza) inhibitori

7. stabilizatori raspoloženja (karbamazepin, natrijev valproat, litij)

8. antiadrenergični lijekovi (propranolol)

9. prekursori sekundarnog glasnika (inositol)

10. brofaromin (kombinacija MAO inhibitora i SSRI-a)

11. niske doze antipsihotika (dopaminergičnih) (Falnegović-Šmalc, 2000)

8. Uloga medicinske sestre u liječenju posttraumatskog stresnog poremećaja

Uloga medicinske sestre kod bolesnika koji pate od posttraumatskog stresnog poremećaja vrlo je širokog opsega. Počevši prije svega od odgovarajućih komunikacijskih vještina, pa do složenijih procesa sestriinske skrbi za takvog pacijenta. Za rad s takvim bolesnicima potrebno je mnogo znanja, strpljivosti i empatije.

Medicinske sestre/tehničari ostvaruju prvi kontakt s bolesnikom pri dolasku u bolnicu i uz njega su 24 sata dnevno. Nakon prvog susreta medicinska sestra/tehničar upoznaje bolesnika s

odjelom i djelatnicima na odjelu, upoznaje ga s kućnim redom, terapijskim programom i načinom funkcioniranja odjela. Također, medicinska sestra uzima podatke za sestrinsku anamnezu kroz razgovor s bolesnikom i članovima obitelji. Medicinska sestra je član terapijskog tima koja mora dobro poznavati psihičke poremećaje, mogućnosti njegova liječenja i prepoznati bolesnikove potrebe koje ona s aspekta zdravstvene njege može zadovoljiti. Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika prelazi okvire jednostavnih praktičnih vještina. Sestra je uključena u opći program unapređenja duševnog zdravlja: primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju psihičkih poremećaja:

- pomaže pojedincu u razvijanju zdravih stilova življenja, suprotstavljanju stresu i frustracijama, razvijanju samopoštovanja i samopouzdanja, zdravstveno-odgojno djeluje u cilju prevencije psihičkih poremećaja,
- aktivno sudjeluje u procesu cjelovitog i učinkovitog liječenja (koje se ne može zamisliti bez adekvatne zdravstvene njege),
- pomaže u otklanjanju posljedica duševnih bolesti i što potpunijeg oporavka.

U zdravstvenoj njezi i skrbi za psihijatrijskog bolesnika vodi se načelima poštivanja jedinstvenosti ljudskog bića, poštovanja privatnosti i dostojanstva, cjelovitosti zbrinjavanja osobe, održavanja terapijske komunikacije te pomoći pri učinkovitoj prilagodbi. Također jedan od važnijih zadataka je uključivanje bolesnika – isticanje njegovih potencijala, mogućnosti i jakih strana i oslanjanje na njih, a ne na slabosti i nedostatke. U zdravstvenoj skrbi sudjeluje medicinska sestra i bolesnik i njihove uloge se nadopunjuju. Medicinska sestra radi ono što bolesnik ne može, ne smije ili ne zna. U svim situacijama medicinska sestra mora podupirati bolesnikovu aktivnu ulogu, oprezno dozirati pomoć i osposobljavati ga za samostalan život.

Treba spomenuti kako sestre u današnje vrijeme imaju svoju ulogu i u grupnoj psihoterapiji. Time je otvorena mogućnost za uključivanje većeg broja pacijenata u terapijski proces što je bilo iznimno važno zbog kadrovskih ograničenja (manjak liječnika), a s druge strane medicinske sestre su dobile mogućnost izravnijeg uključivanja u proces liječenja. Edukacija je uključivala i osobnu terapiju medicinskih sestra kako bi dobile bolji uvid u vlastite psihološke procese i psihološke procese pacijenata. Edukacija traje kontinuirano sve do danas kada postoji formalna izobrazba za medicinske sestre i medicinske tehničare - grupne terapeute (Cigarovski, et al. 2014).

U grupu se pacijenti obično uvode nakon provedenog stacionarnog liječenja, a rjeđe izvanbolnički, ambulantni pacijenti. Time se medicinskim sestrama olakšava uvođenje pacijenata u grupu jer su im već poznati iz hospitalnog okruženja, a i pacijenti lakše prihvaćaju poznatog terapeuta.

9. Zahvale

Zahvaljujem se mentoru, prof. dr. sc. Rudolfu Gregurek, članovima komisije prof. dr. sc. Draženu Begić i doc. dr. sc. Zorani Kušević na pomoći i savjetima za izradu diplomskog rada. Veliko hvala mojoj obitelji koja je mi je cijeli period obrazovanja bila pomoć i podrška.

10. Literatura

1. Anić N., Jokić-Begić N. Kognitivno-bihevioralna terapija posttraumatskog stresnog poremećaja. U: Gregurek R, Klain E. (ur.), Posttraumatski stresni poremećaj - hrvatska iskustva. Zagreb: Medicinska naklada. 2000.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) . Washington, DC. 2013
3. Begić D. Kognitivno-bihevioralna terapija depresije. Medix; Vol.19, No.106. 2013.
4. Braš M., Gregurek R. Psihoterapija u rehabilitaciji psihotraume. U: Lončar M. et al (ur.) Psihičke posljedice traume. Zagreb: Medicinska naklada. 2007.
5. Cigarovski A., Marinić R., Domokuš N-A. PTSP i grupna psihoterapija-iskustva medicinskih sestara u neurropsihijatrijskoj bolnici „ Dr. Ivan Barbot“, Popovača. Socijalna psihijatrija. 2014.
6. Folnegović-Šmalc V. Racionalna primjena lijekova u liječenju posttraumatskog stresnog poremećaja. U: Gregurek R, Klain E. (ur.), Posttraumatski stresni poremećaj - hrvatska iskustva. Zagreb: Medicinska naklada. 2000.
7. Folnegović-Šmalc V. Posttraumatski stresni poremećaj. Medix; Vol. 16, No. 89/90. 2010.
8. Foa EB., Keane TM., Friedman MJ., Cohen JA. Effective Treatments for PTSD. The Guilford Press, New York. 2009.
9. Friedman MJ., Terence M., Patricia A. Handbook of PTSD Science and Practice. The Guilford Press, New York. 2007.
10. Gilić A., Tičić D. Etiologija i epidemiologija posttraumatskog stresnog poremećaja. Med. Jad: Zadar. 2002. ISSN 0351-0093
11. Gregurek R. Homogena i/ili heterogena grupna psihoterapija u liječenju posttraumatskog stresnog poremećaja. U: Gregurek R, Klain E. (ur.), Posttraumatski stresni poremećaj - hrvatska iskustva. Zagreb: Medicinska naklada. 2000.
12. Gregurek R. Povijest psihotraume. U: Gregurek R, Klain E. (ur.), Posttraumatski stresni poremećaj - hrvatska iskustva. Zagreb: Medicinska naklada. 2000.

13. Gregurek R., Klain E. Terapija posttraumatskog stresnog poremećaja. U: Gregurek R, Klain E. (ur.), Posttraumatski stresni poremećaj - hrvatska iskustva. Zagreb: Medicinska naklada. 2000.
14. Herman JL. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. J Trauma Stress, 3. 1992.
15. Jakšić M. Sindrom izgaranja na radnome mjestu- Burn out sindrom. Đakovo: Biblioteka Diacovensia. 2014. ISBN 978-953-6935-29-1
16. Karapetić –Bolfan Lj. Posttraumatski stresni poremećaj. Udruga za unapređenje duševnog zdravlja i kvalitete života duševnog bolesnika i njegove obitelji «Sretna obitelj»; Popovača. 2007. Internetski izvor: <http://sretnaobitelj.odlican.net/files/knjiga07.pdf>
17. Kozarić-Kovačić D., Kovačić Z., Rukavina L. Posttraumatski stresni poremećaj. Medix: Vol. 13, No.71.
18. Mihaljević- Peleš A. Dijagnostički kriteriji za posttraumatski stresni poremećaj. U: Gregurek R, Klain E. (ur.), Posttraumatski stresni poremećaj - hrvatska iskustva. Zagreb: Medicinska naklada. 2000.
19. MKB 10 (1999) Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Zagreb. Medicinska naklada.
20. Plačko V. Vojni invalidi Domovinskog rata na području Križevaca i posttraumatski stresni poremećaj. Polemos (2). 1999.
21. Shedler J. The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. APA, in press. 2009.
22. Shepard B. Liječenje i posljedice posttraumatskog stresnog poremećaja s povjesnog gledišta. U: Lončar M. et al (ur.) Psihičke posljedice traume. Zagreb: Medicinska naklada. 2007.
23. Živić D. Demografija Hrvatske - aktualni demografski procesi. Diacovensia 15(1). 2005.

11. Životopis

Osobni podaci: Ana-Marija Svalina

Datum rođenja: 18. veljače 1989. G

Adresa: Zeleno polje 9, Osijek

Kontakt: 099/ 261-5607

e-mail: anamarijas18@gmail.com

Obrazovanje:

2003 – 2007 :

Medicinska škola u Osijeku

Smjer: Medicinska sestra-medicinski tehničar

2008 – 2012:

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku,

Medicinski fakultet, stručni studij

Smjer: Stručni studij sestrinstva

2013 - Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet

Smjer: Diplomski studij sestrinstva

2014-2015:

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet

Smjer: Pedagoško-psihološko-didaktičko-metodička izobrazba

Radno iskustvo: Na stručnom osposobljavanju u Domu zdravlja Osijek.

Strani jezik: Engleski