

Posttraumatski stresni poremećaj

Mullajupi, Toska

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:413861>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-10-06**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGEBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Toska Mullajupi

POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ

ZAVRŠNI RAD

Mentorica: Doc.dr.sc Draženka Ostojić

Komentorica: Izv.prof.dr.sc. Marina Milić Babić

Zagreb, 2022.

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP).....	2
3.	Povijest PTSP-a	3
4.	Epidemiologija i etiologija.....	4
5.	Klinička slika	5
5.1.	Ponovno proživljavanje traume.....	7
5.2.	Izbjegavanje i povlačenje.....	8
5.3.	Stalna pobuđenost	8
6.	Postavljanje dijagnoze	9
7.	Liječenje	12
7.1.	Psihoterapija.....	12
7.2.	Psihofarmakologija	15
7.3.	Opći plan liječenja.....	16
8.	Aktivnosti socijalnog radnika u skrbi za oboljele od PTSP-a	21
9.	Zaljučak	22
10.	Literatura	23

Posttraumatski stresni poremećaj

Sažetak:

U ovom preglednom radu obrađuje se tema posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP). Osnovni uzrok nastanka PTSP-a je izloženost iznimno stresnom događaju koji je izvan ljudskog uobičajenog iskustva u kojem su osobe životno ugrožene ili postoji opasnost od značajnijeg ozljeđivanja. Važnost ovog područja očituje se u podatku da značajan broj osoba tijekom života razvija simptome PTSP-a, smatra se oko 9% populacije. Tema je značajna zato što i u našoj državi značajan broj osoba boluje od PTSP-a. U radu će biti predstavljen povijesni kontekst poremećaja, njegovi uzroci, klinička slika, metode dijagnostika i liječenja. Najčešći simptomi PTSP-a su zaokupljenost traumatičnim događajem, nenamjerno i neželjeno prisjećanje traumatičnog događaja, strah, nesigurnost, anksioznost, noćne more povezane sa traumatičnim događajem, a što, uz ostalo, značajno negativno utječe na opće zdravlje i kvalitetu života bolesnika. Stoga je presudno pravovremeno provođenje dijagnostičkih i terapijskih postupaka i postizanje oporavka bolesnika u čemu aktivnu ulogu imaju i socijalni radnici. Kvaliteta života osobe koja pati od ovog poremećaja vidljiva je u njegovom ponašanju, reakcijama te u obavljanju svakodnevnih ili uobičajenih aktivnosti. Također će se navesti i aktivnosti socijalnog radnika koji svojim znanjima i kompetencijama aktivno sudjeluje u liječenju i oporavku oboljelih. Također se analizira i proces dijagnoze poremećaja te proces liječenja u kojem je prvi korak procjena tj. testiranje i kliničko intervjuiranje. Za dijagnosticiranje PTSP-a, jedan je od alata upitnik samoprocjene u kojemu su osobi postavljena pitanja koja navode do otkrića poremećaja kod pojedinca. Ukoliko je osobi dijagnosticiran PTSP kreće razmatranje lijekova, tj. koji bi lijekovi bili najučinkovitiji u procesu oporavka. U općem planu liječenja analiziramo i druge važne korake (emocionalna regulacija, izlaganje, itd.) u liječenju te njihovu ulogu u ukupnom procesu. U ovom radu se također upoznajemo sa ulogom socijalnog radnika u liječenju posttraumatskog stresnog poremećaja.

Ključne riječi: posttraumatski stresni poremećaj, povijest, dijagnostika, psihoterapija, farmakoterapija, socijalni radnik

Posttraumatic stress disorder

Abstract:

In this overview, we will cover the topic of Post-traumatic Stress Disorder or PTSD for short. The main cause of PTSD is being exposed to a severely stressful event outside of the regular human experience, in which there is a life-threatening experience or a chance for significant injury. The importance of this topic is shown by the fact that a substantial number of individuals develop symptoms of PTSD, a whopping 9% of the

general population. This topic's significance is also evident in the large number of individuals in our country who suffer from PTSD. Moreover, we will showcase the historical context, the causes of the disorder, the clinical picture as well as the diagnostic and treatment methods for this disorder. The most common causes of PTSD include being immersed in the traumatic event itself, unintentional and unwanted recall of the event, fear, insecurity, anxiety and nightmares connected with the traumatic event which, among other factors, significantly negatively impact the general well-being and quality of the patient's life. For this reason it is of utmost importance to introduce diagnostic and therapeutic actions to ensure the recovery of the patient, in which social workers are actively involved. The quality of life of the person affected by this disorder is visible in their demeanor, reactions as well as in how they handle regular everyday activities. We will also cover the activities of the social worker who, using their acquired knowledge and competencies, actively participates in treatment and recovery. Furthermore, we analyzed the diagnostic process and the treatment process in which the first step is the evaluation through testing and clinical interviewing. One of the tools used for diagnosing PTSD is the Self-assessment Survey through which the individual is asked questions that lead to the discovery of the disorder. In case they are diagnosed with PTSD, we consider introducing medication most efficient for the recovery process. During the General Treatment Plan we also analyze other important steps (e.g. emotional regulation, exposure, etc.) in the treatment and the role of those steps in the entire process. To finalize, we introduce and elaborate on the impact a social worker makes in the treatment for PTSD.

Key words: posttraumatic stress disorder, history, diagnosis, psychotherapy, pharmacotherapy, social worker

Izjava o izvornosti

Ja, _____Toska Mullajupi_____ pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog rada te da u radu nisu nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristio/-la drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Toska Mullajupi

Datum: 20.9.2022.

1. Uvod

U svakodnevnom životu ljudi se susreću sa stresorima u različitim oblicima i različitog intenziteta. Većinom su to životne situacije poput razgovora za posao, polaganja ispita, pregledi kod liječnika i slično. U takvim situacijama sasvim je uobičajeno da osjećamo napetost, nervozu i zabrinutost. Takvi događaji su uglavnom pod kontrolom same osobe, stres koji je njima uzrokovan je kratkoročan i prolazan te se ne smatra riskantnim za zdrav i funkcionalan život pojedinca. No, veoma snažan i iznenadan stres, uzrokovan npr. prometnom nesrećom, iznenadnim gubitkom voljene osobe ili provalom u dom, je onaj stres koji može rezultirati psihičkim poremećajem. Psihički poremećaj koji je posljedica iznenadnog i snažnog stresa izazvan teškim traumatičnim događajem naziva se posttraumatski stresni poremećaj (PTSP). PTSP je dakle, psihički poremećaj izazvan nekim teškim traumatičnim događajem. Simptomi ovog poremećaja uključuju stalnu zaokupiranost osobe traumatičnim događajem, generalnu nesigurnost, neželjno prisjećanje scena i slika traumatičnog događaja (flashbacks), noćne more te izbjegavanje faktora povezanih sa samim događajem (npr. mjesto traumatičnog događaja). Sve su to neke od psihičkih tegoba koje se pojavljuju, a osobi je zbog njih potencijalno znatno otežan funkcionalan život. Razvijaju se i simptomi poput anksioznosti, straha, izbjegavanje razgovora, poremećaji spavanja i mnogi drugi koji u svim područjima narušavaju kvalitetu života pojedinca. Od posttraumatskog stresnog poremećaja može oboljeti svatko tko je doživio neku vrstu traumatičnog događaja, no to nije uvijek slučaj. Važno je naglasiti da razvoj PTSP-a ovisi o raznim rizičnim čimbenicima te čimbenicima otpornosti. Da se PTSP uspješno dijagnosticira te primijeni pravilna psihoterapija i psihofarmakoterapija iznimno je bitno poznavati simptome anksioznih poremećaja, odnosno bitnu ulogu ima educiranost i spremnost samog terapeuta za uspješno provođenje tretmana koje će biti razrađeno u ovom radu. Ova tema je važna jer od ovog poremećaja može oboljeti svatko, a mogućnost prepoznavanja i educiranost o samom poremećaju može ubrzati proces oporavka i terapije. Također je iznimno bitno

spomenuti da pričanjem o ovoj temi pridonosimo normaliziranju poremećaja te na taj način smanjujemo predrasude, što je od velike pomoći osobama koje pate od istog. Zadnje i najbitnije, izdvojila bih da je ova tema bitna s obzirom da je neophodno poduprijeti osobe koje boluju od PTSP-a da potraže stručnu pomoć koja je ključna za oporavak i povratak osobe u svoje uobičajene aktivnosti.

2. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) javlja se kod osoba koje su bile izložene, bilo to aktivno ili pasivno, traumatskom događaju koje je bilo životno ugrožavajuće. To je stanje koje predstavlja produljenu reakciju na traumatski događaj. Navedeni poremećaj ima vrlo negativne učinke na opće zdravstveno stanje te dovodi do puno manje funkcionalnosti pojedinca u privatnom i poslovnom životu. PTSP se uglavnom dijagnosticira na temelju opisa simptoma bolesnika pa je zato izuzetno bitna opreznost u primjeni dijagnostičkih metoda te planiranju i provođenju terapije koja će biti učinkovita za svakog pojedinca osobno. „Samo liječenje potrebno je prilagoditi pojedincu kombiniranjem psihoterapijskih, psihofarmakoloških i psihosocijalnih metoda“ (Kozarić-Kovačić i sur., 2007.).

Postoji mnogo različitih stresora odnosno događaja koji mogu izazvati PTSP. To mogu biti „teške nezgode, prirodne katastrofe, kriminalni napadi, ratne traume i nasilje nad civilima, psihičko nasilje, seksualni napadi, nasilje u kući i obitelji, fizičko zlostavljanje ili ozbiljno zanemarivanje u djetinjstvu, traumatu povezanu s obavljanjem posla ili svjedočenje traumatskom događaju.“ (Kozarić-Kovačić i sur., 2007.). Glavna razlika između PTSP-a i anksioznog poremećaja je ta da će se osobi dijagnosticirati PTSP ukoliko je proživjela ili doživjela određen traumatičan događaj ili traumatično iskustvo (Gregurek&Klein, 2000.). Ukoliko se osoba nađe u opasnoj situaciji prirodno je da osjeća strah. Strah pokreće osobu da se priprema za obranu od opasnosti, no taj osjećaj iznimno izražene nelagode i straha kod osoba kojima je dijagnosticiran PTSP je prisutan

i kada osoba nije u opasnosti. Kao glavni simptomi PTSP-a navode se simptomi ponovnog proživljavanja simptomi izbjegavanja (izbjegavanje mjesta ili događaja koji podsjećaju na traumatično iskustvo, gubljenje interesa za aktivnosti koje su ranije bile predmet interesa), simptomi pretjerane uzbuđenosti (osoba se može preplašiti, osjećaj napetosti, poteškoće sa spavanjem i bijesom i slično).

3. Povijest PTSP-a

Sam pojam PTSP-a prvi puta definira američko psihijatrijsko društvo u trećem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika (DSM-III) za duševne poremećaje. No, simptomi koji se uklapaju u današnje spoznaje o PTSP-u opisuju se i ranije. Počeci kreću još od autora Da Costa-e koji je 1871. svoj rad *Irritable heart* (Iritabilno srce) objavio u *American Journal of Medical Science*. PTSP se u svojim počecima razvoja pronalazio uglavnom kod vojnika te se izdvajao od već poznatih psihijatrijskih dijagnostičkih kriterija . Uzroci poput lupanja srca, vrtoglavice te straha smatrali su se srčanim problemima uzrokovanim pretjeranim stimuliranjem autonomnog živčanog sustava.

Nedugo zatim, ovaj sindrom počinje dobivati „konkretnije“ nazive (Mandić, 1993.). Kod vojnika koji su sudjelovali u Prvom svjetskom ratu, psihičke poteškoće smatrane su funkcionalnim te su ih nazvali "šok od granate" (Gregurek&Klein, 2000.). Organski usmjereni psihijatri opisivali su ih kao posljedicu trovanja ugljičnim monoksidom i izmijenjenog atmosferskog tlaka dok psihodinamski usmjereni psihijatri tada uvode izraz "traumatske neuroze" (Mandić, 1993.).

Drugi svjetski rat je donio nova saznanja o ovom stanju pri čemu se pažnja usmjeravala na zdravstvene poteškoće osoba koje su bile u koncentracijskim logorima. Uslijed toga, uveden je pojam "sindrom koncentracijskog logora" koji obuhvaća ustrašenost, poremećaj sna, fobičke reakcije, anksioznost i slično (Gregurek& Klein, 2000.). Međutim, kada su se ovi simptomi pojavili nakon prirodnih, obiteljskih i ostalih tragedija i nesreća, došlo je do promjene paradigme uslijed čega je nakon Drugog svjetskog rata, točnije zbog neuroze veterana, u prvom izdanju Dijagnostičkog i

statističkog priručnika mentalnih poremećaja (DSM-1) 1952. godine uvedena dijagnoza velika stresna reakcija (Mandić, 1993.).

4. Epidemiologija i etiologija

„Nakon Buffalo Creek katastrofe 80% preživjelih je patilo od akutnog PTSP, a nakon Cocoaunt Grove nesreće 57% je tijekom godine dana tražilo liječničku pomoć. Nakon preživjelog požara ili individualnih nesreća 30% osoba je s poteškoćama koje zahtijevaju liječenje. Manjkavi su podaci o traumatskoj neurozi tijekom i nakon Drugog svjetskog rata, a podaci iz Vijetnama govore da je 26% povratnika i 27% zarobljenika imalo simptome ili dijagnozu iz psihijatrijskog kruga, a 7% simptome teške depresije“ (Mandić, 1993.). Upotreba različitih dijagnostičkih kriterija te raznolika populacija prilikom istraživanja, bitno utječe na procjenu pojavnosti PTSP-a. U općoj populaciji učestalost pojave ovog poremećaja je 1-14%, odnosno na temelju novih saznanja iznosi 9% (Kozarić-Kovačić, 2007.).

Unatoč tome što u Hrvatskoj nisu provedena sustavna epidemiološka istraživanja, prema procjenama Vlade Republike Hrvatske minimalno je 1,000.000 ljudi “izravno izloženo ratnom stresu” Domovinskog rata a još više njih sekundarno traumatizirano. Smatra se da prisutnost PTSP-a kod prognanika i izbjeglica iznosi od 25 do 50% dok kod branitelja 25-30% (Kozarić-Kovačić, 2007.).

Osnovni uzrok nastanka PTSP-a je izloženost iznimno stresnom događaju koji je izvan ljudskog uobičajenog iskustva u kojem su osobe životno ugrožene ili postoji opasnost od značajnijeg ozljeđivanja. No, osim takvog iskustva važni su i čimbenici poput strukture ličnosti osobe te okolina u kojoj živi i u kojoj se traumatski slučaj dogodio.

Etiološki čimbenici u podlozi PTSP-a determinirani su vrstom traumatskog događaja, uključujući intenzitet i trajanje traume. Stresori velikog intenziteta ne uzrokuju uvijek poremećaj što upućuje na značajnost međusobno povezanih elemenata tjelesnog, psihološkog i socijalnog područja. Stresor, osim što uzrokuje psihološku traumu, može izazvati i fizičku ozljedu.

U kontekstu ratnih zbivanja, kontinuirano izlaganje situacijama koje su stresne, poput ratnih zarobljenika, skoro uvijek uzrokuje razvoj PTSP-a. Borbeni stres je najviše istraživani stres koji je doveo do definiranja PTSP-a (Jukić, 2018.).

U kombinaciji sa stresnim događajem čimbenici osobnosti poput crta ličnosti, ranijeg iskustva i genetske predispozicije, u velikoj mjeri utječu na nastanak ovog psihičkog poremećaja (Mandić, 1993.). No, kod određenih osoba će se lakše razviti PTSP. Čimbenici koji predstavljaju taj rizik dijele se na: pretraumatske čimbenike, koji obuhvaćaju raniji psihijatrijski poremećaj, spol, ličnost, niži ekonomski status i obrazovanje; peritraumatski čimbenici obuhvaćaju težinu traume i doživljenu prijetnju za život te na kraju postraumatski čimbenici, koji obuhvaćaju nedostatak socijalne podrške i kasnije životne stresore (Kozarić-Kovačić i sur., 2007.).

Biološka osnovana poremećaja bazirana je na aktivaciji autonomnog živčanog sustava do čega dolazi uslijed izlaganja stresu i stresnim situacijama. Simpatikus, grana eferentnog živčanog sustava, koji se aktivira na emotivne reakcije kao što su strah i tjeskoba, ima kataboličku ulogu kao što su ubrzavanje rada srca, znojenje, ubrzava disanje, a s druge strane usporava funkcije koje nisu trenutno potrebne za preživljavanje. Također, postoji mogućnost da će se narušiti hipotalamo-pituitarno-adrenakortikalnu os te poremetiti endogeni opioidni sustav što će dovesti do poremećaja spavanja (Jukić, 2018.).

5. Klinička slika

Nakon doživljenog traumatskog iskustva, simptomi se mogu pojaviti odmah ali mogu doći do izražaja i kasnije, čak nakon nekoliko mjeseci ili godina od proživljene traume. Akutni, kronični i odloženi glavne su kategorije PTSP-a. U slučaju pojave simptoma u roku od tri mjeseca od proživljenog traumatskog iskustva riječ je o akutnom PTSP-u, ukoliko se radi o pojavi nakon tri ili više mjeseci radi se o kroničnom, a pojava simptoma nakon šest mjeseci upućuje na odloženi PTSP (Kozarić-Kovačić i sur., 2007.).

Unatoč tome što nisu prepoznati, simptomi su odmah prisutni kod većine ljudi a tek manjina ih ima odloženi PTSP, odnosno kasniju pojavu simptoma. No, PTSP je složen poremećaj sa raznovrsnim simptomima a Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje u izdanju Američke psihijatrijske udruge razlikuje osam glavnih kriterija.

Kriteriji koji se navode odnose se na odrasle osobe, adolescente i djecu stariju od šest godina (DSM-5, 2014.):

- A. Osoba je bila izložena smrti, prijetnjama smrću, životno ugrožavajućoj ozljedi te seksualnom zlostavljanju, na sljedeći način:
 - 1. Izravna izloženost stresoru
 - 2. Svjedočenjem
 - 3. Saznanjem da je bliska osoba proživjela traumatsko iskustvo. U situaciji smrti ili prijetnje smrću događaj je morao biti nasilan ili nesretnim slučajem.
 - 4. Ponovna ili ekstremna izloženost detaljima traumatskog događaja.

- B. Osoba ponovno proživljava traumatsko iskustvo kroz sljedeći način:
 - 1. Ponavljajuća intruzivna sjećanja na događaj
 - 2. Noćne more povezane s traumatskim događajem
 - 3. Osjećaj da se traumatski događaj ponavlja kroz halucinacije, iluzije ili kroz „flashback“ epizode
 - 4. Snažna ili produljena bol nakon izlaganja znakovima koji podsjećaju na traumu.
 - 5. Psihološka reakcija nakon izlaganja psihološkim podražajima vezanih uz traumu.

- C. Osoba uporno izbjegava podražaje koji su povezani s traumatskim događajem:
 - 1. Osjećaji i misli koji se odnose na traumu.
 - 2. Vanjski podsjetnici na traumu poput ljudi, mjesta, situacija i sl.

- D. Kod osobe se pojavljuju negativna raspoloženja nakon traumatskog događaja
 - 1. Nesposobnost prisjećanja važnih trenutaka traume.
 - 2. Iskrivljeni stavovi i očekivanja o sebi i svijetu.
 - 3. Iskrivljeno mišljenje o uzrocima i posljedicama traumatskog događaja.
 - 4. Stalne negativne emocije.
 - 5. Nedostatak interesa za aktivnosti.
 - 6. Trajna nesposobnost doživljavanja pozitivnih emocija

- E. Stalna pobuđenost i reaktivnost
 - 1. Otežana koncentracija
 - 2. Poremećaj spavanja
 - 3. Hipervigilnost

4. Autodestruktivno ponašanje
5. Razdražljivo ili agresivno ponašanje
6. Prenaglašene reakcije

- F. Navedeni simptomi pod B,C,D, E moraju trajati dulje od mjesec dana.
- G. Navedene smetnje uzrokuju poremećaj u socijalnom, radnom i ostalim područjima života.
- H. Smetnje se ne povezuju s korištenjem lijekova, alkohola ili nekim drugim zdravstvenim stanjem.

5.1. *Ponovno proživljavanje traume*

Jedna od najznačajnijih karakteristika PTSP-a je konstantno iznova proživljavanje traumatskog iskustva. Osoba ponovno doživljava traumatski događaj na način da joj se mučne neželjene slike i misli nameću ponekad i bez ikakvog stimuliranja iz okoline. Takva intruzivna sjećanja nad kojima osoba nema kontrolu imaju za posljedicu neugodne i zamorne emocionalne reakcije. Ponekad se pojavljuju neplanirano i iznenada u različitim vremenskim intervalima a ponekad izazvano čimbenikom iz okoline bilo vidnim, slušnim ili taktilnim. Također mogu se pojaviti i noćne more koje osobu bude tijekom noći po nekoliko puta. Osoba može osjećati ili se početi ponašati kao da joj se traumatsko iskustvo ponovno događa kroz oblike halucinacije, iluzije i disocijativne (*flashback*) epizode uslijed čega dolazi do snažnih psihičkih smetnji (Jukić, 2018.).

Kada osoba proživljava *flashback* radi se o spontanom i prolaznom sjećanju vezanom prvenstveno za traume, no osoba nije svjesna što joj se događa i tom prilikom gubi svjesnost razlike događaja iz prošlosti i sadašnjosti. Uslijed toga javljaju se anksioznost, strah, uznemirenost i druga neugodni osjećaji. S druge strane kod intruzivnih sjećanja osoba je svjesna što se događa iako se ta sjećanja javljaju neovisno o njenoj volji (Kozarić-Kovačić i sur., 2007.).

5.2. Izbjegavanje i povlačenje

Jedna od važnih karakteristika PTSP-a je nastojanje osobe da se ne dovede u situacije i aktivnosti koje mu mogu potencijalno vratiti sjećanja na traumu, zbog straha od mogućih zastrašujućih osjećaja koji bi se pojavili. Također postoji mogućnost pojave psihogene amnezije. To je stanje u kojem slika sjećanja postoji ali se ne učitava jer se pokreće obrambeni mehanizam „obrane“ od osjećaja koji su mučni i neugodni te uzrokuju anksioznost. Tim načinom nesvjesno se bježi od neželjenih situacija u obliku zaboravljanja (Centar zdravlja, 2019.). S ciljem prikriivanja mučnih osjećaja, odnosno lakšeg nošenja s emotivnim stanjem i samim sjećanjima na traumatsko iskustvo, osobe nerijetko pribjegavaju korištenju alkohola ili droge i drugih supstanci kako bi postigle osjećaj „opuštenosti“. S druge strane neke osobe puno vremena, energije i truda posvećuju poslu i opterećuju se njime, a trećima je izražen nedostatak zanimanja za svakodnevne aktivnosti koje su im prije bile zanimljive (Kozarić-Kovačić i sur., 2007.). Osobama s PTSP-om javlja se osjećaj otuđenosti ili odvojenosti od drugih te limitiran raspon emocija. U tom slučaju osobe misle da nisu sposobne voljeti druge i da su u tom smislu otupjele. Osim toga imaju osjećaj uskraćene budućnosti koji karakterizira da otežano razmišljanje o budućnosti poput toga da ne vjeruju da će postići karijeru, stupiti u brak, imati svoju obitelj i slično (Jukić, 2018.).

5.3. Stalna pobuđenost

Posljedično proživljenom traumatskom iskustvu pojavljuje se stalna pobuđenost većeg intenziteta koja nije bila prisutna prije traumatskog događaja. Osim smetnje sna pojavljuje se i prekomjerna napetost, smetnje koncentracije, posebna opreznost te se pojavljuje strah od nemogućnosti kontroliranja iskazivanja ljutnje ili neprijateljstva (Jukić, 2018.).

5.4. Ostali simptomi i znakovi

Nakon proživljenog traumatskog iskustva, simptomi i znakovi PTSP-a mogu doći do izražaja odmah nakon stresnog događaja, ali i nakon više godina. Tipično je da se ubrzo nakon traume pojavljuju "anksiozna i depresivna stanja" dok je za "kronični PTSP" uobičajen simptom "emocionalnog susprezanja". Nastanak kompletne slike PTSP-a ponekad zahtijeva više godina.

S ovim psihičkim poremećajem povezuju se osim navedenih i mnogi drugi simptomi. Nerijetko se kod osoba pojavljuje nemir i anksioznost s tremorom te se osobe počinju sramiti i osjećati se krivim za to što im se dogodilo. Ponekad simptomi depresije i anksioznosti mogu biti takvog sadržaja i dominantnosti da se mora dijagnosticirati depresivni ili anksiozni sindrom. Ukoliko se jave intenzivnije depresivne misli i osjećaji, postoji opasnost od javljanja suicidalnih pulzija i pokušaja dok je anksioznost potencijalna osnova za razvoj ovisnosti o alkoholu i drogama (Jukić, 2018.).

Za sudionike rata s PTSP-om specifični su osjećaji moguće odbojnosti i „gađenja“ prema samom sebi, izolacija te nasilna agresivna ponašanja uz konstantna ponovna doživljavanja ratnog traumatskog iskustva. Moguća je i pojava poteškoća s koncentracijom i pamćenjem, emocionalna nestabilnost uz vrtoglavicu i glavobolju. Izražavanje psihičkih poteškoća kroz tjelesne simptome poput bolova u prsima zna biti u tolikoj mjeri da se osobama dijagnosticira psihosomatski poremećaj.

Osim kod odraslih PTSP se može pronaći i kod djece. Djeca u kliničkoj slici pokazuju nedostatak interesa za svakodnevne aktivnosti te poslije traumatskog događaja kod njih mogu početi uznemirujući snovi odnosno noćne more. Kao jedan od simptoma PTSP-a kod djece je pojava osjećaja uskraćene budućnosti. Kod neke djece javlja se stalno prisutan predosjećaj da će se nešto loše dogoditi. Od somatskih tegoba mogu se pojaviti bol u želudcu, glavobolja i mnogi drugi simptomi karakteristični za PTSP (Jukić, 2018.).

6. Postavljanje dijagnoze

Stručnjaci u kliničkoj praksi pri dijagnosticiranju PTSP-a upotrebljavaju klasične psihijatrijske metode. Osim psihijatrijskog intervjua, mogu se koristiti i metode psihologijskog testiranja. Jedan od instrumenata za otkrivanje PTSP-a koji provodi stručnjak kliničar je strukturirani dijagnostički intervju koji ima formulirani postupak te sadržajem i redoslijedom postavljenih pitanja obuhvaća sve potrebne dijelove i time se osiguravaju podaci o svim važnim znakovima i simptomima PTSP-a. Postoji mnogo modela strukturiranog kliničkog intervjua za PTSP a pretežni dio standardiziranih upitnika prate listu simptoma PTSP-a navedenih u klasifikaciji (DSM-5) Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje Američke psihijatrijske udruge (Jukić, 2018.).

U Hrvatskoj je službena 10. revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10). Prema toj klasifikaciji PTSP se javlja kao zakašnjeli odgovor na stresogeni događaj koji je životno ugrožavajući. Kako bi se postavila dijagnoza posttraumatskog događaja moraju biti ispunjeni određeni klinički kriteriji. Peto izdanje dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje određuje simptome koji moraju trajati najmanje mjesec dana i značajno narušavati funkcioniranje osobe. Jedan od kriterija je da je osoba proživjela traumatsko iskustvo koje je bilo životno ugrožavajuće uz prisutnost osjećaja užasa, bespomoćnosti i straha. Osim toga, traumatski događaj se ponovno doživljava, izbjegava se sve što se povezuje sa proživljenim traumatskim iskustvom, prisutna je stalna pobuđenost te negativne misli (DSM 5, 2014.).

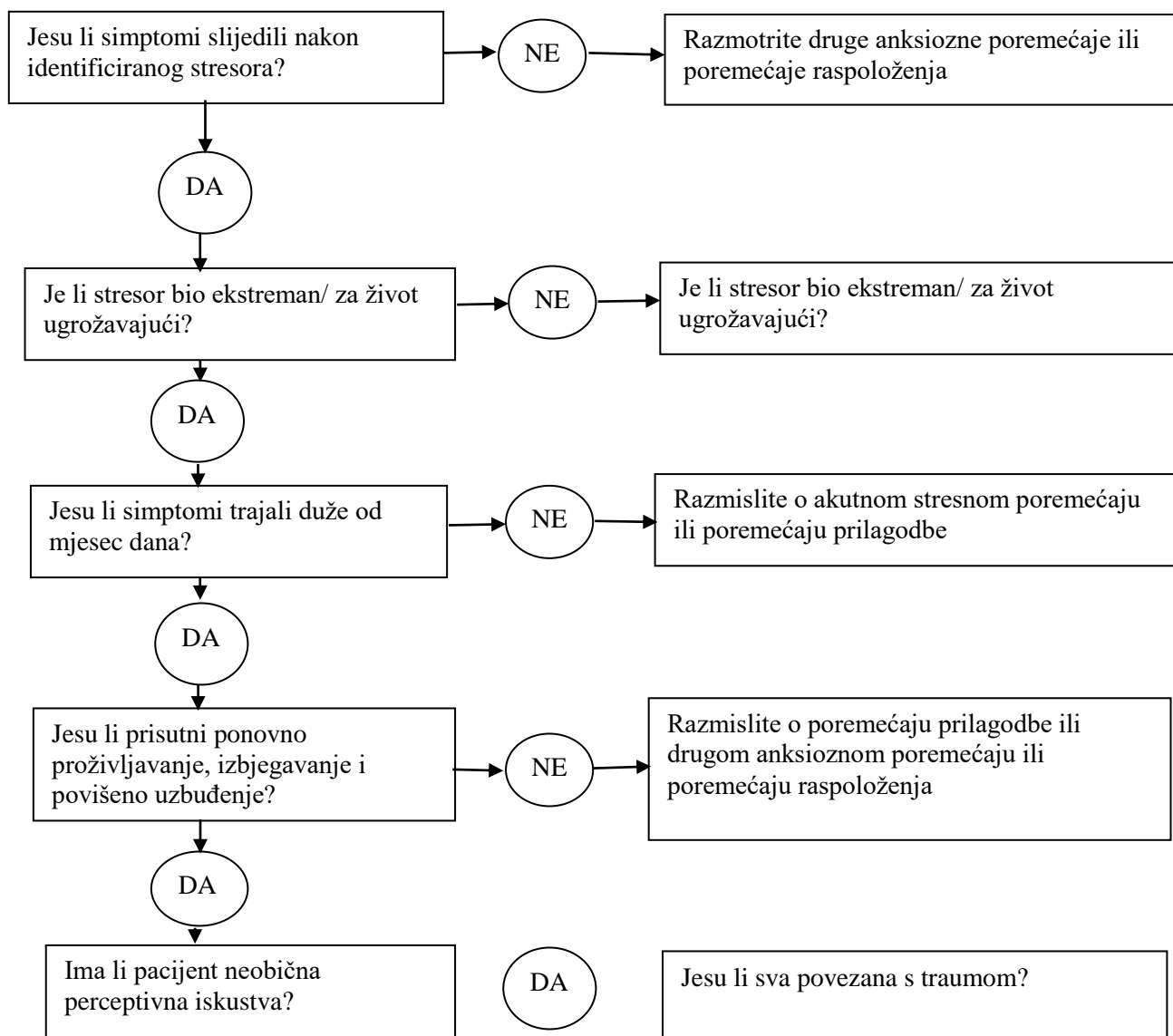
6.1. Diferencijalna dijagnoza

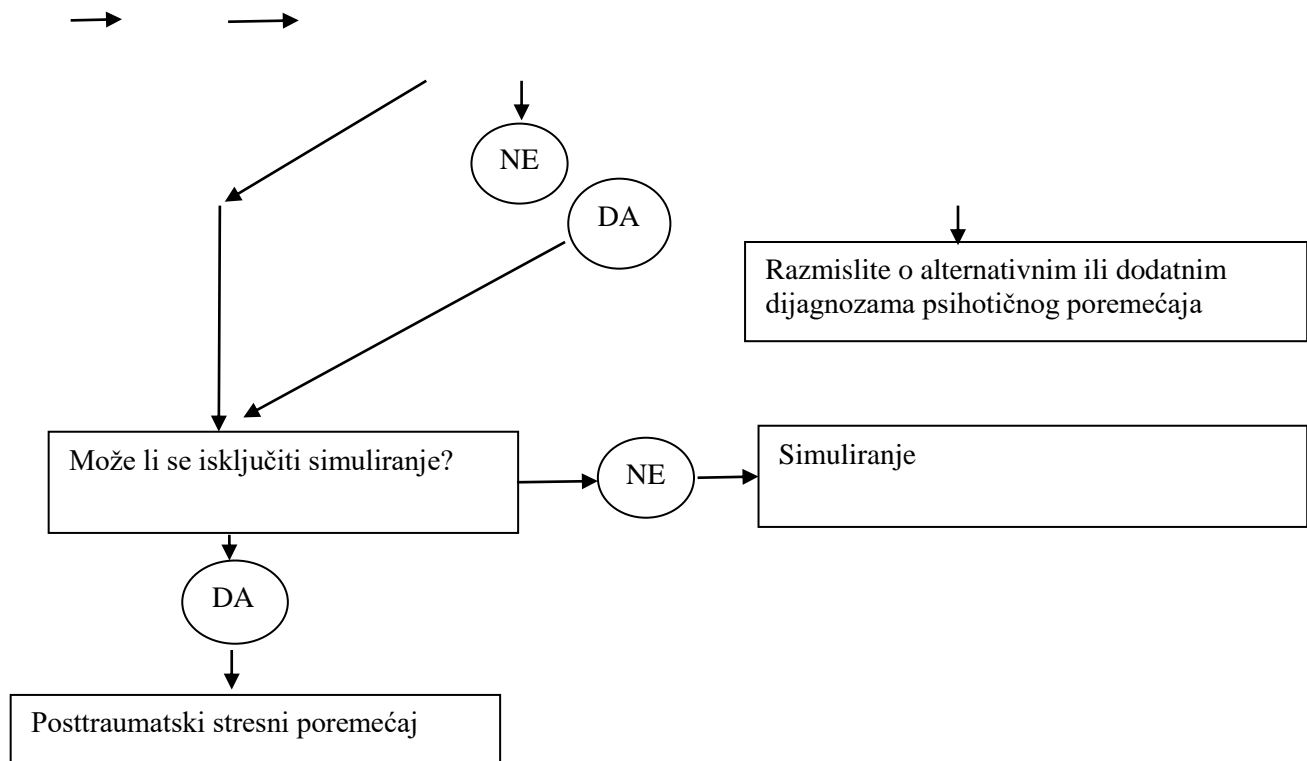
Ukoliko je bolesnik proživio teške traume, potrebno je uzeti u obzir i druge psihičke poremećaje, a ne samo PTSP. Već postojeći psihički poremećaj iz prošlosti može biti reaktiviran traumatskim iskustvom, a skoro 80% bolesnika s PTSP-om imaju poteškoće zbog kojih im se može dijagnosticirati još jedan ili dva poremećaja i u tom slučaju treba ih postaviti uz dijagnozu PTSP-a. Većinom je riječ o fobičnom poremećaju, depresiji i psihoorganskom poremećaju koji ponekad mogu dominirati i tako otežati otkrivanje PTSP-a (Jukić, 2018.). Posebno je važno provjeriti odnose li se nametnute slike i misli

na traumatski događaj te u slučaju negativnog odgovora treba uzeti u obzir opsesivno-kompulzivni poremećaj.

Također, bitno je obratiti pozornost na simuliranje koje podrazumijeva glumljenje poremećaja. Kliničar u ovom slučaju treba obratiti pozornost priča li pacijent o traumatskom događaju mirno, jednostavno i lako ili je nejasan. Simuliranje je najčešće prisutno u slučajevima kada je moguće ostvariti određenu dobit (Hollander& Simeon, 2006.).

Diferencijalno dijagnostički postupak





7. Liječenje

Bitnim segmentima koji se odnose na liječenje PTSP-a smatraju se psihosocijalna i psihoterapijska podrška te primjena psihofarmakoterapije. U ovom procesu posebno značajnu funkciju imaju obiteljski liječnici jer su većinom prvi doticaj osobama nakon proživljenog traumatskog iskustva. Njihova je ključna uloga u početnih dva tjedna poslije traume u prosuđivanju je li osobama potrebna psihosocijalna podrška, psihoedukacija ili specijalistički pregled (Kozarić-Kovačić i sur., 2007.).

Uzimajući u obzir samo objašnjenje ovog poremećaja te njegove karakteristike, ambulantni tip liječenja je prikladniji od hospitalizacije koju je poželjno što manje primjenjivati a ukoliko dođe do toga, bolničko liječenje po mogućnosti što više skratiti (Jukić, 2018.).

7.1. Psihoterapija

Način provođenja liječenja PTSP-a te njegovi ishodi ovise o mnogim faktorima. Za postupak provođenja terapije nije dostatan generalni osvrt na kliničku sliku nego treba uzeti u obzir ključnu kategoriju simptoma jer ovisno o različitoj prevladavajućoj simptomatologiji primjenjuju se specifični terapijski pristupi tj. odlučuje se o samostalnom psihoterapijskom procesu ili kombiniranju s psihofarmakoterapijskim liječenjem (Jukić, 2018.). U slučajevima slabije izraženih simptoma odnosno kod manje kompleksnog PTSP-a bez komorbidnih poremećaja, poželjno je u što većoj mjeri primjenjivati psihoterapiju te izbjegavati psihofarmakološko liječenje. No, ukoliko se radi o srednje složenom ili teškom PTSP-u kombinaciji s drugim poremećajima i promjenama u strukturi ličnosti, onda je poželjno povezati sve metode liječenja (Kozarić-Kovačić i sur., 2007.).

Od velikog je značaja za primjenu terapijske metode prisutnost akutnog ili kroničnog PTSP-a. „Kod prvog je indicirana primjena površinskih terapijskih tehnika s ograničenim vremenskim trajanjem dok se kod drugog može planirati dugotrajno liječenje.” (Jukić, 2018.). Svaki je pojedinac različit i zato način liječenja koji odgovara jednoj osobi ne mora biti učinkovit i za drugu. Izrazito je bitno da osobu s posttraumatskim stresnim poremećajem liječi stručnjak koji ima iskustva u liječenju PTSP-a.

Psihoterapija podrazumijeva jedan od načina liječenja PTSP-a u obliku razgovora sa stručnom osobom, individualno ili u grupi uz opciju upotrebe psihofarmakološke terapije koja ovisi o značajkama kliničke slike. Ne postoji jedan jedinstven sustav liječenja PTSP-a u psihoterapiji. U Hrvatskoj se pretežito upotrebljavaju psihodinamska i integrativna psihoterapija, a manje kognitivno bihevioralna, no nije rijetkost nailaženje na segmente oba pristupa (Kozarić-Kovačić i sur., 2007.).

Vrijedno je spomenuti bračnu i obiteljsku psihoterapiju te socioterapija poput radne terapije i rekreativne terapije koji su obuhvaćeni programima specijaliziranih centara za liječenje psihotraumatiziranih osoba.

Temeljni koncept psihoterapije sastoji se od stadija same izgradnje odnosa u počecima

pa sve do razvijanja adekvatnih međuljudskih odnosa (Kozarić-Kovačić i sur., 2007.). Restrukturiranje mišljenja i doživljaja bolesnika koje ima o sebi i svijetu, formiranje povjerljivog odnosa, razvijanje osjećaja sigurnosti i kontrole te pomoć u pronalasku osobnog i životnog smisla, samo su neka od bitnih pitanja ove metode liječenja PTSP-a (Hollander & Simeon, 2006.).

Koja će se tehnika psihoterapije koristiti ovisi o potrebama bolesnika, edukaciji terapeuta te samom cilju i indikacijama (Kozarić-Kovačić i sur., 2007.) Kao bračna, obiteljska, individualna ili grupna psihodinamska psihoterapija nastoji pomoću razgovora ojačati ego, odnosno trenutne vještine za obavljanje svakodnevnih životnih aktivnosti zamijeniti kvalitetnijim načinima funkcioniranja uz stavljanje težišta na radno, obiteljsko i socijalno područje života bez potrebe obnavljanja proživljenih iskustava. Psihodinamska psihoterapija nastoji osvijestiti nesvjesne dijelove psihološkog područja pojedinca kroz povezanost trenutnih poteškoća sa iskustvima iz prošlosti kako bi se korisnik suočio sa svime i imao kontrolu. "Ovaj oblik psihoterapije nije prikladan niti potreban svim bolesnicima" (Kozarić-Kovačić i sur., 2007.).

Mnogi vrsni stručnjaci naglašavaju tehnike kognitivno bihevioralne terapije najdjelotvornijim u postupku liječenja PTSP-a. Ova terapija uključuje niz raznovrsnih kognitivno-bihevioralnih tretmana koje su dobile "popularnost i potvrdu u liječenju PTSP-a" zbog svojih učinkovitosti. Jedna od tehnika je relaksacija kojom se podučava reduciranje tjelesne napetosti upotrebljavajući metode poput kontroliranog disanja, progresivne mišićne relaksacije te *biofeedbacka* odnosno metode kojom se podučava utjecaj te kontrola fizioloških aktivnosti radi unapređivanja zdravlja i određenih funkcija (Leahy i sur., 2014.).

Terapija izlaganjem podrazumijeva približavanje situacije imaginacijskim izlaganjem. Osobu se potiče na mentalno suočavanje sa strahom odnosno izvorom anksioznosti na način da maštom stvara situaciju (Leahy i sur., 2014.). Moguće je i in vivo izlaganje, trenutak kada je osoba izložena situaciji koja ju podsjeća na traumatsko iskustvo, no u stvarnom svijetu (Kozarić-Kovačić i sur., 2007.). Produljeno izlaganje odnosi se na repetitivno izlaganje pacijenta, u dužem razdoblju, situacijama koje ga podsjećaju na

traumatski događaj sve dok ono više ne potiče anksioznost.

Desenzitizacija i reprocesiranje pokretima očiju (EMDR) odnosi se na pacijentovo prisjećanje dijelova traumatskog događaja u kratkim navratima te obavještanje o svojim spontanim mislima i slikama dok u međuvremenu oči pokreće u lijevu i desnu stranu. Kognitivnim restrukturiranjem pacijente se podučava prepoznavanju negativnih misli povezanih s traumom te da oblikuju racionalne procjene o implikacijama svog iskustva (Leahy i sur., 2014.).

Integrativna psihoterapija kreće od toga da je traumatski događaj poremetio unutarnji i vanjski ego što se izražava putem tjelesnih, kognitivnih i bihevioralnih znakova. Terapijski proces sastoji se od pet elemenata: 1. pričanje/ prepričavanje priče, 2. normaliziranje simptoma, 3. suočavanje sa sramom i krivnjom preživjelog, 4. poticanje vladanja osjećajima, 5. olakšavanje stvaranja smisla u životu. Terapija se može provesti kroz 15 sesija, ali kompleksniji slučajevi zahtijevaju i dugotrajniju intervenciju” (Kozarić-Kovačić i sur., 2007.).

7.2. Psihofarmakologija

Uzimajući u obzir razne biološke modele s čijih se aspekta PTSP smatra poremećajem neurotransmiterskih sustava (noreadrenergičkog, dopaminergičkog, serotoneričkog, GABA, endogeno- opioidnog) za njegovo liječenje upotrebljavaju se, između ostalog, i lijekovi (Kozarić-Kovačić i sur., 2007.). Upotreba psihofarmaka donijela je puno pozitivnog u vezi s liječenjem PTSP-a (Jukić, 2018.). No, psihofarmakološko liječenje PTSP-a nije uvijek jednako djelotvorno kao i kod drugih anksioznih poremećaja. S obzirom da se PTSP nerijetko javlja u komorbiditetu, jedna skupina lijekova često nije dostatna upravo zbog fokusiranosti na liječenje komorbidnih stanja kao što su nesanica i depresija (Stahl, 2017.).

Psihofarmaci imaju značajnu ulogu u osiguravanju provedbe psihoterapijskih metoda kroz ublažavanje znakova “distresa”, osnaživanje psiholoških obrambenih mehanizama i kvalitetnijeg funkcioniranja osobe (Kozarić-Kovačić i sur., 2007.). Značajno je naglasiti i uspjeh nakon upotrebe antidepresiva (Jukić, 2018.). Psihofarmakološka terapija koja se

smatra najboljim primarnim odabirom za liječenje PTSP-a su selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i selektivni inhibitori ponovnog unosa serotonina i noradrenalina. Utvrđeno je da su navedeni lijekovi djelotvorni, no kod pacijenta često uzrokuju slabljenje nekih simptoma, a ne njihov potpuni nestanak, poput smetnji spavanja. Upravo zbog navedenih razloga često pacijenti ne uzimaju samo jednu vrstu lijekova (Stahl, 2017.). Savjetuje se primjenjivati navedene antidepresive prvog izbora u razdoblju 6 do 8 tjedana. Nakon proteka tog razdoblja, analizira se reakcija na izabrani antidepresiv (Kozarić-Kovačić, 2007.). Ukoliko se ocjeni nezadovoljavajući odgovor potrebno je uzeti u obzir drugi lijek iz kategorije prvog izbora ili drugog izbora uz konzultacije psihijatra (Kozarić-Kovačić, 2007.). Benzodijazepine, terapija iz skupine drugog izbora lijekova, osim što su upitne djelotvornosti na pojedine simptome, potrebno je primjenjivati pažljivo i uzeti u obzir dali pacijenti konzumiraju alkohol i druge supstance. U skupinu lijekova koji se mogu primjenjivati spadaju još i alfa-2 ligandi, triciklički antidepresivi (TCA) te inhibitori monoaminooksidaze (MAO) (Stahl, 2017.). Postoji mogućnost primjene nekih lijekova u obliku “dodatne terapije” a savjetuje se i kognitivno bihevioralna terapija. Ukoliko se uoči pozitivna terapijska reakcija savjetuje se “terapija održavanja” od 12 mjeseci (Kozarić-Kovačić, 2007.).

7.3 Opći plan liječenja

U strukturiranju koncepta liječenja oboljelih, važno je imati na umu da mnogi pacijenti na tretman dođu svjesni trenutnih osjećaja kao posljedice proživljenog traumatskog iskustva dok drugi nisu svjesni zašto imaju određene simptome ili jednostavno ne žele govoriti o traumi.

Uvažavajući ranije navedene opće preporuke liječenja (tretmana) osoba s PTSP-om može se strukturirati opći plan liječenja (Leahy i sur., 2014.):

Procjena:

- Testovi i kliničko intervjuiranje
- Razmatranje lijekova
- Upoznavanje s liječenjem/tretmanom
- Trening vještina (po izboru)

- Emocionalna regulacija
- Interpersonalne vještine
- Izlaganje
 - Izlaganje sjećanjima na traumu
 - Izlaganje unutarnjim i vanjskim znakovima
 - Izlaganje in vivo izbjegavanim situacijama
- Kognitivno restrukturiranje
- Suočavanje sa životnim problemima
- Dinamika provođenja liječenja/tretmana

Testovi i kliničko intervjuiranje

Za određivanje izraženosti simptoma kod pacijenata s potencijalnim PTSP-om koriste se upitnici samoprocjene poput *PTSP check-liste* varijante za civile. Ukoliko nakon provjere ishod na kraju pokaže vrijednost jednaku ili veću od 44 onda je riječ o pojavi PTSP-a. Ova lista može poslužiti i za provjeru razine napredovanja kod pacijenta tijekom odvijanja terapije. U kliničkim istraživanjima pokazala se velika zastupljenost PTSP-a te posljedično tome, za sve osobe u početku tretmana, postoji potreba prolaženja kliničkog intervjua za povijest ranije traume. Mogu se postaviti pitanja poput “ *Koja je najviše uznemirujuća stvar koja Vam se ikada dogodila? Jeste ili ikada bili napadnuti?*” (Leahy i sur., 2014.). U trenutku kada pacijent uspije izreći traumatski događaj, zahtijevati će se da ga opiše što bi za njega to moglo biti pozitivno jer je osoba koja provodi intervju, možda prva osoba kojoj pacijent otkriva što je proživio. Poslije toga, kliničar se usmjerava na otkrivanje detalja koje je pacijent propustio, poput emocionalne reakcije u trenutku te situacije, učinjene radnje prije i nakon događaja, značenje koje je pridao događaju, izbjegavanje određenih situacija te će također provjeriti podršku okoline i ostale potrebne detalje koji su važni čimbenici za suočavanje sa trenutnom situacijom. Osim toga, bilo bi poželjno da pacijent napravi popis čimbenika koji izazivaju sjećanja na događaj u prošlosti. Osobama kojima je dijagnosticiran PTSP, potrebno je analizirati za komorbidna stanja te upozoriti da upotreba psihoaktivnih tvari usporava postupak terapije (Leahy i sur., 2014.).

Razmatranje lijekova

Već spomenuti selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina, djelotvorni su, no u

slučaju prestanka uzimanja, veliki je postotak ponovne pojave simptoma. Među odobrenim lijekovima od strane Agencije za hranu i lijekove, spadaju paroksetin i sertralin. No, nedovoljno je istraživanja kojim se ispituje djelotvornost lijekova uz psihoterapiju za PTSP. Kognitivno bihevioralna terapija se u periodu od 6 mjeseci praćenja pokazala najdominantnijom (Frommberger i sur., 2004., prema Leahy i sur., 2014.). Također, u istraživanju u kojem su uspoređeni djelotvornost „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ (EMDR) i KBT, rezultati su pokazali da je u KBT učinkovitiji i to već nakon tri mjeseca (Devilly i Spence, 1999. prema Hollander& Simeon, 2006.). Zaključak je da je kognitivno bihevioralna terapija za PTSP najbolja opcija, no uz korištenje lijekova u slučajevima kompliciranijih ili složenijih stanja. Uvijek je važno pacijentima ukazati na moguću opciju tretiranja lijekovima. (Leahy i sur., 2014.).

Upoznavanje s liječenjem/ tretmanom

Nakon dijagnosticiranja PTSP-a, pacijentima se ukazuje na mogućnosti koje tretman može pružiti što im je često od velikog značaja jer shvate da postoji izlaz iz trenutnog lošeg stanja te da njihove reakcije nisu neobične. Ovaj dio educiranja pacijenata te njihova potvrda za daljnje liječenje, vrlo je bitan zbog njihove motivacije za osobno napredovanje. Kao dio upoznavanja s tretmanom može biti korisno pacijentima uručiti letke o samom PTSP i o terapijskim mogućnostima.

Trening vještina

U slučaju težeg, odnosno kompleksnijeg PTSP-a, moguće je primijeniti dodatne treninge vještina poput vježbe emocionalne regulacije. Cilj je pokazati pacijentima da su oni u kontroli svojih emocija te im se nastoji kroz to razdoblje pokazati da sve što osjećaju nije opasno i da ti osjećaji mogu oslabjeti (Leahy i sur., 2014.). U trening vještina uključene su kao jedne od vježbi i vježbe disanja. Osobe se uči kako pravilno udahnuti i izdahnuti kroz nos uz pauzu od brojanja do četiri prije negoli to ponove i tako u trajanju od deset minuta.

Izlaganje

Tehnika izlaganja se u mnogim istraživanjima iskazala vrlo djelotvornom što je i razlog raširenosti njene primjene u terapijskim postupcima za anksiozne poremećaje. “Izlaganje zastrašujućem podražaju empirijski je dokazan princip za promjenu patološke anksioznosti pa većina učinkovitih tretmana anksioznih poremećaja kao i poremećaja vezanih uz stres uključuje neku vrstu izlaganja.” (Živčić-Bećirević i sur., 2019.).

Izlaganje sjećanjima na traumu

Ovaj način izlaganja traje 90 minuta da bi se pacijent mogao opustiti i priviknuti na primjenjivanje navedene tehnike. Pacijent se ugodno smjesti i sa zatvorenim očima govori o traumatskom događaju kao da ga sada proživljava dok ga pokušava zamisliti korištenjem svoje mašte. (Leahy i sur. 2014.). Za to vrijeme, terapeut ispituje o raznim detaljima te pokušava otkriti razinu neugodnosti koju pacijent osjeća. Cijela se seansa snima. Zatvorenih očiju, da bi se ponovno vratio u događaj, pacijent preslušava snimke u seansi te kao „domaću zadaću“ sve dok se osjećaj neugode ne počinje smanjivati i dok neće biti u mogućnosti zamisliti traumatski događaj bez anksioznosti (Kazalić, 2018.).

Izlaganje unutarnjim i vanjskim poticajima

Pacijente se izlaže čimbenicima, bilo unutarnjim ili vanjskim, koji izazivaju neugodne reakcije. Primjerice, sudionicima u ratu se zbog osjetljivost na zvuk helikoptera pušta snimka helikoptera ili osobama kojima ubrzano kucanje srca izaziva anksioznost se predlaže aktivnost koja potiče isto, sve dok se anksioznost ne smanji (Leahy, 2014.).

Izlaganje izbjegavanim situacijama uživo

Na kraju, nakon preostalih izlaganja, pacijentu se zadaje stvarno izlaganje situacijama koje je izbjegava. Pozitivna strana ove metode je smanjenje intenziteta reakcije na mučna sjećanja te ih se pacijent se vremenom sve manje plaši (Foy, 1994.). Primjerice osobi koja je ne želi voziti jer je doživjela prometnu nesreću, predlaže se vožnja. Za

vrijeme izlaganja, pacijenti moraju bilježiti ponašanja koja poduzimaju radi smanjenja neugodnih osjećaja te ih se s vremenom upućuje da ta sigurnosna ponašanja smanje (Leahy i sur., 2014.).

Kognitivno restrukturiranje

Osobe s PTSP-om često razvijaju negativne misli zbog proživljenog traumatskog događaja koji nije bio u skladu s dosadašnjim vjerovanjima. Prestanu vjerovati u sebe, ljude oko sebe, sigurnost, sve počnu smatrati opasnim i zlonamjernim te sumnjaju u svoje sposobnosti. Iskrivljen pogled onemogućava osobi realno prosuditi vanjske i osobne čimbenike (Foy, 1994.). Nakon svih izlaganja, omogućuje se rasprava o osjećajima te se tim putem nastoji vratiti pacijentu pozitivniji pogleda na svijet oko sebe, sigurnost u sebe i kontrolu. (Leahy i sur., 2014.).

Suočavanje sa životnim problemima

Ponekad je prije početka tretmana potrebno razriješiti situacije za koje postoji mogućnost da će biti prepreka samoj terapiji. Primjerice, pacijent lošeg fizičkog zdravlja trebao bi primarno riješiti tjelesne tegobe te osobama ovisnim o psihoaktivnim stvarima se savjetuje da se prvo bave tim pitanjima kako bi se omogućilo što uspješnije provođenje tretmana (Leahy i sur., 2014.).

Dinamika provođenja liječenja/tretmana

Dinamika provođenja liječenja ovisi o prezentiranoj kliničkoj slici i uspješnosti tretmana. Rjeđe provođenje terapijskih seansi razmatra se nakon postizanja poboljšanja kliničke slike. To se prvenstveno odnosi na znatno smanjenje intenziteta simptoma, bolesnik može razgovarati o proživljenom traumatskom događaju bez popratnih neugodnih reakcija, ne izbjegava određene situacije te ukoliko su postignute značajne kognitivne promjene (Leahy i sur., 2014.).

8. Aktivnosti socijalnog radnika u skrbi za oboljele od PTSP-a

O snaživanje ljudi za njihovo samostalno djelovanje, unapređenje kvalitete života, pomaganje u prevladavanju socijalnih nedaća, pružanje informacija i usmjeravanje, pitanje ljudskih prava, samo su neke od uloga socijalnog radnika. Svojim djelovanjem socijalno radnik nastoji pomoći korisniku ostvariti željeni cilj te ostvariti promjene u osobnom i obiteljskom dijelu. Socijalni radnik u doticaju s osobama koje su proživjele traumatsko iskustvo nastoji prepoznati probleme te potaknuti njihov napredak.

Jedan od oblika kojim se to prevladavanje poteškoća može ostvariti je usluga savjetovanja koju pružaju socijalni radnici i drugi stručni radnici. Savjetovatelji svojim znanjem, aktivnim slušanjem, davanjem savjeta usmjeravaju korisnike da dobiju jasniji uvid u ono što im se dogodilo te da uspješnije zadovolje svoje osnovne životne potrebe (Glasser, 2000.).

S obzirom na simptome posttraumatskog stresnog poremećaja uključujući negativne stavove okoline i društva, osobama s PTSP-om treba omogućiti integraciju u društvo te pomoć im da se vrate u „normalan“ život. U području socijalnog rada, uz centre za socijalnu skrb, postoji mnogo institucija koji „obuhvaćaju izvanbolničku njegu i skrb u dnevnim bolnicama, centrima za krizna stanja, centrima za samopomoć, rehabilitacijskim kućama, savjetovaništima za duševno zdravlje.“ (Čizmek, 2010).

Osobe kojima je dijagnosticiran PTSP, osim obiteljskih i osobnih poteškoća, nailaze i na socijalne probleme kao što su niska razina zaposlenosti i stigmatizacija. Sekundarne traume doživljene u okolini i društvu često dovode do pogoršavanja inicijalne traume koja je u osnovi poremećaja. Uključenost društvene zajednice značajno utječe na kvalitetu skrbi i oporavak bolesnika s PTSP-om. Za prevladavanje ovih problema, značajnu ulogu imaju razni klubovi, udruge i civilni sektori koji posvećuju osobama oboljelih od PTSP-a. Neke od aktivnosti koje provode su: psihosocijalna podrška i pomoć, socioterapija sa svrhom rehabilitacije i integracije osoba s PTSP-om. Osim kroz

djelovanje ovih organizacijskih oblika, socijalni radnici od velikog su značaja u i Hrvatskom zavodu za zapošljavanje. S obzirom na velik broj nezaposlenih osoba, u poticanju zapošljavanja uključeni su i socijalni radnici iz udruga i Centra za socijalnu skrb (Čizmek, 2010.).

9. Zaključak

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) spada u skupinu anksioznih poremećaja te se smatra jednim od najsloženijih psihijatrijskih poremećaja. Prevalencija prema najnovijim saznanjima iznosi oko 9% što ukazuje na važnost uspješnog prepoznavanja simptoma i pravilnog liječenja. Najčešći simptomi poremećaja su: ponovno proživljavanje traumatskog iskustva, izbjegavanje podražaja povezanih s traumatskim događajem, stalna pobuđenost i reaktivnost te negativne emocije. Vrlo je bitna i opreznost terapeuta prilikom dijagnosticiranja posttraumatskog stresnog poremećaja jer se često pojavljuje u komorbiditetu s drugim poremećajima. Veliku važnost imaju i obiteljski liječnici koji su najčešće prvi doticaj osobama koje su proživjele traumatsko iskustvo. Njihova je uloga usmjeriti ih na ambulantno liječenje ili u rjeđim slučajevima na bolničko liječenje. Terapeuti u procesu tretmana, uz ostale dijagnostičke postupke, koriste i strukturirane intervju, a s ciljem odabira i provođenja najučinkovitijih metoda liječenja. Liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja moguće je provesti psihoterapijom i psihofarmakoterapijom ili je moguća kombinacija i jedne i druge metode što se smatra najdjelotvornijim načinom. Osim kliničara u ovom procesu vrlo važnu ulogu imaju socijalni radnici u sustavu podrške kako za same korisnike tako i za njihove obitelji. Svoj doprinos pružaju u socioterapijskim i ostalim dijelovima grupne terapije, informiranjem, savjetovanjem te mnogim drugim akcijama za poboljšanje kvalitete života. Tijekom cijelog procesa, od samog traumatskog događaja do prolaženja tretmana, izuzetno bitnim smatram socijalnu podršku pojedinca, osobito obitelji i prijatelja jer u velikoj mjeri mogu olakšati život osobe s PTSP-om.

10. Literatura

1. Američka psihijatrijska udruga (2014). *DSM-5 Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Centar zdravlja (2019). *Poremećaji pamćenja*. Posjećeno 12.9. 2022. na mrežnoj stranici: <https://www.centarzdravlja.hr/zdravlje-az/mozak/poremecaji-pamcenja/>
3. David W. Foy. (1994). *Liječenje posstraumatskog stresnog poremećaja: kognitivno bihevioralni postupci*. Jastrebarsko: Naklada Slap
4. Glasser, W. (2000). *Teorija izbora*. Zagreb: Alinea
5. Gregurek, R., Klein, E. (2000). *Posttraumatski stresni poremećaj: hrvatska iskustva*. Zagreb: Medicinski fakultet.
6. Hollander, E., Simeon, D. (2006). *Anksiozni poremećaji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
7. IUS-INFO (2010.) Integracija osoba s PTSP-om putem zapošljavanja. Posjećeno 12.9.2022. na mrežnoj stranici <https://www.iusinfo.hr/aktualno/u-sredistu/6992>
8. Jukić, V. (2018). *Psihijatrijske teme za nepsihijatre*. Zagreb: Medicinska naklada.
9. Kazalić, A. (2018). *Bihevioralna terapija fobija*. Zagreb: Medicinski fakultet.
10. Kozarić-Kovačić, D., Kovačić, Z., Rukavina, L. 2007. Posttraumatski stresni poremećaj. *Medix*, 13(71).
11. Mandić, N. (1993). Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP). *Medicinski vjesnik*, 25(1-2), 43-51.
12. Robert L. Leahy, Stephen J. Holland, Lata K. McGinn. (2014). *Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

13. Stephen M. Stahl. (2017). *Stahlovi temelji psihofarmakologije*. Jastrebarsko: Naklada Slap
14. Živčić-Bečirević, I., Jakovčić I., Birovljević G. (2019). Vjerovanja terapeuta o terapiji izlaganjem. *Socijalna psihijatrija*, 47(4), 525-542.