

Dijagnoza i liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja

Antolović, Ana

Undergraduate thesis / Završni rad

2011

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:189816>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-26**



Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Preddiplomski studij psihologije

Dijagnoza i liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja

Završni rad

Ana Antolović

Mentor: doc.dr.sc. Slavka Galić

Osijek, 2011.

Sažetak

Iako su se njihovi opisi i slike mijenjali, reakcije na traumatske događaje poznate su stoljećima. U nezdrave oblike reakcije na traumu ubraja se i posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) koji predstavlja anksiozni poremećaj čiji je razvoj povezan s traumatskim događajem. Kao i ostali stresom uzrokovani poremećaji uvelike utječe na opće zdravstveno stanje pojedinca i smanjenje njegove funkcionalnosti na socijalnom i radnom planu. Njegovo je osnovno obilježje razvoj karakterističnih simptoma, kao odgovor na stresni događaj ili situaciju iznimno prijeteće ili katastrofične naravi. Postaviti ispravnu dijagnozu posttraumatskog stresnog poremećaja u kliničkom radu nije uvijek lako i jednostavno. Uzrok je tome često udruženi komorbiditet te činjenica da se dijagnoza većinom temelji na simptomima opisanim od bolesnika. Zbog toga se prilikom postavljanja dijagnoze PTSP-a, kao i bilo kojeg drugog psihičkog poremećaja, treba služiti iscrpnim kliničkim nalazom te primjenom različitih upitnika (testova), a dobivene podatke iskoristiti za izradu što učinkovitijeg terapijskog plana. Samo liječenje, koje nije savršeno i ne znači potpuni nestanak simptoma već smanjenje njihove učestalosti i intenziteta, potrebno je prilagoditi pojedincu kombiniranjem psihoterapijskih, psihofarmakoloških i psihosocijalnih metoda. U ovom su radu prikazani postupci za dijagnozu PTSP-a, odnosno dijagnostički kriteriji i metode kao i diferencijalna dijagnostika te liječenje PTSP-a, odnosno tri važna aspekta koja to liječenje obuhvaćaju: edukacija, psihosocijalna i psihoterapijska podrška i/ili liječenje i primjena psihofarmakoloških metoda liječenja.

Ključne riječi: posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), simptomi PTSP-a, dijagnoza PTSP-a, liječenje PTSP-a

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Određenje, etiologija i rizični čimbenici za PTSP.....	1
3. Prevalencija PTSP-a i komorbiditet s drugim psihijatrijskim poremećajima.....	2
4. Simptomatologija PTSP-a.....	2
5. Dijagnoza PTSP-a.....	3
5.1. Dijagnostički kriteriji za PTSP.....	3
5.2. Dijagnostičke metode.....	6
5.2.1. Istraživanje traumatskih događaja i iskustava.....	6
5.2.2. Formalna dijagnostička procjena i psihofiziološke mjere.....	6
5.2.3. Funkcionalna procjena osobe.....	10
5.3. Diferencijalna dijagnoza.....	11
5.4. Zaključno o dijagnozi PTSP-a.....	11
6. Prevencija PTSP-a.....	12
7. Liječenje PTSP-a.....	13
7.1. Psihosocijalna pomoć.....	13
7.2. Psihoterapija.....	14
7.2.1. Psihodinamska psihoterapija.....	14
7.2.2. Kognitivno-bihevioralna terapija.....	15
7.2.3. Integrativna psihoterapija.....	18
7.4. Psihofarmakoterapija.....	18
8. Zaključak.....	19

9. Literatura

10. Prilozi

1. Uvod

Zadatak ovog rada je opisati dijagnostiku posttraumatskog stresnog poremećaja i terapijske postupke za njegovo liječenje. Prvo se poglavlje odnosi na određenje posttraumatskog stresnog poremećaja, etiologiju i rizične čimbenike za posttraumatski stresni poremećaj (PTSP). U drugom će kratko biti riječ o prevalenciji i komorbiditetu ovog poremećaja s drugim psihijatrijskim poremećajima. Treće se poglavlje odnosi na simptomatologiju PTSP-a, a poglavlje nakon toga na dijagnozu PTSP-a: dijagnostičke kriterije, dijagnostičke metode te diferencijalnu dijagnozu. Peto je poglavlje usmjereno na prevenciju PTSP-a, a šesto na liječenje PTSP-a: psihosocijalnu pomoć, psihoterapiju te psihofarmakoterapiju.

2. Određenje, etiologija i rizični čimbenici za PTSP

Traumatski događaj podrazumijeva izloženost situaciji u kojoj je život i tjelesni integritet osobe bio izravno ugrožen, ili je bila svjedokom stradavanja neke druge osobe, ili je doznala za tešku ili nasilnu smrt ili stradavanje neke druge bliske osobe (Lewis Herman, 1996). Reakcije na traumatske događaje poznate su stoljećima iako su se njihovi opisi i slike mijenjali (Kozarić-Kovačić i sur., 2007). U nezdrave oblike reakcije na traumatizaciju, uz depresiju, anksioznost i narušeno fizičko zdravlje ubraja se i posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) (Lewis Herman, 1996). Može se definirati kao zakašnjeli ili produženi odgovor na stresni događaj ili situaciju izuzetno ugrožavajuće ili katastrofalne prirode (Žarković Palijan i Kovačević, 2007). PTSP je kao dijagnoza uveden u treću reviziju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne bolesti Američke psihijatrijske udruge (DSM-III) 1980. godine i 1990. godine u desetu reviziju Međunarodne klasifikacije bolesti Svjetske zdravstvene organizacije (MKB-10) pod šifrom F43.1 (Hollander i Simeon, 2006).

PTSP se svrstava u skupinu anksioznih poremećaja, ali se od ostalih anksioznih poremećaja razlikuje po tome što njegov nastanak ovisi o izloženosti traumatskom događaju i proživljavanju traumatskog iskustva (Kozarić-Kovačić i sur., 2007). Dakle, PTSP, za razliku od ostalih psiholoških poremećaja uključuje pretpostavljenu etiologiju, tj. traumatski događaj što ga je osoba izravno doživjela ili mu je bila nazočna ili ga je postala svjesna, pri čemu događaj sadrži stvarnu ili prijetuću smrt, ili tešku ozlijeđu, ili prijetnju tjelesnom integritetu (Davison i Neale, 2002).

PTSP je jedan od rijetkih psihičkih poremećaja koji je uzročno definiran: bez stresnog doživljaja poremećaj ne može postojati. No trauma sama po sebi nije dostatna za objašnjenje

nastanka ovog poremećaja s obzirom na to da ne razviju poremećaj sve osobe koje su bile izložene istom doživljaju (Žarković Palijan i Kovačević, 2007). Postoji niz čimbenika rizika za PTSP (Davison i Neale, 2002). Oni glavni, iskristalizirani studijama, su sljedeći: ranija trauma u anamnezi, PTSP u ranijoj anamnezi, depresija u ranijoj anamnezi, anksiozni poremećaji u ranijoj anamnezi, anksioznost u obiteljskoj anamnezi (uključujući PTSP kod roditelja), poremećene roditeljske veze te težina traume kojoj je osoba izložena (Henigsberg i sur., 2007).

3. Prevalencija PTSP-a i komorbiditet s drugim psihijatrijskim poremećajima

Općenito se smatra da je učestalost PTSP-a u općoj populaciji manja od 1%. U DSM-IV navodi se da se prevalencija PTSP-a tijekom života u općoj populaciji kreće od 1 do 14%, ovisno o metodama prikupljanja podataka i uzorku (Folnegović-Šmalc, 2000), a prema novijim podacima iz svjetske literature iznosi 9%. Iako u Hrvatskoj nisu provedena sustavna epidemiološka istraživanja u vezi broja psihotraumatiziranih osoba u ratu, prema podacima Vlade Republike Hrvatske procjenjuje se da je najmanje 1,000.000 ljudi bilo izravno izloženo ratnom stresu, a puno više je sekundarno traumatizirano. Pretpostavlja se da je kod prognanika i izbjeglica prevalencija PTSP-a između 25 i 50%, a među braniteljima 25-30%. Njima treba pridodati i osobe koje su bile zatočene te članove obitelji nestalih u ratu. Podaci o prevalenciji PTSP-a su veći ukoliko je riječ o određenim skupinama traumatiziranih ljudi ili kliničkim uzorcima. Varijabilitetu pridonosi i vrlo velika učestalost komorbiditeta kod PTSP-a (Kozarić-Kovačić i sur., 2007).

PTSP može biti izoliran ili se javlja u komorbiditetu s drugim psihijatrijskim poremećajima. Tako se npr. komorbiditet s najmanje jednim poremećajem javlja u 80% slučajeva. PTSP se najčešće javlja s velikim depresivnim poremećajem, anksioznim poremećajem, paničnim poremećajem, alkoholizmom, ovisnostima o psihoaktivnim tvarima i poremećajima ličnosti (Kozarić-Kovačić i sur., 2007). Jukić je (prema Folnegović-Šmalc, 2000) na uzorku od 375 hrvatskih ratnih stradalnika našao da se komorbiditetna bolest javlja u 85,3% slučajeva te da je najčešće riječ o anksioznosti i depresivnom poremećaju.

4. Simptomatologija PTSP-a

PTSP je kompleksni poremećaj sa simptomima koji mogu varirati ovisno o različitim traumatskim iskustvima kojima su osobe bile izložene (Kozarić-Kovačić i sur., 2007), a ti se simptomi očituju na fiziološkoj, spoznajnoj i bihevioralnoj razini (Foy, 1994). Prema DSM-IV

postoje tri skupine karakterističnih simptoma, a to su ponovno proživljavanje traume, izbjegavanje i povlačenje te pojačana pobudljivost (Kozarić-Kovačić i sur., 2007).

PTSP se može podijeliti na akutni, kronični i odloženi/odgođeni. Kod akutnog se simptomi javljaju unutar tri mjeseca od traumatskog događaja (Kozarić-Kovačić i sur., 2007). O kroničnom se PTSP-u radi kad simptomi traju više od tri mjeseca, a o odgođenom kada simptomi počinju barem šest mjeseci nakon traume. Kod kroničnog je PTSP-a prognoza znatno nepovoljnija i može rezultirati težim oštećenjima ličnosti (Mihaljević-Peješ, 2000).

5. Dijagnoza PTSP-a

5.1. Dijagnostički kriteriji za PTSP

Dijagnostički kriteriji za PTSP prema MKB-10 ističu da je riječ o poremećaju koji se mora razviti unutar šest mjeseci od stresnog iskustva te da je tijek u malom broju slučajeva kroničan, a da se u većini slučajeva očekuje oporavak. Onaj manji broj s kroničnim tijekom obično prelazi u trajnu promjenu ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja. Budući da je navedeno da se prema MKB-10 PTSP mora razviti unutar šest mjeseci, ta činjenica onemogućuje postavljanje dijagnoze odgođenog PTSP-a, a nejasno definiranje pojma kroničnosti onemogućuje postavljanje dijagnoze kroničnog PTSP-a. S druge strane, dijagnostički kriteriji prema DSM-IV u znatnijoj mjeri zadovoljavaju potrebe kliničara, osobito pri postavljanju dijagnoze PTSP-a u znanstvenim istraživanjima, a njihovo je važno obilježje da simptomi moraju trajati najmanje jedan mjesec. Osim toga, u DSM-IV su jasno definirani pojmovi akutno i kronično, što osim dijagnostike olakšava i individualniji terapijski pristup (Mihaljević-Peješ, 2000). U Hrvatskoj se u svakodnevnom kliničkom radu koriste dijagnostički kriteriji prema MKB-10, a u istraživačkom radu dijagnostički kriteriji prema DSM-IV i DSM-IV-TR (Kozarić-Kovačić i sur., 2007). Općenito su u kliničkoj praksi u primjeni obje skupine kriterija te obje skupine treba poznavati za sigurno postavljanje dijagnoze PTSP-a (Gregurek i Klain, 2000). U Tablici 1 navedeni su istraživački kriteriji MKB-10, koji se se velikim dijelom podudaraju s DSM-IV kriterijima.

Tablica 1. Dijagnostički kriteriji za posttraumatski stresni poremećaj (istraživački kriteriji MKB-10) (prema Kozarić-Kovačić i sur., 2007).

Kriterij A: Traumatski događaj
Osoba je bila izložena traumatskom događaju ili situaciji iznimno jake ugroženosti ili

katastrofalne prirode (kraćeg ili duljeg trajanja) koja može izazvati sveprožimajuću uznemirenost kod gotovo svake osobe.
Kriterij B: Ponovno proživljavanje događaja
Perzistentno proživljavanje događaja mora biti prisutno u najmanje jednom od sljedećeg:
1) ponavljajućim intruzivnim sjećanjima
2) ponovnim doživljavanjima događaja /flashback/
3) ponovnim doživljavanjima događaja u snovima
4) osjećajima intenzivne psihološke uznemirenosti u situacijama izloženosti okolnostima koje podsjećaju ili su povezane s traumatskim događajem
Kriterij C: Izbjegavanje
Osoba pokazuje ili preferira izbjegavanje situacija i okolnosti koje podsjećaju ili su povezane s traumatskim događajem. Izbjegavanje nije bilo prisutno prije izlaganja traumatskom događaju.
Kriterij D: Stalni simptomi pojačane pobuđenosti
Jedno od sljedećeg mora biti prisutno:
1) nemogućnost prisjećanja, djelomično ili potpuno, značajnih aspekata događaja ili razdoblja izlaganja traumatskom događaju
2) perzistirajući simptomi pojačane psihološke osjetljivosti i pretjerane uznemirenosti koje nisu postojale prije izlaganja traumatskom događaju i koje se izražavaju u najmanje dvoje od sljedećeg:
a. teškoće usnivanja i održavanja spavanja
b. razdražljivost ili napadi ljutnje
c. teškoće koncentracije
d. hipervigilnost
e. pretjerana reakcija prestrašenosti
Kriterij E: Trajanje
Kriteriji B, C i D moraju biti zadovoljeni u razdoblju do šest mjeseci nakon izloženosti traumatskom događaju. Početak poremećaja slijedi nakon traume s razdobljem latencije od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci (ali malokad prelazi razdoblje od šest mjeseci). Izuzetno rijetko može se postaviti dijagnoza PTSP-a i nakon šest mjeseci od događaja ako je prisutna tipična klinička slika.

Dijagnostički kriteriji za postavljanje dijagnoze PTSP-a prema DSM-IV su (prema Mihaljević-Peleš, 2000):

A. Osoba je bila izložena traumatskom događaju u kojem su oba od sljedećih kriterija bila prisutna:

1. osoba je iskusila ili bila svjedokom u događaju gdje je prijetila opasnost od smrti ili ozbiljnog ozljeđivanja, odnosno postojala je prijetnja osobnom ili tuđem tjelesnom integritetu; 2. osoba je iskusila intenzivan strah, bespomoćnost i užas (u djece se takvo stanje može izraziti dezorganiziranim ili agitiranim ponašanjem)

B. Traumatsko iskustvo se ponovno proživljava na jedan ili više od sljedećih načina:

1. ponavljajuća intruzivna sjećanja na događaj koja uključuju slike, misli ili opažanja (u male djece vidljivo je u ponavljanju igre u kojoj je izražena tema traume); 2. ponavljanje uznemirujućih snova o događaju (u djece se javljaju zastrašujući snovi, bez prepoznatljivog sadržaja); 3. osjećaj da se traumatski događaj ponavlja, uključujući iluzije, halucinacije ili „flashback“ epizode koje se događaju u budnom stanju ili u stanju intoksikacije (u male djece javlja se igranje koje oponaša traumatski događaj); 4. intenzivan psihološki distres pri izloženosti vanjskom ili unutarnjem podražaju koji simbolizira ili podsjeća na neki aspekt traumatskog događaja; 5. psihološki odgovor na izlaganje unutrašnjem ili vanjskom podražaju koji simbolizira neki aspekt traumatskog događaja

C. Stalno izbjegavanje podražaja povezanih s traumatskim događajem i nemogućnost izražavanja osjećaja (što nije bilo prisutno prije traume), a prisutno je u tri ili više od sljedećih simptoma:

1. nastojanje da se izbjegnu misli, osjećaji ili razgovor povezan s traumatskim događajem; 2. nastojanje da se izbjegnu radnje, mjesta i osobe koji mogu podsjećati na traumu; 3. nesposobnost da se prisjeti nekih važnih dijelova traume; 4. značajan gubitak interesa za sudjelovanjem u raznim aktivnostima; 5. osjećaj odvojenosti ili otuđenja od drugih osoba; 6. gubitak sposobnosti izražavanja osjećaja; 7. osjećaj besperspektivnosti (npr. ne očekuje da će imati karijeru, brak, djecu i sl.)

D. Stalni simptomi pojačane pobuđenosti (koji nisu bili prisutni prije traume), a izražavaju se u barem dva ili više od sljedećih simptoma:

1. teškoće usnivanja i prosnivanja; 2. iritabilnost ili osjećaj bezrazložnog gnjeva; 3. teškoće koncentracije; 4. hipervigilitet; 5. pretjerane reakcije iznenađenja

E. Trajanje simptoma pod B, C i D dulje od jedan mjesec

F. Poremećaj dovodi do klinički značajnih poteškoća ili vidljivih oštećenja na planu funkcioniranja u društvenom, radnom i ostalim životno važnim područjima.

5.2. Dijagnostičke metode

PTSP nije lako ustvrditi i nije ga teško simulirati, a razlog je tome komplicirana diferencijalna dijagnoza te činjenica da se bazira većinom na simptomima opisanim od bolesnika (Kozarić-Kovačić i sur., 2007). No prilikom procjene nedostatno bi bilo donositi zaključke samo na temelju subjektivnog opisa simptoma jer osoba može u svrhu simulacije preuveličavati simptome, a može se dogoditi da neki traumatski događaj uopće ne percipira kao takav. Zbog toga je za adekvatnu procjenu simptoma važno provesti ambulatnu ili kliničku opservaciju (Žarković Palijan i Kovačević, 2009). U dijagnostičkoj je evaluaciji PTSP-a važno najprije istražiti traumatske događaje i iskustva. Zatim je važna formalna dijagnostička procjena te upotreba psihofizioloških mjera. Na koncu je potrebna funkcionalna procjena osobe (Kozarić-Kovačić i sur., 2007).

5.2.1. Istraživanje traumatskih događaja i iskustava

Središnja je zadaća otkriti situacije koje osoba doživljava kao traumatske (Kozarić-Kovačić i sur., 2003). Zatim je potrebno istražiti kako je osoba doživjela situaciju, kako se postavila prema njoj te koji ishod očekuje. Važno je istaknuti da odgovor pojedinca na traumu ovisi o vrsti stresora, ali i o individualnoj mogućnosti pokazivanja emocija. Osobito je važno istražiti i je li osoba imala neku prijašnju traumu, osobito rano traumatsko iskustvo, njezinu psihijatrijsku anamnezu, hereditet duševnih bolesti, simptome akutnog stresa te narav biološkog odgovora. Trauma Screening Questionnaire (TSQ; Brewin, 2002), koji se sastoji od deset pitanja, može pomoći u ovu svrhu. Obuhvaća simptome ponovnog proživljavanja (uznemirujuće misli ili emocije, uznemirujuće snove, osjećaj kao da se događaj ponovno zbiva, uznemirenost na podsjetnike, simptome fizičke tjeskobe) te simptome pojačane pobudljivosti (poteškoće spavanja, iritabilnost, teškoće koncentriranja, veću svijest o opasnosti, lako trzanje) (Kozarić-Kovačić i sur., 2007).

5.2.2. Formalna dijagnostička procjena i psihofiziološke mjere

Formalna dijagnostička procjena predstavlja proces koji uključuje strukturirani intervju, detaljni psihijatrijski pregled, psihometrijske i psihodijagnostičke postupke te multidimenzionalnu procjenu (Kozarić-Kovačić i sur., 2007).

Klasifikacija psihičkih poremećaja prema DSM-IV omogućuje primjenu strukturiranih intervjua za gotovo sve poremećaje pa tako i za PTSP postoji niz strukturiranih i polustrukturiranih intervjua. Nazivi, autori i osnovne karakteristike pojedinog intervjua navedeni su u Tablici 2 (Jokić-Begić, 2000a). Za dijagnostičku evaluaciju PTSP-a najčešće se rabi SKID (Spitzer, Gibbon, Williams, First, 1996), strukturirani klinički dijagnostički intervju za DSM-IV. SKID-I namijenjen je dijagnozi na osi I iz DSM-IV, a SKID-II dijagnozi na osi II iz DSM-IV. SKID pokazuje iznimne metrijske karakteristike, a njegova je prednost i u tome što pokriva veliko područje psihopatologije. Nedostaci su dihotomni rezultat (ispitanik ima ili nema PTSP) kao i zahtjev za visokostručnim i iskusnim intervjuerom. DIS (Diagnostic Interview Schedule; Robins, Heltzer, Croughan, Ratliff, 1981) u čestoj je upotrebi pri ispitivanju sudionika prirodnih katastrofa, a glavne su njegove prednosti široka upotreba u općoj populaciji te mala zahtjevnost što se tiče stručnosti intervjuera. Osnovni nedostaci su niska senzitivnost i dihotomno ocjenjivanje. Kao alternativa SKID-u i DIS-u dizajniran je SI-PTSD (Structured Interview for PTSD; Davidson, Smith, Kudler, 1989) koji u odnosu na navedene intervjue donosi dvije novosti: simptomi se definiraju preko učestalosti i intenziteta pojedinog ponašanja te procjenu emocionalne zakočenosti donosi ispitivač, a ne sam ispitanik. PTSD Interview (Watson, Juba, Manifold, Kucula, Anderson, 1991) instrument je koji je početkom rata preveden i u Hrvatskoj te je tijekom rata bio u širokoj primjeni. Ispitanik procjenjuje svaki simptom na 7-stupanjskoj skali Likertovog tipa. Prednosti su tog instrumenta, uz iznimne metrijske karakteristike, izražavanje kontinuiranog rezultata te što intervjuiranje ne zahtjeva visoku stručnost i iskustvo. Nedostatak je sličnost s upitničkim načinom ispitivanja te stoga kod ispitanika može doći do naviknutosti na procjenjivanje simptoma putem brojki, tendencije da daje uvijek isti tip odgovora i slično. SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry; Wing i sur., 1990; Sartorius i sur., 1993) konstruiran je prema MKB-10 kriterijima za psihičke poremećaje, ali se ocjenjivanje može učiniti i prema DSM-III-R kriterijima. Dio koji se odnosi na PTSP traje pet minuta i uključuje sedam simptoma te se oni moraju javljati u posljednjih šest mjeseci kako bi bili registrirani. Prednost tog instrumenta je mogućnost kroskulturalne procjene PTSP-a u različitim zemljama koje se ovim klasifikacijskim sustavom koriste, a nedostaci se odnose na premali broj simptoma i predugo vrijeme u kojem se oni mogu javljati te nedovoljno određene metrijske karakteristike

(Jokić-Begić, 2000a). U Tablici 2 naveden je i CAPS (Clinical Administered PTSD Scale; Blake i sur., 1990) i njega je vrlo važno izdvojiti. To je strukturirani intervju za procjenu vodećih i pratećih simptoma PTSP-a, odnosno skala koja omogućava kvantifikaciju svakog od 17 simptoma PTSP-a prema kriterijima DSM-IV, a uključuje i dodatnih osam simptoma: krivnju zbog učinjenih ili propuštenih djela, krivnju zbog preživljavanja, homicidalnost, razočaranje u autoritete, osjećaj beznada, poremećaj pamćenja, tugu i depresiju te i osjećaj preplavljenosti. Ta je skala konstruirana da odvaja učestalost pojave simptoma od intenziteta simptoma (Žarković Palijan i Kovačević, 2007) te je najčešće upotrebljavana u praksi (Kozarić-Kovačić i sur., 2007). Ispitanik koji ima manji broj vrlo intenzivnih simptoma može zadovoljiti kriterije za dijagnozu kao i onaj koji ima veći broj manje intenzivnih simptoma. Procjenjuju se simptomi koji se javljaju unatrag mjesec dana te ima jasne korelate u ponašanju za svaki simptom što ga u primjeni čini jasnijim i objektivnijim. Rezultat se može izraziti kao dihotoman ili kontinuiran, a ima i dobre metrijske karakteristike (Jokić-Begić, 2000a). Strukturiranim se intervjuima obuhvaćaju detaljne informacije u vezi demografskih podataka, medicinske povijesti, radnog statusa i radne povijesti, socijalne anamneze i obrazovanja, no oni ne procjenjuju jakost simptoma (Kozarić-Kovačić i sur., 2007).

Detaljni psihijatrijski pregled uključuje procjenu psihičkog statusa. Uz to je potrebno ispitati neurološki i tjelesni status (Kozarić-Kovačić i sur., 2007).

Već navedeni i opisani CAPS pripada i *psihometrijskim i psihodijagnostičkim postupcima*, uz Mississippi skalu za PTSP (M-PTSD; Keane, Caddell, Taylor, 1988), LASC (Los Angeles Symptom Checklist; King, 1995), IES (Impact of Event Scale; Horowitz, Wilner; Alvarez, 1979, Weiss i Marmar, 1996), PSS-I (PTSD Symptom Scale - Interview; Foa, Riggs, Dancu, Rothbaum, 1993) te MMPI/MMPI-2 (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory; Minnesota multifazični inventar ličnosti) (Kozarić-Kovačić i sur., 2007). U Tablici 3 navedene su neke od skala (s pripadajućim metrijskim karakteristikama) koje se rabe i u Hrvatskoj (Jokić-Begić, 2000a). M-PTSD (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD) instrument je nastao 1988. godine, konstruiran prema DSM-III kriterijima za PTSP te se u literaturi ističe kao jedan od najboljih instrumenata namijenjenih mjerenju intenziteta PTSP-a u ratnih veterana. Sadrži 35 tvrdnji (opisa teškoća) na koje ispitanik odgovara na skali Likertovog tipa od pet stupnjeva. Kasnije revizije prilagođavale su skalu promjenama nastalim u dijagnostičkim kriterijima DSM-a. Ta skala daje kontinuiranu mjeru izraženosti PTSP-a, budući da se rezultat na skali izražava zbrojem pojedinačnih odgovora. Upravo je zbog te karakteristike kontinuiranosti taj instrument omiljen među istraživačima ovog područja. Također ima visoke korelacije s ostalim mjerama

PTSP-a te visoku test-retest pouzdanost i unutarnju konzistenciju. Njenu šest-faktorsku strukturu čine: intruzivna sjećanja i depresivni simptomi, interpersonalna neprilagodljivost, afektivna labilnost, ruminacije, teškoće u odnosima s drugima i teškoće spavanja. Jedan od prvih instrumenata namijenjenih isključivo za mjerenje PTSP-a je IES (Impact of Event Scale), skala koja je fokusirana na dvije skupine simptoma: izbjegavanje i intruzije. Ta skala ne pokriva svu širinu simptoma koja se danas traži u dijagnostici budući da je nastala prije uključivanja poremećaja u DSM-III, dok dijagnoze u ovom današnjem obliku nije bilo. Od ispitanika se traži da opiše traumatski događaj te odredi učestalost javljanja svakog od 15 simptoma tijekom proteklog tjedna. Metrijske su karakteristike ove skale dobre. Upitnik stresnih i traumatskih borbenih iskustava (USTBI; Kuterovac i Bunjevac, 1994) je instrument razvijen u Hrvatskoj zbog specifičnosti traumatskih događaja kojima su bili izloženi veterani tijekom Domovinskog rata. To je lista za označavanje konstruirana prema specifičnostima rata u Hrvatskoj, a sastoji se od 40 čestica na koje se odgovara na skali od 3 stupnja. Metrijske karakteristike su dobre: unutarnja konzistencija je visoka (0.94), dobar je prediktor razvoja PTSP-a nakon izlaganja borbenim iskustvima, osjetljiv je na učinak višekratnog izlaganja traumi te je multidimenzionalan (autori navode sedam čimbenika: negativno borbeno okruženje, ranjavanje i nedostatak medicinske pomoći, zarobljavanje i mučenje, ugroženost zbog neinformiranosti, gubitak doma i obitelji, svjedočanstvo smrti, iskustva u minskom polju. Iako taj upitnik nije u potpunosti standardiziran, smatra se da predstavlja bolju mjeru borbenih i traumatskih iskustava nego bilo koji inozemni upitnik budući da sadrži čestice specifične za Domovinski rat (npr. izbjeglištvo, uništavanja građevina i slično) (Jokić-Begić, 2000a).

Budući da osoba može poricati ili preneglašavati simptome multimetodni je pristup osobito koristan (Kozarić-Kovačić i sur., 2003). *Multidimenzionalna procjena* odnosi se na procjenu ponašanja i kognitivne mjere (Kozarić-Kovačić i sur., 2007). Mjere kognitivnih sposobnosti donose vrlo važne podatke o: načinima obrade podataka oboljelih od PTSP-a, utjecaju pojedinih sposobnosti na pojavu poremećaja te o utjecaju poremećaja na kognitivne sposobnosti. Testovi kognitivnih sposobnosti koji se koriste za istraživanje prirode i posljedica poremećaja dijele se na one koji sadrže zadatke sa specifičnim emocionalnim nabojem i na one čiji zadaci su univerzalni i bez specifičnog značenja za osobe sa PTSP-em. Od onih koji sadrže zadatke sa specifičnim emocionalnim nabojem najčešće se koriste Stroopov test interferencije te zadaci pamćenja i dosjećanja. U područje PTSP-a Stroopov test interferencije uveo je McNally (1990, prema Jokić-Begić, 2000b). Ispitaniku se pokažu riječi različitog emocionalnog značenja (npr. ljubav, brod, ranjenik), napisane različitim bojama, a zadatak je ispitanika imenovanje boje

kojom su riječi napisane (pri čemu treba zanemariti značenje riječi). Značenje riječi, usprkos usmjerenosti na taj zadatak, utječe na ispitanika, a očituje se u produžavanju vremena potrebnog za identifikaciju boje. McNally je (1990, prema Jokić-Begić, 2000b) na vijetnamskim veteranima dokazao interferenciju za riječi koje su imale neke povezanosti s borbom. Ta je interferencija bila u pozitivnoj korelaciji s intenzitetom PTSP-a, no ne i sa stupnjem izloženosti borbenim stresovima. Dobiveni podaci, kako navodi McNally (1990, prema Jokić-Begić, 2000b) odražavaju stupanj intruzivnih kognicija, a ne izloženost traumi. Zadatak dosjećanja koristili su McNally i sur. (1994, prema Jokić-Begić, 2000b), ispitujući autobiografsko pamćenje. Tražili su od ispitanika da se dosjete specifičnih osobnih događaja koja se odnose na riječi različitog značenja (npr. ljubaznost, lojalnost, krivnja, panika) te dobili sljedeći rezultat: ispitanici s PTSP-em pokazivali su značajne poteškoće u dosjećanju autobiografskih podataka, posebno na "pozitivne" riječi. Od testova koji sadrže zadatke bez emocionalnog značenja najčešće se navode standardizirani testovi inteligencije, testovi pamćenja, učenja, vizuospacijalnih sposobnosti, organizacije i planiranja. Od testova inteligencije najčešće se koristi Wechslerov test inteligencije (WAIS) (Jokić-Begić, 2000b). Dalton je (1989, prema Jokić-Begić, 2000b) proveo istraživanje na 100 hospitaliziranih veterana sa PTSP-em. Ukupni rezultat i rezultati po subtestovima iz Wechslerove ljestvice za ispitivanje inteligencije kretali su se oko prosječnih vrijednosti za populaciju. Odstupanja su nađena na dva subtesta: Pamćenje brojeva i Šifriranje. Osim Wechslerovog testa inteligencije, često se koristi Revidirani Beta test (Jokić-Begić, 2000b). Revidirani Beta test (Kellogg i Morton, 1934, 1943) služi za mjerenje opće inteligencije relativno neobrazovanih osoba i osoba koje imaju govornih teškoća (Galić, 2002). Jokić-Begić (2000b) u svom je istraživanju koristila Revidirani Beta test. Jedan od rezultata navedenog istraživanja je da su kognitivne sposobnosti negativno povezane s intenzitetom PTSP-a (Jokić-Begić, 2000b).

Psihofiziološke mjere obuhvaćaju objektivno mjerenje simptoma podražljivosti koje se ne može simulirati (Kozarić-Kovačić i sur., 2007).

5.2.3. Funkcionalna procjena osobe

Za funkcionalnu procjenu osobe koriste se različite skale kvalitete života, a ona obuhvaća: pretraumatsku povijest, neposredni pretraumatski psihosocijalni kontekst, sam događaj, neposredne strategije sučeljavanja te posttraumatski psihosocijalni kontekst (obiteljska i društvena potpora-odgovornost društva) (Kozarić-Kovačić i sur., 2007).

5.3. Diferencijalna dijagnoza

PTSP se često mora razlučiti od drugih dijagnostičkih kategorija koje se mogu javiti s njim. Ključni simptomi – anksioznost, ponavljajuće noćne more, *flashbackovi*, reakcije preplašenosti, fobično izbjegavanje događaja koji se odnosi na traumatski događaj – nisu dijagnostički karakteristični za druge mentalne poremećaje, ali mnogi pacijenti ne pokazuju uvijek "čiste" kliničke slike (Kozarić-Kovačić i sur., 2003). Stoga se slučajevi PTSP-a često pogrešno dijagnosticiraju kao shizofrenija ili neka druga vrsta poremećaja mišljenja (Foy, 1994). Problemi u diferencijalnoj dijagnostici nastaju stoga što mnogi pacijenti s PTSP-em:

- a) često iznose dodatne simptome kao što su uznemirenost, umor, nesanica, teškoće u pamćenju i koncentraciji, gubitak seksualnog kapaciteta, socijalno povlačenje
- b) u svakog pacijenta ne mora se razviti puni sindrom PTSP-a
- c) s PTSP-em se mogu javiti popratno različiti drugi poremećaji, kao što su depresija, uzimanje sredstava ovisnosti, antisocijalno ponašanje, kratke psihotične epizode (Kozarić-Kovačić i sur., 2003).

Ukoliko se u bolesnika s PTSP-em osim simptoma karakterističnih za PTSP jave i simptomi koji se mogu bolje protumačiti drugim jasno prepoznatljivim poremećajem, tada ih sukladno tome treba posebno klasificirati. Kada su uz PTSP zadovoljeni uvjeti za postavljanje neke druge dijagnoze, tada treba postaviti komorbidnu dijagnozu (Kozarić-Kovačić i sur., 2007). Ukoliko kod osobe komorbidne dijagnoze postoje, potrebno je za svaku pojedinačno odrediti povezanost s traumom te na kraju evaluirati eventualne poteškoće u radnom i socijalnom funkcioniranju (Žarković Palijan i Kovačević, 2007).

5.4. Zaključno o dijagnozi PTSP-a

Procjena i dijagnoza PTSP-a često je teška, no uz što više različitih metoda procjene, bolja je i mogućnost postavljanja točne dijagnoze; kombiniranje različitih metoda procjene postiže 85-95% usklađenosti (Kozarić-Kovačić i sur., 2007). Diferencijalna dijagnoza i određenje kliničke težine poremećaja kritične su komponente u planiranju tretmana (Carroll i Foy, 1994). Temeljni je prigovor u dijagnosticiranju simptoma PTSP-a da dijagnoza može poslužiti kao okvir u kojem se mogu prikazati sve postojeće emocionalne teškoće osobe bez obzira na kauzalitet. Npr. u simulaciji se mogu navoditi traumatski događaji koji se stvarno nisu dogodili. Također, simptomi se mogu povezati sa stvarnim traumatskim događajem, a posljedica su nekog prethodnog traumatizirajućeg doživljaja ili osnovnih karakteroloških osobina osobnosti. Isto tako postoji i mogućnost agravacije, pretjeranog (lažnog) preuveličavanja

simptoma, ali i potiskivanja što dovodi do minimiziranja poteškoća. Kod procjene PTSP-a, zbog mogućih se poteškoća preporuča se da se ona radi timski (Žarković Palijan i Kovačević, 2007).

6. Prevencija PTSP-a

Važnu ulogu u prevenciji PTSP-a, iako će razvoj PTSP-a ovisiti o različitim čimbenicima, ima pravilna i pravodobna psihoedukacija. Ona podiže razinu znanja psihotraumatizirane osobe o poremećaju, njegovim simptomima i vlastitom ponašanju. Prilikom psihoedukacije, liječnici obiteljske medicine bi trebali poticati bolesnika na razgovor s obitelji i prijateljima o proživljenom traumatskom iskustvu, posebno naglašavajući važnost dijeljenja vlastitih emocija s osobama kojima se vjeruje (Kozarić-Kovačić i sur., 2007). Debriefing (debriefing), sažeta integracija traume (CISID, critical incident stress debriefing, Lewis Herman, 1996), predstavlja jednu od psihoterapijskih metoda koje se mogu primijeniti neposredno nakon traume (Kozarić-Kovačić i sur., 2007). Bitno ga je primijeniti u pravo vrijeme. Prerani debriefing nema puno smisla jer osobi koja je proživjela traumatska iskustva treba dati neko vrijeme da sa situacijom pokuša izaći na kraj sama, oslanjajući se na vlastite snage. Iako su istraživanja Frančišković i sur. (1992) pokazala da debriefing nije prevenirao razvoj PTSP-a, ipak je primijećeno da su se bolesnici koji su debriefing prošli brže oporavljali. U procesu prevencije veliku važnost imaju liječnici primarne zaštite (Frančišković i Rukavina, 2007), a svoju ulogu u preveniranju i ublažavanju posljedica traumatskih iskustava ima i psihosocijalna pomoć (Lewis Herman, 1996), odnosno socijalna podrška. Socijalna je podrška “zaštitna membrana” koju čine značajni drugi i koja traumatiziranu osobu štiti od daljnjeg izlaganja stresu (Jelušić i sur., 2010). Ona podrazumijeva potporu koju pružaju obitelji, prijatelji i poznanici koji brinu o primarnoj žrtvi traume (Klarić i sur., 2010). Čak i kod osoba koje su preživjele teže traume, kao što je ratno zarobljeništvo, nedostatak se socijalne podrške pokazao značajnim prediktorom težine posttraumatskih simptoma (Jelušić i sur., 2010). Također, meta-analiza faktora rizika Brevina i sur. (2000, prema Klarić i sur., 2008) pokazala je da je socijalna podrška najjači prediktor razvoja PTSP-a. Proučavajući obiteljski sustav kada je jedan član traumatiziran te analizirajući čimbenike socijalne podrške (emocionalna briga, utjeha, ljubav, ohrabrenje, savjetovanje, društvo i konkretna pomoć) Figley je (1989, prema Klarić i sur., 2010) zaključio da je obitelj naj snažnija jedinica društva koja traumatiziranom može pružiti sve aspekte potrebne podrške koji djeluju kao “protuotrov” stresnim poremećajima. I Lewis Herman (1996) zaključuje da su ratni veterani koji nemaju obiteljsku podršku izloženiji riziku razvijanja posttraumatskih simptoma. Ukoliko se osobu optužuje zbog, na primjer, sudjelovanja u ratu ili su njezine aktivnosti tijekom traume dovedene u sumnju (npr. kod silovanja), povećava se rizik pojave (a i

prolongiranja) PTSP-a. Da bi zaštitna uloga socijalne podrške došla do izražaja, ona treba biti kontinuirana (Jokić-Begić, 2000b).

7. Liječenje PTSP-a

Liječenje PTSP-a obuhvaća tri važna aspekta: edukacija, psihosocijalna i psihoterapijska podrška i/ili liječenje i primjena psihofarmakoloških metoda liječenja (Kozarić-Kovačić i sur., 2007). Terapijski je pristup PTSP-u vrlo raznolik, a odluka o odgovarajućem terapijskom modelu ovisit će ponajprije o podobnosti traumatizirane osobe za neku od terapijskih tehnika. Zbog toga odabir terapijskog modela ovisi o dobrom kontaktu s pacijentom i intervjuu tijekom kojeg se trebaju prikupiti podaci na temelju kojih se donosi odluka o najadekvatnijem terapijskom pristupu. Koja će tehnika biti izabrana ovisi, ponajprije, o pacijentu, njegovom premorbidnom funkcioniranju, komorbiditetu, psihoseksualnom razvoju, fiksacijama, snagama ega, obranama, sposobnosti za razumijevanje psihološkog, kao i traumatskom događaju, ali i o edukaciji terapeuta (Gregurek i Klain, 2000).

7.1. Psihosocijalna pomoć

Kao izravne ili posredne posljedice svoje bolesti, oboljeli od PTSP-a trpe društvene hendikepe te često ostaju bez potpore najbližih i okoline. Taj ih gubitak dodira s obitelji i prijateljima, uz sve slabiju prilagodbu, vodi k sve većoj društvenoj izolaciji. Za prilagodbu i oporavak osobe oboljele od PTSP-a izuzetno je važan stav koji članovi njegove obitelji, ljudi s radnog mjesta ili šireg društva imaju prema njemu (Anton i sur., 2007). Stoga je, osim u preveniranju, psihosocijalna pomoć od velike važnosti i u ublažavanju posljedica traumatskih iskustava. Keane je (1985, prema Vukušić i Komar, 2000) pokazao da su intenzitet simptomatike PTSP-a i razina socijalne potpore u obrnuto proporcionalnom odnosu; što je razina socijalne potpore (mjerena intenzitetom pozitivnih socijalnih interakcija i širinom mreže socijalnih odnosa) veća, to je intenzitet simptomatike PTSP-a manji (Vukušić i Komar, 2000). Dosadašnja su istraživanja ukazala na to da je veća socijalna podrška nakon borbenog stresa povezana s boljim posttraumatskim ishodima. Tako su potvrđeni pozitivni učinci socijalne podrške na psihološku prilagodbu u uzorku izraelskih vojnika, gdje su intenzivniji simptomi PTSP-a povezani s nedostatnom socijalnom podrškom i tijekom druge i tijekom treće godine nakon rata (Jelušić i sur., 2009). Stručnjaci za PTSP slažu se da, bez obzira na to kakav bio specifični terapijski pristup, socijalna podrška ima ključnu ulogu (Davison i Neale, 2002). Također, istraživanja su pokazala da se kvaliteta i kvantiteta podrške mijenja tijekom vremena. Tako su rezultati istraživanja socijalne potpore vijetnamskim ratnim veteranima (Keane i sur., 1985,

prema Jelušić i sur., 2010) ukazali na značajan pad veličine socijalne mreže i pad u kvalitativnim dimenzijama socijalne podrške (osobito emocionalne podrške). Jelušić i sur. (2009) ispitali su razlike u socijalnoj podršci u grupi hrvatskih ratnih veterana koji su tražili psihijatrijsku pomoć i kojima je dijagnosticiran PTSP i u grupi hrvatskih ratnih veterana bez PTSP-a kao i promjene u kvaliteti i kvantiteti socijalne podrške tijekom vremena. Rezultati su dvosmjernih analiza varijance pokazali da veterani bez PTSP-a navode značajno veći broj osoba koje im pružaju različite oblike podrške (emocionalnu potporu, socijalizaciju, praktičnu pomoć, financijsku pomoć) od veterana sa PTSP-em. Također, percipirana je podrška obitelji i prijatelja veća kod veterana bez PTSP-a nego kod onih sa PTSP-em. Ti su rezultati u skladu s hipotezama postavljenim na osnovu rezultata prijašnjih istraživanja. Podrška dobivena od prijatelja i suboraca s vremenom opada u obje skupine (osobito emocionalna), ali se u skupini veterana s PTSP-em podrška značajno više smanjila. Rezultat da emocionalna podrška opada tijekom vremena i kod grupe veterana bez PTSP-a u suprotnosti je s rezultatima koje su dobili Keane i sur. (1985). Kao moguće se objašnjenje navodi da, iako ispitanici bez PTSP-a nisu zatražili psihijatrijsku pomoć, moguće je da su ipak imali neke simptome PTSP-a, koji su mogli utjecati na njihovo ponašanje te interferirati sa socijalnim odnosima (Jelušić i sur., 2009).

7.2. Psihoterapija

Psihoterapija je učinkovit terapijski model u rehabilitaciji psihotraumatiziranih osoba (Gregurek i Braš, 2007), a njeni su glavni ciljevi dekonicioniranje straha i anksioznosti povezanih s traumatskim sjećanjima te ponovna uspostava osjećaja osobnog integriteta i kontrole kako bi kao žrtva traume osoba ponovno našla smisao u životu. Kada god je to moguće, u liječenju PTSP-a treba preferirati psihoterapiju nad psihofarmakološkim liječenjem, osobito kada su simptomi blagi i kada se radi o tzv. nekomplikiranom PTSP-u bez komorbidnih poremećaja. Dakle ovisno o težini kliničke slike, psihoterapija se može provoditi samostalno ili u kombinaciji sa psihofarmakološkom terapijom. Do danas nema univerzalnog preporučljivog modela ili psihoterapijske tehnike liječenja PTSP-a, a psihoterapijske tehnike koje se najčešće koriste su psihodinamska i integrativna psihoterapija te kognitivno-bihevioralna terapija. U praksi se one često kombiniraju (Kozarić-Kovačić i sur., 2007).

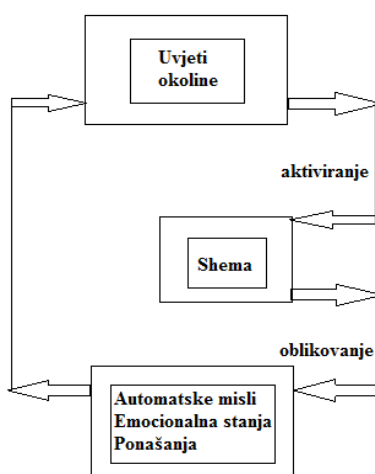
7.2.1. Psihodinamska psihoterapija

Postoje dva tipa psihodinamske psihoterapije karakteristična za liječenje PTSP-a, suportivna i ekspresivna. Suportivna ima za cilj jačanje ega, jačanje već postojećih sposobnosti osobe za rješavanje svakodnevnih životnih teškoća. Tu je pažnja fokusirana na optimiziranje

obiteljskog, radnog i socijalnog funkcioniranja te nije potrebno oživljavati prošla iskustva. S druge strane, ekspresivna psihoterapija ima za cilj uvid kroz analizu nesvjesnih sadržaja. Temelji se na traženju veze između sadašnjih problema i prošlih traumatskih i obiteljskih iskustava kako bi se pojedinac suočio s uznemiravajućim iskustvom i njime ovladao. Oba se tipa psihodinamske psihoterapije mogu provoditi kao individualna, grupna, bračna i obiteljska (Kozarić-Kovačić i sur., 2007). Britvić i sur. (2005) u svom radu iznose, između ostalog, i rezultate dugotrajne, psihodinamski orijentirane, suportivne grupne psihoterapije primjenjene na jednoj od tri skupne ispitanika, ratnih veterana. Rezultati su pokazali da je primjena dugotrajne grupne psihoterapije djelomično učinkovita u liječenju PTSP-a budući da dovodi do smanjenja nekih simptoma (simptoma intruzije i pojačane pobuđenosti te ukupnih simptoma PTSP-a). Ipak, ne utječe na duboko ukorijenjene promjene u ličnosti oboljelih - ne mijenja visoke razine anksioznosti, depresivnosti i aktivirane nezrele mehanizme obrane. Kao glavno ograničenje navedene studije navodi se relativno malen broj ispitanika (N=116) (Britvić i sur., 2005). Bilić i sur. (2010) ispitali su učinkovitost kombiniranog modela liječenja oboljelih od PTSP-a. Taj je model uključivao dugoročnu ambulantnu individualnu psihoterapiju, psihofarmakoterapiju i grupnu psihoterapiju, uz uglavnom suportivan terapijski pristup. Pokazao se učinkovitim u smanjivanju i održavanju niže razine posttraumatskih simptoma, utječući osobito na poboljšanje socijalnog funkcioniranja oboljelih. Bilić i sur. predlažu ga kao važan model liječenja PTSP-a (Bilić i sur., 2010).

7.2.2. Kognitivno-bihevioralna terapija

Kognitivno-bihevioralni tretman započinje edukacijom klijenta o prirodi poremećaja te upoznavanjem klijenta s kognitivnim modelom na kojem se terapija temelji. Taj je kognitivni model prikazan na Slici 1.



Slika 1. Kognitivni model funkcioniranja pojedinca (Anić i Jokić-Begić, 2000).

On pretpostavlja da svaki pojedinac prima i prorađuje podatke na svoj naročiti i jedinstveni način, odnosno, da reakcije pojedinca nisu određene samo vrstom i intenzitetom nekog događaja nego i vlastitom procjenom i značenjem tog događaja za pojedinca (Anić i Jokić-Begić, 2000).

Carroll i Foy (1994) navode *tri bihevioralne metode liječenja PTSP-a*: gašenje straha /terapija izlaganjem, kognitivno restrukturiranje/kognitivna terapija i uvježbavanje novih navika/metoda ovladavanja anksioznosti. Navedene se bihevioralne metode mogu razlikovati na temelju glavnih ciljeva intervencije: metode izlaganja imaju za cilj uklanjanje nametajućih misli, *flashbackova* i noćnih mora povezanih s traumatskim iskustvom; metode kognitivnog restrukturiranja primjenjuju se za uklanjanje teškoća pri shvaćanju značenja koje se pripisuje traumatskim iskustvima; metode uvježbavanja vještina namijenjene su poučavanju vještinama suočavanja kojima se mogu ublažiti osobne teškoće ili olakšati uspostava i održavanje međuljudskih odnosa (Carroll i Foy, 1994).

Postoje razne varijante *metode izlaganja*: izlaganjem uživo/*in vivo* i izlaganjem u imaginaciji. Pri izlaganju u imaginaciji od klijenta se traži da se prisjeća što je moguće življe, sa svim mogućim detaljima traumatskog događaja i da ga opisuje u terapijskoj seansi (Anić i Jokić-Begić, 2000). Terapija izlaganjem provodi se i *in vivo* izlaganjem, ponavljanim izlaganjem osoba situacijama koje su sada sigurne, no još uvijek izazivaju strah jer se povezuju s traumom (Kozarić-Kovačić i sur., 2007). U jednoj dobro osmišljenoj studiji iz Nacionalnog centra za PTSP pri Medicinskom centru Veteranske administracije u Bostonu, Keane i sur. (1989, prema Davison i Neale, 2002) usporedili su neliječenu kontrolnu skupinu i skupinu pacijenata s PTSP-em, od kojih je traženo da zamišljaju stanje nakon poplave, nastojeći vizualizirati zastrašujuće, uz traumu vezane prizore tijekom duljeg razdoblja. U vijetnamskih veterana koji su sudjelovali u tom postupku zamišljanja utvrđeno je znatno jače smanjenje depresije, anksioznosti, ponovnog proživljavanja traume, reakcija preplašenosti te iritabilnosti. Bihevioralni terapijski postupci poput sustavnog izlaganja relativno brzo pokazuju napredak, ali za generaliziranje i trajnost poboljšanja pokazalo se korisnim primijeniti i tehnike kognitivne terapije. U *kognitivnoj se terapiji* prilikom početne procjene utvrđuje koja vjerovanja, pretpostavke i tumačenja ima pojedinac o sebi i o svom problemu ili teškoćama. Identificiraju se kognitivne distorzije (iskrivljenja u percipiranju, pamćenju, procjeni važnosti događaja iz okoline) koje pogoduju održavanju disfunkcionalnosti. Distorzije na planu mišljenja karakteristične kod osoba s PTSP-em navedene su u Tablici 4.

Tablica 4. Kognitivna iskrivljenja u procjeni okoline kod PTSP-a (Scott i Stradling, 1992, prema Anić i Jokić-Begić, 2000).

<i>Sve ili ništa mišljenje:</i> „Ili mogu kontrolirati što je oko mene ili ne mogu“
<i>Pretjerano generaliziranje:</i> „Svi su muškarci potencijalni silovatelji“
<i>Mentalno filtriranje ili uočavanje samo jednog negativnog dijela situacije:</i> „Mogao sam tamo poginuti“
<i>Automatsko umanjivanje pozitivnih aspekata situacije:</i> „Samo sam izvršavao svoju dužnost spašavajući ranjenog suborca“
<i>Prebrzo zaključivanje:</i> „Čim mi je rekla da donesem još jednu potvrdu, znao sam da neću dobiti ništa“
<i>Preuveličavanje i umanjivanje:</i> „Od traume sam tako razdražljiv u obitelji i na poslu da to ne mogu izdržati, a ako mi je koji put lakše, to je zanemarivo“
<i>Emocionalno rezoniranje:</i> „Budući da se tako lako uzrujam, sigurno ću završiti u ludnici“
<i>„Moranja“:</i> „Otkad su me napali u dućanu, uvijek tražim da me netko prati. Morala bih ići sama“
<i>Etiketiranje i pogrešno etiketiranje:</i> „Prije rata bio sam veseljak, pun života i optimizma, a sada sam nikakav“
<i>Personalizacija odnosno preuzimanje potpune odgovornosti za događaj:</i> „Da sam bolje kontrolirao situaciju, oni ne bi poginuli“.

Osim kognitivnih distorzija važna su i disfunkcionalna vjerovanja, vjerovanja koja ljudi imaju o sebi i drugima, koja su duboko ukorijenjena, obično oblikovana u ranom djetinjstvu i znatno utječu na ponašanje pojedinca i njegove interakcije s drugima. U Tablici 5 navedena su disfunkcionalna vjerovanja u vezi s traumom (Anić i Jokić-Begić, 2000).

Tablica 5. Disfunkcionalna vjerovanja u vezi s traumom (Anić i Jokić-Begić, 2000).

Neću nikada moći normalno živjeti, šteta je trajna
Nema ničeg dobrog u svijetu
Vjerujem da sam pretjerano reagirao na ono što mi se dogodilo
Više nije važno što mi se događa u životu.

Cilj je kognitivne terapije naučiti bolesnika kako da identificira vlastite disfunkcionalne misli, kako procijeniti dokaze za i protiv te kako usvojiti realističnije misli koje će proizvesti

uravnoteženije osjećaje (Kozarić-Kovačić i sur. 2007). Dakle predmet su terapijske intervencije kognitivne distorzije koje potpomažu održavanje simptoma, a kognitivna je restrukturacija ta koja pomaže identificiranje i prepoznavanje kognitivnih distorzija te njihovo zamjenjivanje realističnijim kognicijama. Treća tehnika kognitivno-bihevioralne terapije je *ovladavanje anksioznošću* koja podrazumijeva učenje klijenata kako da kontroliraju intenzivnu anksioznost pomoću specijalnih vještina. Naglasak nije na aktiviranju anksioznosti već na učenju vještina. Namijenjena je osobama s kroničnom uznemirenošću, uzbuđenošću kakvu vidimo kod pojedinaca s generaliziranom anksioznošću (Anić i Jokić-Begić, 2000). Služi učenju bolesnika vještinama poput relaksacije, vježbi disanja, pozitivnog mišljenja i sl. koje će mu pomoći pri svladavanju stresa (Kozarić-Kovačić i sur., 2007).

Rezultati istraživanja svjetskih stručnjaka upućuju na to da su kognitivno-bihevioralne tehnike najučinkovitije u liječenju PTSP-a (Kozarić-Kovačić i sur., 2007). Ipak, zamijećeno je da se te terapijske tehnike manje uspješno primjenjuju kod ratnih veterana s kroničnim i teškim oblicima PTSP-a (Britvić i sur., 2005).

7.2.3. Intergrativna psihoterapija

Intergrativna psihoterapija temelji se na pretpostavci da posttraumatski stres predstavlja poremećaj unutarnjih i vanjskih granica ega koji se očituje kroz kognitivne, bihevioralne i tjelesne simptome te dodatnu nesvjesnu anksioznost (Kozarić-Kovačić i sur., 2007). Stoga predstavlja psihoterapijski pravac koji sadrži mnogo elemenata raznih terapijskih tehnika i ima mogućnost objediniti ono što je najbolje za PTSP iz svake od njih (Frančišković i Rukavina, 2007). Model temeljen na integrativnoj psihoterapiji sastoji se od pet komponenti, a razvijen je u Južnoafričkoj Republici tijekom ranih 80-ih i ranih 90-ih godina kako bi pomogao velikom broju žrtava raznih trauma. Njegove su komponente sljedeće:

1. Pričanje/Prepričavanje priče
2. Normaliziranje simptoma
3. Suočavanje sa sramom i krivnjom preživjeloga
4. Poticanje vladanja osjećajima
5. Olakšavanje stvaranja smisla u životu.

Ovakva se psihoterapija može provesti kroz 15 seansi, no kompleksniji slučajevi zahtijevaju dugotrajniju intervenciju (Kozarić-Kovačić i sur., 2007).

7.3. Psihofarmakoterapija

Iako u liječenju osoba s PTSP-em farmakoterapija nije dovoljna, ona je neophodna (Folnegović-Šmalc i sur., 2007). Njezin je cilj smanjiti simptome stresa, pojačati psihološki obrambeni sustav i obnoviti funkcioniranje pojedinca. Psihofarmaci koji se najčešće primjenjuju u liječenju osoba s PTSP-em su: antidepresivi SSRI tipa (selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina), anksiolitici, stabilizatori raspoloženja te atipični antipsihotici. Antidepresivi SSRI tipa su obično lijek prvog izbora kod oboljelih od PTSP-a. Hoće li se terapiji antidepresivima dodati drugi psihofarmak, ovisi o pratećim simptomima: anksiolitici se dodaju ukoliko je riječ o vrlo visokoj anksioznosti, stabilizatori raspoloženja dodaju ukoliko se radi o agresivnim reakcijama, a atipični antipsihotici u slučaju izraženih psihotičkih simptoma (Frančišković i Rukavina, 2007). Danas nijedan psihofarmak nije registriran kao lijek za liječenje osoba s PTSP-em, ali su u tijeku brojni klinički pokusi za nekoliko psihofarmaka u cilju dokazivanja njihove učinkovitosti u liječenju (Folnegović-Šmalc, 2000).

8. Zaključak

Kao nezdravi oblik reakcije na traumatizaciju, posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) svrstava se u skupinu anksioznih poremećaja, a njegova se prevalencija u općoj populaciji kreće od 1 do 14%. Često se javlja u komorbiditetu s drugim psihijatrijskim poremećajima. Njegovi se simptomi očituju na fiziološkoj, spoznajnoj i bihevioralnoj razini, a prema DSM-IV postoje tri skupine karakterističnih simptoma PTSP-a: ponovno proživljavanje traume, izbjegavanje i povlačenje te pojačana pobudljivost. Iako se kriteriji navedeni u DSM-IV i MKB-10 u mnogočemu preklapaju, DSM-IV ima bolje definirane kriterije za određene dijagnostičke entitete i stoga se češće koristi u istraživanjima. Dijagnozu PTSP-a često nije lako ustvrditi, a prilikom procjene važno je provesti ambulantnu ili kliničku opservaciju. Vrlo je važno otkriti situacije koje osoba doživljava kao traumatske. Prilikom procjene, koja uključuje strukturirane intervjue i niz različitih testova i skala, potrebno je obratiti pozornost i na mogućnost simulacije. Što se više različitih metoda procjene koristi, to je veća mogućnost postavljanja točne dijagnoze. Odluka o načinu liječenja, koje obično znači smanjenje učestalosti i intenziteta simptoma, donosi se na temelju dobrog psihoterapijskog intervjua. Liječenje PTSP-a obuhvaćaju tri aspekta: edukacija, psihosocijalna i psihoterapijska podrška i/ili liječenje i primjena psihofarmakoloških metoda liječenja. U liječenju PTSP-a najučinkovitijim se smatraju kombinirane metode. No bez obzira na specifičan terapijski pristup, vrlo je važna uloga socijalne podrške.

9. Literatura

- Anić, N. i Jokić-Begić, N. (2000). Kognitivno-bihevioralna terapija posttraumatskog stresnog poremećaja. U: R. Gregurek, E. Klain (ur.), *Posttraumatski stresni poremećaj - hrvatska iskustva* (str. 134-143), Zagreb: Medicinska naklada.
- Anton, S., Mrđenović, S. i Hutinec, B. (2007). Utjecaj potpore i komorbiditeta na radnu sposobnost oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja. U: Lončar, M., Henigsberg, N. i sur. (ur.), *Psihičke posljedice traume* (str. 129-137), Zagreb: Medicinska naklada.
- Britvić, D., Antičević, V., Kekez, V. i Lapenda, B. (2005). Psihodinamski aspekti adaptacije i liječenja psihotraume: rezultati istraživanja. *Društvena istraživanja*, 3, 497-513.
- Caroll, E. M. i Foy, D. W. (1994). Utvrđivanje i liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja izazvanog borbom u medicinskom centru. U: D. W. Foy (ur.), *Liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja* (str. 41-65), Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Davison, G.E., & Neale, J.M. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Folnegović-Šmalc, V., Folnegović-Grošić, P., Henigsberg, N. i Lončar, M. (2007). Farmakoterapija osoba oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja. U: Lončar, M., Henigsberg, N. i sur. (ur.), *Psihičke posljedice traume* (str. 182-189), Zagreb: Medicinska naklada.
- Folnegović-Šmalc, V. (2000). Epidemiologija posttraumatskog stresnog poremećaja. U: R. Gregurek, E. Klain (ur.), *Posttraumatski stresni poremećaj - hrvatska iskustva* (str. 41-44), Zagreb: Medicinska naklada.
- Folnegović-Šmalc, V. (2000). Racionalna primjena lijekova u liječenju posttraumatskog stresnog poremećaja. U: R. Gregurek, E. Klain (ur.), *Posttraumatski stresni poremećaj - hrvatska iskustva* (str. 166-173), Zagreb: Medicinska naklada.
- Frančišković, T. i Rukavina, L. (2007). Posttraumatski stresni poremećaj-nova klasifikacija? *Medix*, 71, 48-50.
- Foy, D. W. (1994). Uvod i opis poremećaja. U: D. W. Foy (ur.), *Liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja* (str. 11-20), Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Galić, S. (2002). *Neuropsihologijska procjena*. Naklada Slap, Jastrebarsko i Opća Županijska bolnica, Požega.

- Gregurek, R. i Braš, M. (2007). Psihoterapija u rehabilitaciji psihotraume. U: Lončar, M., Henigsberg, N. i sur. (ur.), *Psihičke posljedice traume* (str. 157-161), Zagreb: Medicinska naklada.
- Gregurek, R. i Klain, R. (2000). Terapija posttraumatskog stresnog poremećaja. U: R. Gregurek, E. Klain (ur.), *Posttraumatski stresni poremećaj - hrvatska iskustva* (str. 65-67), Zagreb: Medicinska naklada.
- Henigsberg, N., Folnegović-Šmalc, V., Kalember, P. i Lončar, M. (2007). PTSP i genetika. U: Lončar, M., Henigsberg, N. i sur. (ur.), *Psihičke posljedice traume* (str. 55-58), Zagreb: Medicinska naklada.
- Hollander, E. i Simeon, D. (2006). *Anksiozni poremećaji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Jelušić, I., Stevanović, A., Frančišković, T., Grković, J., Šuković, Z. i Knezović, Z. (2009). Social support and posttraumatic stress disorder in combat veterans in Croatia. *Collegium Antropologicum*, 34, 853-858.
- Jokić-Begić, N. (2000a). Psihologijski mjerni instrumenti u dijagnosticiranju posttraumatskog stresnog poremećaja. U: R. Gregurek, E. Klain (ur.), *Posttraumatski stresni poremećaj- hrvatska iskustva* (str. 29-40), Zagreb, Medicinska naklada.
- Jokić-Begić, N. (2000b). *Utjecaj kognitivnih funkcija na kliničku sliku posttraumatskog stresnog poremećaja*. Neobjavljena doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Klarić, M., Frančišković, T. i Salčin Satriano, A. (2010). Obitelj i psihotrauma. *Medicina Flumiensis*, 46, 309-317.
- Klarić, M., Frančišković, T., Klarić, B., Kresić, M., Grković, J., Diminić Lisica, I. i Stevanović, A. (2008). Social support and PTSD symptoms in war-traumatized women in Bosnia and Herzegovina. *Psychiatria Danubina*, 20, 466-473.
- Kozarić-Kovačić, D. (2009). Pharmacotherapy treatment of PTSD and comorbid disorders. *Psychiatria Danubina*, 21, 411-414.
- Kozarić-Kovačić, D., Kovačić, Z. i Rukavina, L. (2007). Posttraumatski stresni poremećaj. *Medix*, 71, 102-106.
- Kozarić-Kovačić, D., Borovečki, A., Udovičić, S. i Kocijan-Hercigonja, D. (2003). Simulirani PTSP. *Društvena istraživanja*, 3-4, 541-559.
- Lewis Herman, J. (1996). *Trauma i oporavak*. Zagreb: Ženska infoteka.

Mihaljević- Peleš, A. (2000). Dijagnostički kriteriji za posttraumatski stresni poremećaj. U: R. Gregurek, E. Klain (ur.), *Posttraumatski stresni poremećaj - hrvatska iskustva* (str. 25-28), Zagreb: Medicinska naklada.

Naklada Slap. (2000). Dostupno na: <http://www.nakladaslap.com/rezultatt.asp> Datum pristupa stranici 29.08.2011.

Vukušić, H., Komar. Z. (2000). Nevladine organizacije i psihosocijalna pomoć za ratne veterane sa posttraumatskim stresnim poremećajem. U: R. Gregurek, E. Klain (ur.), *Posttraumatski stresni poremećaj - hrvatska iskustva* (str. 202-206), Zagreb: Medicinska naklada.

Žarković Palijan, T. i Kovačević, D. (2007). *Iz forenzične psihijatrije 2*. Zagreb: Naklada Ceres.

10. Prilozi

Tablica 2. Strukturirani intervjui za procjenu PTSP-a (van der Kolk, McFarlane, Wisaeth, 1996, prema Jokić-Begić, 2000a).

Naziv	Autor	Dija- gnostički kriteriji	Vri- jeme pri- mjene (min)	Konti- nuirana ili dihoto- mna	Screening ili klinički	Tip traume	Senzitivnost	Specifi- čnost	Hrv. prije- vod
SCID	Spitzer, Williams, Gibon, First	DSM-III, DSM-III- R, DSM- IV	25	Diho- tomna	oboje	Borba, kriminal, katastrof e	0.81	0.98	
DIS	Robins, Heltzer, Croughan, Ratlif	DSM-III- R, DSM- IV	15	Diho- tomna	oboje	Nesreće, borba	Screening= .22, klinički= .81	Screening =.98, klinički=.9 2	
SI- PTSD	Davidson, Smith, Kudler	DSM-III	20	Oboje	klinički	Borba	0.96	0.80	
PTSD- I	Watson, Juda, Manifold, Kucula, Anderson	DSM-III- R	10	Oboje	klinički	Veterani	0.89	0.94	da
SCAN	Wing i sur.; Sartorius i sur.	MKB-10	5	Diho- tomna	klinički	-	-	-	
CAPS	Blake i sur.; Weaters i sur.	DSM-III- R	60	Oboje	klinički	Borba	0.84	0.95	

Tablica 3. Skale za ispitivanje PTSP-a (van der Kolk, McFarlane, Wisath, 1996, prema Jokić-Begić, 2000).

Test	Vrije- me pri- mjene (min)	Kontinu- irana ili dihotomna	Tip traume	Senziti- vnost	Specifi- čnost	Pouzdanost (test-retest)	Unutrašnja konzistencija
M- PTSD	15	Oboje	vojni civilni	.77-.93	.83-.89	.97	.94
PK- MMPI	20	Oboje	vojni civilni	.57-.90	.55-.95	.86-.94	.95-.96
IES	10			.91	.61	intruz.=.89 izbjeg.=.79	intruz.=.78 izbjeg.=.82

