Zdravstvena njega osoba oboljelih od PTSP-a

Posilović, Sanja

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:391997

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-26**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

Sveučilište
Sjever

Završni rad br. 1035/SS/2018

Zdravstvena njega osoba oboljelih od PTSP-a

Sanja Posilović, 0654/336

Varaždin, rujan, 2018. godine

Sveučilište
Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1035/SS/2018

Zdravstvena njega osoba oboljelih od PTSP-a

Student

Sanja Posilović, 0654/336

Mentor

Marija Božičević, mag.med.techn.

Varaždin, rujan, 2018.

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR–42000 Varaždin

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za sestrinstvo

PRISTUPNIK: Sanja Posilović | MATIČNI BROJ: 0654/336

DATUM: 22.08.2018. | KOLEGIJ: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

NASLOV RADA: Zdravstvena njega osoba oboljelih od PTSP-a

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Health care for persons afflicted with PTSD

MENTOR: Marija Božičević, mag.med.techn. | ZVANJE: predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA:

1. doc.dr.sc. Josip Pavan, predsjednik
2. Marija Božičević, mag.med.techn., mentor
3. dr.sc. Marijana Neuberg, član
4. Ivana Živoder, dipl.med.techn., zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ: 1035/SS/2018

OPIS:

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) je poremećaj kod kojeg se simptomi javljaju nakon izloženosti ekstremnom traumatskom stresoru u događaju u kojem je osoba izravno ili potencijalno bila ugrožena smrću, ranjavanjem ili joj je bio ugrožen osobni integritet.
Reakcija na događaj uključuje intenzivan strah, osjećaj bespomoćnosti i ugroženosti.
Traumatsko iskustvo ostavlja trajne posljedice s kojima se traumatizirana osoba i njena obitelj svakodnevno teško nose; od narušene kvaliteta života i zdravlja, socijalne izolacije, nemogućnosti normalnog funkcioniranja u radnom i obiteljskom okruženju do stigmatizacije.
Liječenje PTSP-a sastoji se od psihoterapije i primjene lijekova.
U procesu zdravstvene njege naglasak je na individualiziranom i holističkom pristupu pacijentu, a zdravstvena njega se planira ovisno o težini poremećaja, najizraženijim tegobama, drugim poremećajima i bolestima što će biti prikazano u ovom radu.

U radu je potrebno:

- prikazati povijesni razvoj koncepta PTSP-a i njegovu klasifikaciju
- definirati pojam PTSP-a
- prikazati etiologiju, dijagnostiku i kliničku sliku
- opisati liječenje
- opisati proces zdravstvene njege kod osoba oboljelih od PTSP-a

ZADATAK URUČEN: 13. 9. 2018. | POTPIS MENTORA:

REPUBLIKA HRVATSKA 5 SVEUČILIŠTE SJEVER PRIVNICA SVEUČILIŠTE SJEVER

Predgovor

Zahvaljujem se svim svojim prijateljima i svojoj obitelji na njihovoj iznimno velikoj podršci i potpori tijekom mog cijelokupnog školovanja na Sveučilištu Sjever te vjerovanju u moje mogućnosti da mogu uspjeti u tome što naumim. Velika motivacija za krajnji uspjeh i dovođenje kraju mog školovanja su važni svi oni, uključujući i mojeg dečka koji me stalno gurao naprijed i motivirao. Veliko hvala svima, a posebno mojoj mentorici završnog rada, profesorici Mariji Božičević, magistri sestrinstva. Hvala joj na pomoći oko završnog rada i njezinim savjetima. Velika zahvala svima koji su vjerovali u mene i moje sposobnosti.

Sažetak

U ovome radu će se pisati o posttraumatskom stresom poremećaju (PTSP) koji predstavlja duševni poremećaj te se može javiti u osoba koje su proživjele vrlo jaki i životno ugrožavajući događaj. Traumatski događaj za svakog čovjeka je iznenadni, neočekivani, neugodni i na takve događaje osoba nikada nije spremna. Svakoga sata netko negdje postaje žrtvom nasilja, žrtvom psihičke traume, izravno ili kao svjedok. Posljedice se, primjerice seksualnog i/ili psihičkog zlostavljanja, sudjelovanja u ratnim operacijama, ubojstva, teške prometne nesreće, prirodne katastrofe, nenadane prirodne smrti bliskih osoba mogu iskazati odmah ili razviti u posttraumatski stresni poremećaj. Ako je žrtva, zacijelo želi znati što se točno dogodilo kako bi se mogle poduzeti mjere liječenja, oporavka i povratka u normalne životne okolnosti.

Traumatsko iskustvo ostavlja trajne psihičke, emocionalne, ponašajne i tjelesne posljedice s kojima se traumatizirana osoba svakodnevno teško nosi. Narušena joj je kvaliteta života i zdravlja. Osoba više nije ista kakva je bila nekada odnosno prije traume. To najbolje prepoznaje i uočava njegova obitelj koja najviše pati. Psihotraumatizirani se udaljava i otuđuje od svoje obitelji, ne može normalno funkcionirati u radnom i obiteljskom okruženju i ono što je karakteristika, ne samo oboljelog nego i članova njegove obitelji, je osjećaj bespomoćnosti koji se javlja. Članovi obitelji ne znaju kako i na koji način pomoći. Potrebno je reagirati na vrijeme i potražiti stručnu pomoć. Za uspješno liječenje vrlo je važna dobra komunikacija koju treba uspostaviti s pacijentom te da uz pacijenta sudjeluje i njegova obitelj jer bi mu ona trebala biti najveća podrška i potpora i time uvelike može pozitivno utjecati na tijek i ishod liječenja. Prvi kontakt pacijenta i njegove obitelji s liječnikom je kroz medicinski intervju, a samim dolaskom pacijenta u ustanovu i traženjem stručne pomoći, počinje se pružati i zdravstvena njega koja mora biti pružena na individualnoj razini za svakog pacijenta u holističkom pristupu u koji je uključeni cijeli tim zdravstvenih djelatnika.

Socijalna svjesnost o ljudskim pravima, nasilju i katastrofama se povećala posljednjih 20-ak godina, čemu su osobito pridonijeli ratovi i prirodne katastrofe, što je i dovelo do razvoja psihotraumatologije. U Hrvatskoj se područje psihotraumatologije počelo intenzivnije razvijati početkom 90-ih godina prošlog stoljeća, odnosno tijekom Domovinskog rata.

Ključne riječi: posttraumatski stresni poremećaj, psihička trauma, narušena kvaliteta života i zdravlja, važna podrška pacijentu i obitelji

Summary

In this paper, posttraumatic stress disorder (PTSD) will be written, which is a mental disorder and may occur in people who have experienced a very potent and life-threatening event. The traumatic event for every man is sudden, unexpected, embarrassing, and in such events the person is never ready. Every hour, someone becomes a victim of violence, a victim of a psychological trauma, either directly or as a witness. Consequences such as sexual and / or psychological abuse, participation in war operations, murders, heavy traffic accidents, natural disasters, sudden deaths of close relatives can be expressed immediately or developed into posttraumatic stress disorder. If he is a victim, he certainly wants to know what exactly happened to be able to take healing, recovery and return to normal life circumstances.

Traumatic experience leaves a lasting mental, emotional, behavioral and physical consequence that the traumatized person wears on a daily basis. The quality of life and health is impaired. The person is no longer the same as before or before the trauma. It best recognizes and finds his family suffering the most. Psycho-radiotherapy is distanced and alienated from its family, can not function normally in a working and family environment, and what is characteristic not only of a person suffering from illness but also of members of his family is a feeling of helplessness that occurs. Family members do not know how and how to help. There is a need to react in time and seek professional help. Successful treatment is very important for good communication that needs to be established with the patient and that his family is involved with the patient as well, because it should be the greatest support and support, and this can greatly affect the course and outcome of the treatment. The first contact of the patient and his family with the doctor is through a medical interview, and by the arrival of the patient in the institution and the search for professional help, the health care service begins to be provided on an individual level for each patient in a holistic approach involving the entire health care team employees.

Social awareness of human rights, violence and disasters has increased over the last 20 years, which has contributed to wars and natural disasters, which has led to the development of psychotraumatology. In Croatia, the area of psychotraumatology began to develop more intensively at the beginning of the 90s of the last century or during the Homeland War.

Key words: posttraumatic stress disorder, mental trauma, impaired quality of life and health, important patient and family support

Popis korištenih kratica

PTSP Posttraumatski stresni poremećaj

ASP Akutni stresni poremećaj

DSM Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje

MKB Međunarodna klasifikacija bolesti

SIMS test Strukturirani upitnik za simuliranje

MENT Morelov test emocionalnog izbjegavanja

KBT Kognitivno-bihevioralna terapija

IRCT Međunarodno vijeće za rehabilitaciju žrtava mučenja

FQHC Federalno kvalificiranih zdravstvenih centara

RCT Randomizirano kontrolirano ispitivanje

Sadržaj

1. Uvod 1
2. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) 3
   2.1. Povijesni razvoj koncepta PTSP-a i njegova klasifikacija 4
   2.2. Epidemiologija PTSP-a 5
   2.3. Rizični čimbenici za nastanak PTSP-a 6
   2.4. Etiologija i simptomatologija PTSP-a 7
3. Dijagnostika PTSP-a 10
4. Liječenje PTSP-a 16
   4.1. Psihoterapija 16
   4.2. Psihofarmakoterapija 19
5. Prevencija PTSP-a 21
6. Zdravstvena njega osoba oboljelih od PTSP-a 22
7. Stigmatizacija oboljelih od PTSP-a 30
8. Zaključak 31
9. Literatura 32

1. Uvod

Svakodnevno u svom radnom i obiteljskom okruženju ljudi se susreću s raznim oblicima stresora. Takav način života ljude je naučio da žive sa stresom ili da ga uspiju više ili manje kontrolirati. Proživljena trauma čovjeka će ga promijeniti u svim njegovim dimenzijama; psihičkim, afektivnim, tjelesnim i duhovnim. Psihotraumatizirana osoba promijeniti će svoje ponašanje, postati će indiferentna, otuđena od svoje okoline, povlačiti će se u sebe, zanemarivati će svoje svakodnevne obveze, imati će tjelesne smetnje zbog kojih će se osjećati loše i neće moći normalno funkcionirati. Tu će promjenu najbolje uvidjeti i ocijeniti njegova obitelj, posebno ako je riječ o ocu ili suprugu koji predstavljaju sigurnost za obitelj. Osobe koje su proživjele traumu i njihove obitelji ranjiva su skupina našeg društva te im je potrebna pomoć jer se same osjećaju bespomoćnima. Teško se odlučuju potražiti medicinsku pomoć, a kada se ipak odluče na nju, prvi njihov kontakt s zdravstvenim djelatnikom biti će kroz komunikaciju koju je vrlo važno dobro uspostaviti. [1]

Da bi se razumjela psihička trauma, vrlo je važno poznavati funkcije kore velikog mozga, limbičkog sustava i živčanih stanica. Kora velikog mozga je naša svijest, mjesto gdje se stvara naše mišljenje na najvišoj razini funkcioniranja. Informacije iz naših osjetila dolaze do kore velikog mozga gdje bivaju procesuirane. Ovdje se stvara memorija iz sličnih prošlih događaja. Stvaraju se i izvršuju odluke i prosudbe u procesu reakcije mozga na bilo koji problem s kojim se organizam mora suočiti. [2]

Limbički je sustav zapravo vodič osjećaja i instinkata koji su iznimno značajni za naše preživljavanje koje uključuje hranjenje, borbu, bijeg i seksualno ponašanje. Strah, bijes, spokoj i radost, svi su jednim svojim dijelom određeni živčanim stanicama i neurotransmiterima u limbičkom sustavu. Kora velikoga mozga i limbički sustav igraju vrlo važnu ulogu u našem doživljavanju terora traume i njezinih PTSP posljedica. [3]

Akutni stresni poremećaj (ASP) je pridodan anksioznim poremećajima u DSM-IV klasifikaciji kao dijagnostička kategorija i opisuje akutne posttraumatske stresne simptome: ponovno proživljavanje traumatskog iskustva, izbjegavanje i pojačanu aktivnost autonomnog živčanog sustava s izraženim disocijativnim iskustvima koja se javljaju neposredno nakon traumatskog doživljaja. Razlika između PTSP-a i ASP-a je u vremenu nakon traume u kojem se javljaju simptomi. U ASP-u simptomi moraju trajati najmanje 2 dana do 4 tjedna, a u PTSP-u simptomi mogu biti akutni (traju manje od tri mjeseca) ili kronični (traju tri mjeseca ili više). Kod ASP-a se pojavljuje peritraumatska disocijacija. [4]

Mnogi ljudi s ASP-om razviju PTSP, ali isto tako neki s PTSP-om nemaju ASP, što se češće događa u osoba s odloženim PTSP-om. Ta su pitanja od značajnog istraživačkog interesa i važne su multimodalne longitudinalne studije kako bi se razjasnili čimbenici koji dovode do razrješenja ASP-a ili njegove prolongacije u PTSP. [4]

Trauma u nekoliko sekundi mobilizira žrtvu u stanje pojačane budnosti kako bi joj osigurala preživljavanje. Mozak žrtve odmah započinje s dvostupanjskom kognitivnom evaluacijom problema. Mozak munjevito donosi dvije procjene: „Ugrožava li ta situacija život ili ne?“ i „Ako ugrožava, što u toj situaciji mogu učiniti da preživim?“. Ako mozak procjeni da situacija ugrožava život, tijelo strelovito reagira s drugom komponentom „bježi ili reži“. Tjelesni sustav koji reagira na izvanredna stanja se aktivira u trenutku kada se oslobađaju neurotransmiteri epinefrin i kortizol. To dovodi do pojačanja pulsa, boljeg disanja, širenja zjenica zbog boljeg vida, oslobađanja šećera u krv zbog dodatnog zahtjeva za energijom i smanjenog osjećaja umora, poticanja tjelesne sposobnosti, koaguliranja krvi zbog repariranja eventualnih oštećenja tkiva. [3]

Osoba koja doživljava sve te promjene može osjećati napetost, drhtanje, grčeve ili nesvjesticu kao znak priprave organizma za sučeljavanje s opasnošću. I sve se to događa bez nazočnosti naše volje. Na drugom stupnju tijelo djeluje tako da rješava i odolijeva problemu prije ulaska u treći stupanj, ili proces oporavka gdje se tijelo vraća svojem normalnom stanju i obnavlja svoju energiju za sljedeću krizu. Kada mozak izvrši procjenu opasnosti, u psihi žrtve se javlja još jedan simultani odgovor na izvanredno stanje. Ta mobilizacija mozga uključuje korteks, limbički sustav i neurotransmitere norepinefrin, endorfine i serotonin. Na sličan način nazočnost norepinefrina i endorfina, izgleda je uključena u razvoj nametljivih simptoma; nametljivih sjećanja, iznenadnih prisjećanja i noćnih mora. S pomoću ta dva neurotransmitera traumatsko se iskustvo i način na koji na njega reagiramo urezuju u naše sjećanje. [3]

Osobu, koja je preživjela teško traumatsko iskustvo, bez obzira na stanje u kojem se nalazi, potrebno je psihijatrijski obraditi i pružiti adekvatnu pomoć, prije svega psihičku potporu, a potom i druge terapijske metode. Ako se radi o pojačanom uzbuđenju, strahu, vegetativnom poremećaju i/ili nesanici, potrebno je ordinirati i medikamentoznu terapiju, kako u cilju prevencije razvoja PTSP-a tako i radi otklanjanja postojećih aktualnih simptoma. Osim o intenzitetu traumatskog događaja i strukturi osobe, tijek bolesti je determiniran podrškom obitelji i/ili društvene zajednice i adekvatnosti terapijskih postupaka u odnosu na aktualnu kliničku sliku. Također je vrlo važan motiv oboljeloga za liječenje i izlječenje, pri čemu negativnu ulogu mogu imati eventualni rentni motivi. [5]

2. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) je psihijatrijski poremećaj koji se može razviti u osoba aktivno ili pasivno zbog izloženosti ili svjedočenja životno ugrožavajućim iskustvima. Vrste stresora ili traumatskih događaja koji mogu izazvati nastanak PTSP-a su različite. Obuhvaćaju teške nezgode, prirodne katastrofe, kriminalne napade, ratne traume i nasilje nad civilima, psihičko nasilje, seksualne napade, nasilje u kući i obitelji, fizičko zlostavljanje ili ozbiljno zanemarivanje u djetinjstvu, traumu povezanu s obavljanjem posla ili svjedočenje traumatskom događaju. Može se definirati i kao odgođeni ili produljeni odgovor na stresogeni događaj ili situaciju iznimno jake ugroženosti ili katastrofalne prirode koja može izazvati sveprožimajuću uznemirenost kod gotovo svake osobe. Svrstava se 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. [4]

Početak slijedi traumu s latencijskim razdobljem koje može trajati od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci. Tijek je fluktuirajući, a oporavak se može očekivati u većine bolesnika. U određenog broja pacijenata, tijek može biti kroničan kroz mnogo godina s prijelaskom u trajne promjene ličnosti. [6]

PTSP je produžena i/ili opetovana reakcija na ekstremno traumatsko iskustvo, što rezultira sljedećim simptomima: pretjeranom pobuđenosti i pokušajem izbjegavanja takvih stanja i mogućih situacija, obamrlosti, osjećajem strave i sl. Ukratko, emocionalni se doživljaj javlja ponovno, i to intenzitetom i na način kao prilikom samog traumatskog događaja. [5]

PTSP se ne razvija nakon životnih situacija koje su opisane u svakodnevnom jeziku kao "traumatične", npr. razvod, gubitak posla ili neuspjeh na ispitu. Predisponirajući faktori kao što su osobine ličnosti ili raniji neurotski poremećaji, mogu sniziti prag za razvoj sindroma ili agraviraju tijek, ali oni nisu nužni ni dovoljni za objašnjenje njegove pojave. Inicijalna evaluacija i trijaža pružaju se na razini primarne zdravstvene zaštite (obiteljska medicina, centar za mentalno zdravlje, hitna medicina). [6]

PTSP i ostali stresom uzrokovani poremećaji uvelike utječu na opće zdravstveno stanje pojedinca i smanjenje njegove funkcionalnosti na socijalnom i radnom planu. Zbog komplicirane dijagnoze PTSP-a i često udruženog komorbiditeta te činjenice da se dijagnoza temelji većinom na simptomima opisanim od bolesnika, pri dijagnosticiranju PTSP-a potrebno je primijeniti što više različitih metoda procjene i dijagnostičke kriterije u svim područjima rada (kliničkom, istraživačkom i forenzičkom), a dobivene podatke iskoristiti za izradu što učinkovitijeg terapijskog plana. Samo liječenje potrebno je prilagoditi pojedincu kombiniranjem psihoterapijskih, psihofarmakoloških i psihosocijalnih metoda. [4]

2.1. Povijesni razvoj koncepta PTSP-a i njegova klasifikacija

Reakcije na traumatske događaje poznate su stoljećima iako su se njihovi opisi i slike mijenjali. Američka psihijatrijska asocijacija uvrstila je posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) u službenu medicinsku klasifikaciju DSM-III 1980. godine, taj pojam se tada pojavljuje prvi puta u trećem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-III), dijelom i pod pritiskom vojnih veterana Vijetnamskog rata. Iako su slični simptomi opisani i ranije kod sudionika ratova kao „srčana neuroza“, „šok od granate“ ili „sindrom koncentracijskog logora“. Opisuje ga kao reakciju na ekstremni stres s trajanjem dužim od šest mjeseci. U Međunarodnu klasifikaciju Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) uvrštena je tek u MKB-10 1992. godine. I prema DSM-u IV i prema MKB-u 10, PTSP je uvršten u skupinu anksioznih poremećaja i razlikuju se sljedeći tipovi: akutni, odgođeni, kompleksni i de novo, a MKB-10 je uz PTSP uvela i dijagnostičku kategoriju trajne promjene ličnosti nakon katastrofalnog doživljaja, što se u praksi često naziva kronificirani PTSP. [5]

Obuhvaća nespecifične akutne odgovore na traumu: akutnu stresnu reakciju, poremećaj prilagodbe i PTSP, kao i trajnu promjenu ličnosti nakon katastrofičnog iskustva. Ovo je važno imati na umu kod postavljanja dijagnoze zbog razlika u DSM-IV i DSM-IV-TR klasifikaciji i MKB-10 dijagnostičkoj shemi. [4]

Pojam psihička trauma i njezine posljedice seže puno dalje u prošlost od uvođenja te dijagnostičke kategorije u DSM-III. Istraživanja L. Eitingera, koji je analizirao žrtve nacističkih koncentracijskih logora, ukazuje na konflikt između rata i žrtve u smislu potiskivanja kolektivnog i osobnog iskustva i sjećanja i želje da se zaborave i žrtve i rat. Traumatske događaje potiskuju i žrtve i zajednica, prvi žele zaboraviti ali ne mogu, a oni drugi, koji iz nesvjesnih motiva žele zaboraviti, u tome uspijevaju. Pri tome dolazi do izražaja tendencija diskreditiranja žrtve, ali i njihovih terapeuta i drugih profesionalaca, koji se s njima bave. [5]

DSM klasifikacija se mijenjala tijekom godina, a također se mijenjalo razumijevanje utjecaja premorbidne patologije ličnosti i vulnerabilnosti na razvoj PTSP-a. U DSM-I, PTSP je nazivan velika stresna reakcija koja nastaje interakcijom traumatskog događaja i premorbidne ličnosti, u DSM-II je karakteriziran kao prolazni situacijski poremećaj ili anksiozna neuroza kod koje je također naglašavana uloga premorbidne ličnosti. U DSM-III klasifikaciji PTSP se shvaća kao normalna reakcija na ekstremni stres s trajanjem više od 6 mjeseci, a u DSM-III-R klasifikaciji uvodi se pojam akutnog PTSP-a čije je trajanje dulje od mjesec dana. U najnovijoj DSM-IV TR klasifikaciji smatra se da akutni PTSP traje više od tri mjeseca i ponovno se ističe značaj premorbidne patologije ličnosti. Za razliku od DSM klasifikacija, MKB-10 klasifikacija je drugačije organizirana. [4]

Iako opis kliničke slike PTSP-a seže u daleku povijest, u službene klasifikacije MKB-a (Međunarodna klasifikacija bolesti Svjetske zdravstvene organizacije) i DSM-a (Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje) uvodi se tek 1980. i 1992. godine. Hrvatska je odmah prihvatila obje svjetske klasifikacije i obje su prevedene na hrvatski jezik. Kako i samo ime kaže posttraumatski stresni poremećaj je poremećaj, a ne bolest, poremećaj koji ima prediktivnu validnost a ne strukturnu, i samim tim je jasno da u dijagnosticiranju postoje samo subjektivni parametri. To uvelike otežava postupak dijagnosticiranja, posebno u situacijama kada je dijagnoza PTSP-a povezana s rentnim motivima. Pravovremena i adekvatna terapija kod velike većine oboljelih dovodi do poboljšanja, pa čak i izlječenja. [5]

Nakon Prvog svjetskog rata u kojemu je više od osam milijuna ljudi poginulo, brojni su se borci ponašali izgubljeno, prezentirali su somatske tegobe, izgubili osjećaje i iako nisu bili fizički zlostavljani ni ranjavani, izgubili su volju za životom. Ta pojava je nazvana shell shock ili combat neurosis. Pod tim se pojmom podrazumijevao emocionalni stres koji je nastao kao posljedica prolongiranog izlaganja nasilju i životnoj ugroženosti. [5]

Tijekom Drugog svjetskog rata ponovno se prepoznaje taj fenomen kod boraca, koji prezentiraju iste simptome i znakove koji su povezani s vrlo intenzivnim stresom; nazvan je ratna neuroza. Intenzitet nastalog psihičkog poremećaja, u korelaciji je i s trajanjem i s intenzitetom traumatskih događanja. Značajnu je ulogu u definiranju traumatskog iskustva odigrao i fenomen silovanja, koje je sve do 70-ih godina bio tabu-tema. Godine 1972. Ann W. Burgess i Lynda L. Holmstrom opisale su psihičke i tjelesne posljedice silovanja i nazvale ga rape trauma syndrom. Problem psihičke traume ponovno se aktualizirao u vrijeme Vijetnamskog rata. Jasno je naglašeno da su u nastanku PTSP-a traumatska iskustva izvan uobičajenih ljudskih iskustava po svom intenzitetu, tj. da se ne radi samo o subjektivnom doživljaju traume već o njezinom objektivno jakom traumatskom djelovanju i karakterističnim posljedicama prezentiranim u kliničkoj slici PTSP-a. [5]

2.2. Epidemiologija PTSP-a

Prevalencija PTSP-a varira ovisno o istraživanjima različitih populacija (klinička ili opća populacija ispitanika, itd.) i o primjeni različitih dijagnostičkih kriterija i skala. U općoj populaciji prevalencija poremećaja iznosi 1-14% zahvaćene populacije, ovisno o istraživanju, a prema novijim podacima iz svjetske literature iznosi 9%. Iako u Hrvatskoj nisu provedena sustavna epidemiološka istraživanja u svezi broja psihotraumatiziranih osoba u ratu, prema podacima Vlade Republike Hrvatske procjenjuje se da je najmanje 1,000.000 ljudi bilo izravno izloženo ratnome stresu, a puno više je sekundarno traumatizirano. [4]

U Hrvatskoj tijekom trajanja i nakon završetka Domovinskog rata naročito visoka stopa prevalencije registrirana je među bivšim logorašima, izgnanicima i izbjeglicama te u obitelji nestalih osoba. [7]

Smatra se da je među braniteljima bilo 25-30% oboljelih od PTSP-a, a kod prognanika i izbjeglica između 25 i 50%, što je ovisilo i o migracijama stanovništva, kako o odlascima iz Hrvatske u druge zemlje Europe i SAD-a tako i imigracije stanovnika iz Bosne i Hercegovine i Vojvodine u Hrvatsku. Smatra se da 7,8% osoba bar jednom tijekom života oboli od PTSP-a i da se kod oko 60% oboljelih od PTSP-a simptomi spontano povuku. U epidemiološkim istraživanjima ratne traume u civilnoj populaciji uglavnom nerazvijenih zemalja utvrđene su stope PTSP-a od 15 do 42%, a u populaciji silovanih 55%. Epidemiološki podaci o PTSP-u često su kontradiktorni, što može biti posljedica razlika u vrsti i intenzitetu liječenja, u pojavi ratova i elementarnih nepogoda, masovnim silovanjima, dijagnostičkim kriterijima, ali i fenomena simulacije i disimulacije, koje su obično determinirane mogućom nagradom ili kaznom. Osim u ratu, PTSP je češći kod osoba ženskog spola. [5]

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. 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 poremećajem ličnosti. [4]

2.3. Rizični čimbenici za nastanak PTSP-a

Nakon doživljenog traumatskog doživljaja sve osobe ne razviju PTSP. Osobe s određenim rizičnim čimbenicima će lakše razviti PTSP.

Rizični čimbenici u PTSP-u mogu se podijeliti na:

1. Pretraumatske čimbenike, koji obuhvaćaju raniji psihijatrijski poremećaj, spol (PTSP je prevalentniji kod žena, osim borbenog PTSP-a, koji je češći kod muškaraca), ličnost (osjetljivije su osobe koje imaju veću kontrolu izvana nego iznutra), niži socioekonomski status i obrazovanje, etničke manjine, raniju traumu, obiteljsku anamnezu psihijatrijskih bolesti.

2. Peritraumatske čimbenike, koji obuhvaćaju težinu traume, doživljenu prijetnju za život, peritraumatske emocije, peritraumatsku disocijaciju.

3. Postraumatske čimbenike, koji obuhvaćaju doživljeni nedostatak socijalne podrške i kasnije životne stresore. [4]

2.4. Etiologija i simptomatologija PTSP-a

Etiologija PTSP-a nije poznata, poznato je da je povod za nastajanje PTSP-a izrazito jak stresogeni događaj, ali isto je tako poznato da i vrlo jaki stresogeni događaji ne dovedu kod svih traumatiziranih osoba do nastanka PTSP-a. [5]

Bitni čimbenik u nastanku posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) stresor i podrška okoline nakon traumatskog događaja, te struktura ličnosti. Psihološke teorije kao bitne etiološke čimbenike navode razbijanje individualne bazične sigurnosti o vlastitoj neranjivosti i dostupnosti pomoći, raspoloživosti obrambenih mehanizama u savladavanju narcističkih povreda i procesu samostalne ili suportirane prorade traumatskog iskustva. [7]

PTSP se može podijeliti na akutni, kronični i odloženi. Kod akutnog PTSP-a simptomi se javljaju unutar 3 mjeseca od traumatskog događaja, kronični PTSP se javlja nakon 3 ili više mjeseci, a kod odloženog PTSP-a se simptomi javljaju 6 mjeseci nakon traumatskog događaja. Većina ljudi ima simptome, ali oni nisu prepoznati, i kod malog broja ljudi simptomi zaista počinju nakon 6 mjeseci. Generalno gledajući, PTSP je kompleksni poremećaj sa simptomima koji mogu varirati ovisno o različitim traumatskim iskustvima kojima su osobe bile izložene. Prema DSM-IV postoje tri skupine karakterističnih simptoma. [4]

Simptomi PTSP-a trebali bi biti determinirani poremećajima neurobioloških sustava izazvanih stresogenim traumatskim događajem ili događajima ili apriorno neadekvatnom adaptacijom na stresogeni događaj. [5]

Zbog jake i nekontrolirane amplitude emocija pri traumatskom događaju dolazi do poremećaja procesuiranja traumatske memorije, koja može biti kompletna, ali je češće parcijalna (disocijativna). Morfološki se najodgovornijim za PTSP smatra hipokampus, a s obzirom na poremećaj neurotransmitorskih sustava najodgovornijim se smatraju: glutamatni/GABA, noradrenergični, serotonergični, a u dijelu bolesnika i dopaminergični. [7]

Međutim, simptomi su unaprijed određeni, kako bi bila osigurana bar prediktivna validnost, ako već nema strukturne validnosti. Osim toga, ratni PTSP se uz isto ili slično ratno traumatsko iskustvo daleko češće dijagnosticira kod pobjednika nego kod pobijeđenih. [5]

Traumatski događaj se kod bolesnika proživljava u ponavljajućim (intruzivnim) sjećanjima: osoba opetovano proživljava traumatski događaj prisjećajući se traumatskog događaja u slikama ili mislima. Osoba nema kontrolu nad pojavom ovakvih simptoma, koji se javljaju u različitim vremenskim razmacima i takva sjećanja su spontana. To se događa kada neki podražaj izvana (koji može biti slikovni, slušni, njušni) podsjeti osobu na traumatski događaj. Mogu se javiti i noćne more povezane s traumatskim događajima. [4]

Simptomi PTSP-a prema DSM-IV klasifikaciji;

Ponovno proživljavanje traume (najmanje jedan simptom):

1. Aktualna i intruzivna uznemirujuća prisjećanja
2. Aktualni uznemirujući snovi
3. Ponašanje ili osjećaji kao da se događaji ponovno zbivaju
4. Intenzivni psihološki distres
5. Fiziološka reaktivnost

Izbjegavanje i povlačenje (najmanje tri simptoma):

1. Izbjegavanje misli, osjećaja i razgovora
2. Izbjegavanje podsjetnika na traumu
3. Psihogena amnezija
4. Jako reducirani interes za aktivnosti
5. Strani i otuđujući osjećaji
6. Ograničeni afekt
7. Osjećaj uskraćene budućnosti

Pojačana pobudljivost (najmanje dva simptoma):

1. Poteškoće spavanja
2. Iritabilnost ili iskazi ljutnje
3. Otežano koncentriranje
4. Hipervigilitet
5. Pojačani odgovor na trzaj [4]

Traumatski događaj uključuje: osoba je preživjela, prisustvovala ili se suočila s događajem ili događajima koji su predstavljali direktnu ili potencijalnu smrtnu opasnost, ranjavanje ili ugroženost osobnog ili tuđeg fizičkog integriteta. [6]

Ponovna doživljavanja događaja (prema eng. flashback) događaju se kada se traumatski događaj ponovno doživljava i to kao iluzija, halucinacija i flashback epizoda. Kod flashback-a, sadržaj je isključivo vezan za traumu, prolazan je, javlja se spontano, ali može biti potaknut i nekim vanjskim podražajem. Važno je istaknuti razliku intruzivnog sjećanja i flashback-a. Kod prvog, osoba je svjesna da se prisjeća traumatskog događaja, iako to ne čini voljno, dok se kod flashback-a oboljeloj osobi čini da ponovno proživljava taj događaj, zbog čega se bolesnik gubi i ne razlikuje zbivanja u sadašnjosti od onih iz prošlosti. [4]

Uz postojanje verificiranog traumatskog događaja potrebno je postojanje simptoma ponavljajućih intruzivnih sjećanja na traumatski događaj, ponovna proživljavanja traumatskog događaja u budnom stanju ili snovima, a često je izbjegavanje događaja koji podsjećaju na preživjelu traumu, jaka vegetativna stigmatiziranost, gubitak samopouzdanja, povlačenje iz društva, nesanice i izrazito sniženi prag na frustracije. Čest je razvoj alkoholizma, depresije i suicidalnosti, ali i niza somatskih bolesti. [7]

Javlja se i intenzivni psihološki distres, a to je psihološka uznemirenost, koja se očituje kao strah, ljutnja, anksioznost, osjećaj neumitne sudbine, vezana za traumatski događaj (uključujući i obljetnice događaja). Osoba koja je razvila PTSP izbjegava sve aktivnosti, znakove i situacije koje je mogu podsjetiti na događaj, jer se boji da bi to moglo izazvati uznemirujuće osjećaje. Oboljeli od PTSP-a često prekomjerno upotrebljavaju ili zloupotrebljavaju alkohol ili droge, kako bi uz pomoć tih psihoaktivnih tvari blokirali ili „zamaglili“ sjećanja koja ih vraćaju na traumatski doživljaj. Neki pribjegavaju pretjeranom radu, a drugi pokazuju izrazito smanjeni interes za aktivnosti koje su im prije bile bitne. [4]

Klaster simptoma koji upućuju na visoki rizik od suicida osoba oboljelih od PTSP-a čine: depresivnost, osjećaj bezvrijednosti, osjećaj bezizlaznosti, gubitak smisla za životom, anhedonija, disforičnost, osjećaj krivnje, agresivnost, precjenjivanje teškoća aktualnih situacija, distorzija realiteta, gubitak vjere i povjerenja, izoliranje iz okoline i od prijatelja, seksualni poremećaji, gubitak vitalnih nagona. Uz ovaj klaster kliničkih simptoma potrebno je dodati i klaster socijalnih rizičnih čimbenika, među kojima su najčešći: socijalna izolacija, maritalni sukobi, konfliktuoznost, gubitak posla, zakazivanje u obiteljskim i prijateljskim kontaktima, egzistencijalna ugroženost. [7]

Kao odgovor na traumatsku situaciju javio se intenzivan strah, osjećaj bespomoćnosti ili užasnutosti. Kod djece, umjesto spomenutih osjećaja može se javiti dezorganizirano ili agitirano ponašanje. [6]

Bolesnici imaju osjećaj potpune otuđenosti ili odvojenosti od drugih ljudi, posebice njima bliskih i dragih osoba, često misle da su nesposobni voljeti druge ljude, nemaju osjećaja i smatraju da su „otupjeli“. Imaju osjećaj uskraćene budućnosti i beznadnosti, smatraju da je za njih život završen. Stalna povećana pobuđenost očituje se kao poteškoća pri uspavljivanju ili spavanju. Postoji osjećaj gubitka kontrole, često sa strahom gubitka kontrole nad pokazivanjem ljutnje ili neprijateljstva. Osobe se otežano koncentriraju i pokazuju pojačan oprez (pretjerana pažnja na vanjske podražaje izvan realističnog očekivanog stupnja vanjske prijetnje). [4]

3. Dijagnostika PTSP-a

PTSP je dijagnostička kategorija, koja se u domaćoj kliničkoj praksi rabi tek unazad nešto više od 10 godina. Budući da je ta dijagnostička kategorija relativno nova, nema mnogo udžbenika koji je opisuju na klasični klinički način, pa se i kliničari-dijagnostičari više nego kod većine ostalih dijagnoza psihičkih poremećaja služe navođenjem simptoma navedenih u klasifikacijama. I sama ta činjenica je problematična, jer se u opisu psihičkog stanja rijetko mogu naći simptomi i znakovi, koji nisu navedeni u klasifikaciji, no još je mnogo veći problem to, što se kriteriji u navedene dvije klasifikacije značajno razlikuju, i što međunarodna klasifikacija navodi dvije dijagnostičke kategorije za PTSP, a američka samo jednu. Obje recentne klasifikacije dovode pojavu PTSP-a u svezu s izrazito intenzivnim stresogenim događajem, no prisutne su izvjesne razlike u definiciji stresnog poremećaja, koje razlike međutim u kliničkoj praksi ne čine većih problema. [7]

U području psihologije traumatskog stresa razvio se i SMART program. Ciljevi su smanjiti utjecaj životnog stresa deaktiviranjem reakcija na stres, podučiti nekim strategijama racionalne samokontrole, razviti prisne i zdrave odnose (ako se program izvodi u grupi). SMART program se može provoditi za pojedinca, ali je učinkovitiji i zabavniji u grupi. [8]

Daleko više razlika među tim dvjema klasifikacijama nalazi se u opisu i kvantifikaciji simptoma i znakova, a glavne razlike su u činjenici da američka klasifikacija navodi jednu dijagnostičku kategoriju i za akutni PTSP i za kronični (F43.1), dok MKB-10 navodi dvije dijagnostičke kategorije: PTSP pod šifrom F43.1 i Trajna promjena ličnosti nakon katastrofalnog doživljavanja pod šifrom F62.0. Iako se klinički ponekad nalaze opravdanja za razlikovanje kliničke slike akutnog PTSP-a od kronificiranog stanja s izmijenjenom i kliničkom slikom i intenzitetom simptoma te trajnošću i ireverzibilnošću simptoma (F62.0), nužno je da se u slijedećoj klasifikaciji značajno poboljša operacionaliziranost dijagnostičkih kategorija i uskladi ih s kliničkim slikama većine oboljelih. [7]

Istraživački kriteriji MKB-10 klasifikacije preporučuju se za dijagnosticiranje PTSP-a jer su u odnosu na MKB-10 kriterije precizniji i velikim dijelom se podudaraju s DSM-IV kriterijima. Zbog komplicirane diferencijalne dijagnoze PTSP-a i činjenice da se bazira većinom na simptomima opisanim od bolesnika, dijagnozu PTSP-a nije lako ustvrditi i nije ju teško simulirati. Naime, kod svih poremećaja koji nose i novčanu naknadu dolazi i do simuliranja bolesti, što se često vidi kod sudskih i drugih vještačenja. [4]

U kliničkoj praksi u postavljanju dijagnoze i ocjene psihičkog stanja često se koristi primjena mjernih skala, među kojima se u nas najčešće primijenjuju slijedeće: TOP-8, CAPS, CGI-S, CGI-I, Davidson Trauma Scale (DTS), Medical, Outcomes Survey Short Form-36 (SF-36). [7]

Koriste se u cilju evaluacije učinkovitosti pojedinih terapijskih metoda mjereći intenzitet pojedinih simptoma i nivo socijalnog funkcioniranja oboljelih. [7]

Uza što više različitih metoda procjene bolja je i mogućnost postavljanja točne dijagnoze, pa upravo kombiniranje različitih metoda procjene postiže 85-95% usklađenosti. Ukoliko se u bolesnika s PTSP-om osim simptoma karakterističnih za PTSP javje 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. Najčešće se radi o depresiji, anksioznom poremećaju, paničnom poremećaju, alkoholizmu, ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, zlouporabi alkohola i psihoaktivnih tvari, poremećajima ličnosti i slično. U Hrvatskoj se u svakodnevnom kliničkom radu koriste dijagnostički kriteriji prema MKB-X, a u istraživačkom radu dijagnostički kriteriji prema DSM-IV i DSM-IV-TR. [4]

Prema podacima praćenja osoba s PTSP-om oko 30-35% ih prelazi u dijagnozu trajne promjene ličnosti što znači svaki treći. Već samo taj podatak govori o velikim mogućim razlikama u prevalenciji tog poremećaja, ali i nizu drugih relevantnih pokazatelja, kao npr. učinkovitosti pojedinih metoda liječenja, smrtnosti i slično. To upućuje na potrebu usklađivanja dijagnostičkih kriterija i mogućnost usporedbi samo onih istraživanja, u kojima se primjenjuje jedna od klasifikacija. Potreba za tom dijagnostičkom kategorijom proizašla je iz sučeljavanja s velikim brojem vijetnamskih veterana, koji su nakon rata i pretrpljenih trauma prezentirali sličnu kliničku sliku, koja se nije mogla uklopiti u dijagnostičke kategorije prethodnih klasifikacija. U DSM-IV dijagnostički kriteriji su bolje i detaljnije operacionalizirani. Klasifikacija Svjetske zdravstvene organizacije uvodi dijagnozu PTSP tek u desetu reviziju (MKB-10) 1992. godine, a koja je na hrvatski jezik prevedena 1999. godine. [7]

U Hrvatskoj je kao i u većini europskih država službena klasifikacija MKB-10. Prema toj klasifikaciji PTSP se javlja kod dijela osoba nakon stresogenog događaja. Stresogeni događaj je definiran kao iznimno jaka ugroženost katastrofične prirode koja može dovesti do sveprožimajuće ugroženosti u gotovo svakog. Ipak, predisponirajući čimbenici mogu sniziti prag za razvoj simptoma, pa je opravdano govoriti o individualnoj predispoziciji i intenzitetu stresogenog događaja (ili subjektivnom doživljaju intenziteta stresogenog događaja) kao interakciji odgovornoj za razvoj PTSP-a, čemu se kao treći čimbenik pridružuje podrška okoline nakon traume. [7]

Dijagnostički kriteriji za posttraumatski stresni poremećaj F43.1 (istraživački kriteriji MKB 10)

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: ponavljajućim intruzivnim sjećanjima, ponovnim doživljavanjima događaja (flashback), ponovnim doživljavanjima događaja u snovima, 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 pojačanje psihološke osjetljivosti i pretjerane uznemirenosti koje nisu postojale prije izlaganja traumatskom događaju i koje se izražavaju u najmanje dvoje od sljedećeg: teškoće usnivanja i održavanja spavanja, razdražljivost ili napadi ljutnje, teškoće koncentracije, hipervigilnost, pretjerana reakcija prestrašenosti.

Kriterij E: Trajanje

Kriteriji B, C, i D moraju biti zadovoljeni u periodu razdoblja do 6 mjeseci nakon izloženosti traumatskom događaju. Početak poremećaja slijedi nakon traume s razdobljem latencije od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci (ali malokad prelazi razdoblje od 6 mjeseci). Izuzetno rijetko može se postaviti dijagnoza PTSP-a i nakon 6 mjeseci od događaja ako je prisutna tipična klinička slika. [4]

U dijagnostičkoj evaluaciji PTSP-a važno je sljedeće:

1. Istražiti traumatske događaje i iskustva; otkriti situacije koje se doživljavaju kao traumatske, istražiti kako je bolesnik doživio situaciju, kako se postavio prema njoj, te koji ishod očekuje. Odgovor pojedinca na traumu ovisi o vrsti stresora, ali i o individualnoj mogućnosti pokazivanja emocija. [4]

Vrlo je važno istražiti je li bolesnik imao neku prijašnju traumu, osobito rano traumatsko iskustvo, njegovu psihijatrijsku anamnezu, hereditet duševnih bolesti, simptome akutnog stresa, narav biološkog odgovora itd. U ovu svrhu liječnicima može pomoći Trauma skrining upitnik koji se sastoji od 10 pitanja.

Trauma skrining upitnik – 10 pitanja	
Ponovno proživljavanje	Pojačanja pobudljivost
Uznemirujuće misli ili emocije	Poteškoće spavanja
Uznemirujući snovi	Iritabilnost (razdražljivost)
Osjećaj kao da se događaj ponovno zbiva	Teškoće koncentriranja
Uznemirenost na podsjetnike	Veća svjesnost o opasnosti
Simptomi fizičke tjeskobe	Lako trzanje

2. Formalna dijagnostička procjena. Ovaj proces uključuje:

a) Strukturirani intervju (Strukturirani klinički intervju prema DSM IV-SCID, Međunarodni neuropsihijatrijski intervju – MINI, itd. kojima će se obuhvatiti detaljne informacije u vezi demografskih podataka, medicinske povijesti, statusa distabiliteta, radnog statusa i radne povijesti, socijalne anamneze i obrazovanja. Intervjui ne procjenjuju jakost simptoma.

b) Detaljni psihijatrijski pregled koji uključuje procjenu psihičkog statusa; a uz to je potrebno ispitati neurološki i tjelesni status.

c) Psihometrijske i psihodijagnostičke postupke u koje pripada upotreba CAPS-a (Klinička skala za procjenu PTSP-a), Mississipi skala za PTSP, LASC (Los Angeles lista), IES (Skala utjecaja događaja), PSS-I (Intervju skala za PTSP simptome), MMPI/MMPI-2 (Minnesota multifazični inventar ličnosti), itd. U praksi je najčešće upotrebljavana CAPS skala, kojom se može procijeniti intenzitet simptoma.

d) Multidimenzionalna procjena uključuje procjenu ponašanja i kognitivne mjere; ubraja se RNG (Test slučajnih brojeva) kojim se mjere izvršne funkcije i procesiranje informacija, COWAT (Kontrolirani test verbalnih asocijacija) kojim se mjeri verbalno učenje i pamćenje, AVLT (Ray test slušnog verbalnog učenja), kojim se mjeri aktivnost frontalnog režnja, itd.

3. Psihofiziološke mjere, u koje pripada objektivno mjerenje simptoma podražljivosti koje se ne može simulirati.

4. Funkcionalna procjena osobe, koja uključuje pretraumatsku povijest, neposredni pretraumatski psihosocijalni kontekst, sam događaj, neposredne strategije sučeljavanja te posttraumastki psihosocijalni kontekst (obiteljsku i društvenu potporu – odgovornost društva). Može se koristiti i WHOQOL (Skala kvalitete života).

5. Forenzička evaluacija, kojom se procjenjuje vjerodostojnost simptoma (uključujući mogućnost simuliranja), povezanost simptoma i stresnog događaja, dugoročne posljedice navedene traume, emocionalne promjene uzrokovane traumom. Za procjenu simuliranja koristi se SIMS test – Strukturirani upitnik za simuliranje te MENT-Morelov test emocionalnog izbjegavanja. [4]

Kod prepoznavanja i identifikacije PTSP-a važno je na vrlo senzitivan način postaviti specifična pitanja o simptomima i o traumatskom iskustvu. PTSP može biti predstavljen velikim opsegom simptoma (uključujući ponovno proživljavanje, izbjegavanjem povišenu pobuđenost, depresija, emocionalna zakočenost, zloupotreba alkohola i droga, ljutnja), te kod procjene PTSP-a, članovi tima primarne zdravstvene zaštite treba na senzitivan način pitati da li je ili ne pacijent s takvim simptomima imao traumatsko iskustvo (koje se moglo desiti prije više mjeseci ili godina) i navesti specifične primjere traumatskog događaja (npr. napad/nasrtaj, silovanje, saobraćajnu nesreću, seksualno zlostavljanje u djetinjstvu ili traumatski porođaj). [6]

Za pacijente s neobjašnjivim fizičkim simptomima koji se ponavljaju zbog kojih pacijenti učestalo traže pomoć u primarnoj zdravstvenoj zaštiti razmatra se pitanje da li je pacijent imao iskustvo traumatskog događaja. Pri identificiranju PTSP-a, članovi tima primarne zaštite trebaju razmotriti postavljanje specifičnih pitanja vezano za ponovno proživljavanje (uključujući flashback i noćne more) ili povišenu pobuđenost (uključujući pretjeranu reakciju na podražaj ili smetnje spavanja). Za djecu, posebno mlađu, treba pitati dijete i/ili roditelja za smetnje spavanja ili značajne promjene u obrascu spavanja. Mnogi pacijenti koji traže zdravstvene usluge u drugim bolničkim odjeljenjima moguće je da su doživjeli traumatske događaje. Ovo posebno važi za službe urgentne medicine, ortopedske klinike ili odjeljenja plastične kirurgije. Za neke osobe s PTSP-om, to može biti jedina prilika da se prepozna i identificira PTSP. Pacijenti sa simptomima kao što su povišena pobuđenost, depresija, emocionalna zakočenost, zloupotreba alkohola i droga, ljutnja i drugim trebaju biti procjenjeni u odnosu na PTSP-a postavljanjem pitanja vezanih za traumatska iskustva od strane članova tima bolničkih odjeljenja. [6]

Primjer "prijelaska" jedne dijagnostičke kategorije u drugu kao prirodni tijek nije čest u psihijatriji, i jedva ima nekoliko primjera pa je vjerojatno i zbog toga u kliničkoj praksi "prijelaz" PTSP-a u trajne promjene ličnosti nakon katastrofalnog doživljaja teško prihvatljiv. Vrlo često u rutinskoj kliničkoj praksi se nalazi na istom dokumentu i u isto vrijeme navedeno obje dijagnoze, i F43.1 i F62.0, što dakle prema izričitoj preporuci nije moguće. Sljedeći razvoj kliničke slike PTSP-a u kliničkoj praksi se vidi dosta česta promjena pojedinih simptoma, njihov razvoj, ali i transformacija, koje su promjene uvelike ovisne o liječenju oboljeloga, njegovim premorbidnim crtama, ali i stavu okoline i situacijama u koje oboljeli ulazi. [7]

U otkrivanju simptoma PTSP-a trebaju posebno biti uključene osobe koje pripadaju visoko rizičnim grupama za PTSP-a kao što su izbjeglice, oni koji su preživjeli logor, torturu, pripadnici vojske, oni koji su preživjeli ratne katastrofe, prirodne nesreće i katastrofe i sl. Za osobe u visokom riziku od razvoja PTSP-a nakon velikih katastrofa na nivou primarne zdravstvene zaštite u okviru službi mentalnog zdravlja i službi za psihosocijalni rad planira se rutinska primjena kratkog instrumentarija za procjenu PTSP-a u prvom mjesecu nakon katastrofe. Djeca, posebno mlađa od 8 godina najčešće imaju pritužbe vezane za spavanje. Procjena i identifikacija simptoma PTSP-a vrši se ispitivanjem djece, roditelja ili staratelja posebno pri prijemu djece na odjeljenja hitne medicine. [6]

Preporuke MKB-10 u praćenju bolesnika s dijagnozom PTSP-a moguće ih je "izgubiti" na 2 načina: one koji su izliječeni i oni koji su "prešli" u dijagnostičku kategoriju trajnih promjena ličnosti (F62.0). U usporedbi s DSM-IV klasifikacijom "gubljenje" neizliječenih bolesnika je jedna od najvećih razlika. DSM-IV je više operacionalizirana klasifikacija i klasifikacija s višim stupnjem validnosti, daje jasnije odrednice za postavljanje dijagnoze i jasnije definira dizabilitet kao nužni simptom za postavljanje dijagnoze, što kod MKB-10 nije eksplicitno navedeno. Prednost MKB-10 je u većoj mogućnosti uvrštavanja i klinički ne sasvim tipičnih kliničkih slika, jer ta klasifikacija više vodi računa o vrsti simptoma, dakle na kliničkim odrednicama, a DSM-IV kao što joj i ime kaže, na statističkim odrednicama. U nastojanju lakšeg snalaženja i otklanjanja postojećih razlika, izrađen je veći broj priručnika, no ni u njima nema jasnih objašnjenja kako premostiti razlike u kriterijima za PTSP između MKB-10 i DSM-IV. [7]

Procjena se vrši zasebnim i odvojenim intervjuom s djecom, potom intervjuom s roditeljima usmjerenim na traumatski događaj i zapažene simptome PTSP-a kao što su smetnje spavanja, noćne more, smetnje koncentracije i razdražljivost. Za osobe oboljele od PTSP-a u primarnoj zaštiti odgovornost treba preuzeti liječnik opće prakse za inicijalnu procjenu i inicijalnu koordinaciju zaštite. To uključuje određivanje potreba za psihijatrijsku pomoć. Procjenu oboljelih od PTSP-a vrše kompetentne osobe i procjena treba biti sveobuhvatna, uključujući tjelesne, psihološke i socijalne potrebe, kao i procjenu rizika. Prioriteti pacijenta su važna odrednica u izboru efikasnog tretmana. Oboljelima od PTSP-a treba dati dovoljno informacija o prirodi ovih tretmana da bi mogli dati pristanak. Tamo gdje se vođenje slučaja vrši između primarne i sekundarne zaštite, treba postojati jasan dogovor između stručnjaka o odgovornosti za monitoring/praćenje pacijenata s PTSP-om. Ovaj dogovor treba biti u pisanoj formi, a jedan primjerak dati pacijentu i tamo gdje je potrebno, obitelji ili starateljima. [6]

Poznato je da i uz istu vrstu i intenzitet traume ne razvijaju svi traumatizirani PTSP-om. Kod nekih traumatiziranih osoba nakon traume dođe čak do sazrijevanja i povoljnijeg reagiranja na nove kasnije traume. [7]

4. Liječenje PTSP-a

Tri su vrlo važna aspekta koja obuhvaćaju liječenje PTSP-a: edukacija, psihosocijalna i psihoterapijska podrška i/ili liječenje i primjena psihofarmakoloških metoda liječenja. Posebno važnu ulogu u procesu prevencije i liječenja PTSP-a imaju liječnici obiteljske medicine jer oni najčešće prvi dođu u kontakt s psihotraumatiziranim osobama. Na njima je da procijene treba li bolesnik daljnju specijalističku obradu ili im je dovoljno pružiti psihosocijalnu podršku i psihoedukaciju, koje su posebno važne u prva dva tjedna nakon traume. [4]

Nakon traumatskog događaja ljudi koji su bili izloženi traumatskom događaju ili traumatskim događajima pruža se psihološka intervencija; psihološko ispitivanje kompresije ili putem mobilnog tima za djelovanje u kriznim situacijama obučeno osoblje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za krizne intervencije, mentalno zdravlje usluga osoblja. U pacijenata sa simptomima koji su umjereni i traju od 4 tjedna nakon traume, uvodi se praćenje ili promatranje pacijenta pri čemu se kontrolna procjena pacijenta zakazuje unutar jednog mjeseca. [6]

U skladu s etiopatogenetskim spoznajama i kliničkom slikom PTSP-a provodi se i terapija osoba s PTSP-em. Osnovne su biološke metode, psihoterapijske i socioterapijske. Psihoterapijske su individualne i grupne, vrlo ih je važno provoditi i preventivno u visokorizičnim skupinama. Najvažnije je uspostaviti nove ili obnoviti metode rješavanja problema i "nošenja" s njima. Od farmakoloških metoda liječenja primjenjuju se antidepresivi i anksiolitici. Od antidepresiva se primjenjuju selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS), klasični antidepresivi (klomipramin i maprotilin), antidepresivi s dualnim djelovanjem i inhibitori enzima monoamino oksidaze (IMAO). [7]

Aktualne terapijske smjernice za PTSP uključuju psihofarmakološke, psihoterapijske i psihosocijalne smjernice. U liječenju PTSP-a kada god je moguće treba preferirati psihoterapiju nad psihofarmakološkim liječenjem, osobito kada su simptomi blagi i kada se radi o tzv. nekompliciranom PTSP-u bez komorbidnih poremećaja. U slučajevima srednje teškog i teškog PTSP-a s komorbidnim poremećajima i razvojem posttraumatskih promjena ličnosti, najčešće treba kombinirati psihoterapiju, psihosocijalne metode i farmakoterapiju. [4]

4.1. Psihoterapija

Psihoterapija predstavlja metodu izbora u liječenju posttraumatskog stresnog poremećaja. Ovisno o težini kliničke slike može se provoditi samostalno ili u kombinaciji s psihofarmakološkom terapijom. [4]

Do danas nema univerzalnog preporučljivog modela ili psihoterapijske tehnike liječenja PTSP-a. Kod nas se najčešće koriste psihodinamska i integrativna psihoterapija, a manje kognitivno bihevioralna. U praksi se često nalaze elementi jednih i drugih. Treba pridodati bračnu i obiteljsku psihoterapiju, a programi koji se koriste u specijaliziranim centrima za liječenje psihotraumatiziranih osoba obuhvaćaju i socioterapijske postupke (uključujući filmoterapiju, biblioterapiju, muzikoterapiju, radnu terapiju, itd.) te relaksacijske i kreativne tehnike. Liječenje treba planirati u odnosu na potrebe svakog bolesnika, već prema tome radi li se o akutnom, kroničnom ili trajnom poremećaju. [4]

Specifičnosti grupne terapije bolesnika/zatvorenika koja se provodi na Odjelu forenzičke psihijatrije Zatvorske bolnice Zagreb u sklopu terapijskih skupina (grupa) za bolesnike/zatvorenike koji boluju od PTSP poremećaja i/ili trajnih promjena ličnosti, a koji uz izdržavanje zatvorske kazne imaju i od suda izrečenu sigurnosnu mjeru obaveznog psihijatrijskog liječenja po članku 68. Kaznenog zakona (KZ/11). Grupa je poluotvorena, broji 10-12 članova, održava se jednom tjedno u trajanju od 60 minuta, a vodi ju psihijatar po principu kognitivno bihevioralne terapije uz elemente suportivne terapije i psihoedukacije. Prikazani su ciljevi i efekti liječenja i specifičnosti grupnog terapijskog procesa s posebnim osvrtom na težinu kliničke slike te komorbiditetne dijagnoze, moguće sukobe interesa i etičke dvojbe vezane za psihoterapijski rad u penalnim uvjetima. [9]

Opći principi psihoterapije, bez obzira na tehniku i traumatsko iskustvo (civilna ili ratna trauma), počivaju na fazama liječenja od početne izgradnje odnosa preko na traumu fokusirane faze do faze uspostavljanja i održavanja zadovoljavajućih interpersonalnih odnosa u širem socijalnom kontekstu. Glavni je cilj terapije pomoći bolesniku da uspostavi osjećaj sigurnosti i kontrole kako bi se mogao suočiti s traumom, dekondicionira strah i anksioznost povezan s traumatskim sjećanjima te ponovno uspostavi osjećaj osobnog integriteta i kontrole kako bi kao žrtva traume ponovno našao smisao u životu. Odluka o izboru psihoterapije ovisi o terapijskom cilju i indikacijama, kao i o educiranosti i dostupnosti terapeuta. Neki autori smatraju da je upravo integrativna psihoterapija idealan odabir za bolesnike s psihološkom traumom. [4]

Za postavljanje indikacije za određenu psihoterapiju mogu biti korisni sljedeći elementi: terapijski cilj; oslobađanje od simptoma i bolja adaptacija u svakodnevnom životu ili rekonstrukcija ličnosti, kapacitet bolesnika za rad u odnosu na zahtjeve tehnike orijentirane na uvid (ekspresivne) ili na jačanje ega (suportivne), motiviranost bolesnika za kratkotrajnu ili dugotrajnu terapiju, sekundarna korist, prisutnost stupnja socijalne podrške okoline, komorbiditet drugih psihijatrijskih poremećaja. [4]

Psihodinamska psihoterapija svoj cilj usmjerava jačanju ega (suportivna psihoterapija) ili prema uvidu kroz analizu nesvjesnih sadržaja (ekspresivna psihoterapija). Oba tipa psihodinamske terapije mogu se provoditi kao individualna, grupna, bračna i obiteljska. Grupna psihoterapija se provodi u homogenim grupama u kojima se prorađuje traumatsko iskustvo, a u heterogenim grupama cilj je promjena ponašanja proizašlog iz traume. Cilj suportivne terapije je jačanje već postojećih sposobnosti osobe za rješavanje svakodnevnih životnih teškoća, pri čemu je pažnja fokusirana na optimiziranje obiteljskog, radnog i socijalnog funkcioniranja. Ovdje nije potrebno oživljavati prošla iskustva. Za razliku od nje, ekspresivna psihoterapija se temelji na traženju veze između sadašnjih problema i prošlih traumatskih i obiteljskih iskustava kako bi se pojedinac suočio s uznemirujućim iskustvom i njime ovladao. Ovaj oblik terapije nije prikladan niti potreban svim bolesnicima. [4]

Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) uključuje bolesnike u kojih su simptomi posttraumatskih reakcija intenzivniji i u kojih su simptomi PTSP već prisutni u prvom mjesecu nakon traumatskog događaja. KBT se pruža u službi za mentalno zdravlje na razini primarne zdravstvene zaštite i inidividualno. Osobama sa simptomima PTSP-a pruža se i stavljaju na raspolaganje metode psihološkog tretmana, kao što je KBT usmjerena na traumu ili EMDR. [6]

Kognitivno-bihevioralna terapija uključuje terapiju izlaganjem, kognitivnu terapiju i metodu ovladavanja anksioznosti. Smjernice svjetskih stručnjaka ističu te tehnike kao najučinkovitije u liječenju PTSP-a. Terapija izlaganjem pomaže osobi u suočavanju sa specifičnim situacijama, osobama, objektima, sjećanjima ili osjećajima koji su povezani sa stresorom, i koji bude nerealistično intenzivan strah. Provodi se imaginativnim izlaganjem (ponavljanim emotivnim prebrojavanjem traumatskih sjećanja dok ne prestanu izazivati visoki stupanj uznemirenosti), ili in vivo izlaganjem ponavljanim izlaganjem osoba situacijama koje su sada sigurne, no još uvijek izazivaju strah jer se povezuju s traumom. [4]

Psihološki tretman pruža se u službama mentalnog zdravlja u primarnoj ili sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti u izvanbolničkom setingu i individualno. Djeci i mladima s izraženim simptomima posttraumatskih reakcija pruža se KBT usmjerena na traume tijekom prvog mjeseca nakon izlaganja traumatskim događajima. Tehnike KBT mora biti prilagođena dobi djeteta, okolnostima i stupnju razvoja djeteta. [6]

Cilj kognitivne terapije je naučiti bolesnika kako identificirati vlastite disfunkcionalne misli, kako procijeniti dokaze za i protiv te kako usvojiti realističnije misli koje će proizvesti uravnoteženije osjećaje. Ovladavanje anksioznošću služi učenju bolesnika vještinama poput relaksacije, vježbi disanja, pozitivnog mišljenja i sl., koje će mu pomoći pri svladavanju stresa.[4]

Integrativna psihoterapija temelji se na postavci da posttraumatski stres predstavlja poremećaj unutarnjih i vanjskih granica ega koji se očituje kroz kognitivne, bihevioralne i tjelesne simptome te dodatnu nesvjesnu anksioznost. Model temeljen na integrativnoj psihoterapiji za liječenje psihotraume je razvijen u južnoafričkoj Republici tijekom ranih 80-ih i ranih 90-ih godina, kako bi pomogao velikom broju žrtava raznoraznih trauma; od državnih tortura do kriminalnog nasilja. Sastoji se od pet komponenti: 1. pričanje/ prepričavanje priče, 2. normaliziranje simptoma, 3. suočavanje sa sramom i krivnjom preživjeloga, 4. poticanje vladanja osjećajima i 5. olakšavanje stvaranja smisla u životu. Terapija se može provesti kroz 15 sesija, ali kompleksniji slučajevi zahtijevaju i dugotrajniju intervenciju. [4]

4.2. Psihofarmakoterapija

Imajući u vidu različite biološke modele PTSP-a, smatra se da je to poremećaj brojnih neurotransmiterskih sustava (noradrenergičkog, dopaminergičkog, serotonergičkog, GABA-e, endogeno-opioidnog), pa se za liječenje PTSP-a koriste različite skupine lijekova. Vrlo često jedna skupina lijekova nije dovoljna u liječenju svih simptoma PTSP-a, i to je gotovo praksa kad se radi o PTSP-u s komorbidnim poremećajima. Bez obzira na različite mehanizme djelovanja lijekova koji se primjenjuju kod PTSP-a, cilj je uvijek isti: smanjiti simptome distresa, pojačati psihološki obrambeni sustav i obnoviti funkcioniranje pojedinca. [4]

Medikamentozni tretman za odrasle ne bi trebao biti korišten kao prva linija liječenja za odrasle, nego preferirati psihoterapiju usmjerenu na traumu. Medikamentozni tretman treba razmotriti u liječenju PTSP-a kod odraslih osoba u konzultaciji s psihijatrom, ovisno o težini simptoma PTSP-a i funkcionalnosti osobe. [6]

U primjeni SIPPS-a potrebno je davati dva do tri puta više doze nego kod primjene u liječenju depresivnog poremećaja, i upozoriti bolesnika da će do poboljšanja doći tek za 6-8 tjedana, ponekad čak za 12 tjedana. Kod izrazito agitiranih bolesnika, anksioznih, emocionalno labilnih i nestrpljivih bolesnika u čekanju postizanja oporavka potrebna je i primjena anksiolitika, sedativa i hipnotika. Kod dijela bolesnika se pokazala opravdana primjena IMAO-a, stabilizatora raspoloženja pa i antipsihotika nove generacije. [7]

Liječenje preporučenim izabranim antidepresivom prvog izbora se preporučuje provoditi tijekom 6 do 8 tjedana u dovoljno visokoj terapijskoj dozi. Uobičajeno su doze za liječenje PTSP-a u prosjeku nešto više nego za liječenje depresije. Nakon 6 do 8 tjedana procjenjuje se odgovor na izabrani antidepresiv. U slučaju nepovoljnog odgovora preporučuje se izbor drugog antidepresiva iz skupine prvog izbora. [4]

Kod bolesnika s razvojem psihotične slike potrebno je pravovremeno uvođenje antipsihotika nove generacije u dozama, koje se primjenjuju kod drugih vrsta psihoza. Nezaobilazne su socioterapijske metode s ciljem ponovnog uklapanja u društvo i obitelj. [7]

Kod odabira dodatne medikacije treba voditi računa o preporukama koje vrijede u načelu za svaki lijek. U slučaju neuspjeha terapije sa SSRI preporučuje se konzultacija psihijatra ili se može pokušati lijekovima drugog izbora; tricikličkim antidepresivima (TCA), moklobemidom, venlafaksinom, itd. U slučaju anksioznosti može se kraće vrijeme dodati anksiolitik, a kod nesanice dati anksiolitik ili zolpidem. U slučaju povoljnog terapijskog odgovora preporučuje se terapija održavanja od 12 mjeseci. [4]

U odabiru liječenja od posebne je važnosti eventualni komorbiditet, koji značajno otežava prognozu i tijek bolesti, ali i postizanje remisije. U nas se u farmakoterapiji koriste svi spomenuti antidepresivi i hrvatski algoritam je vrlo sličan algoritmima iz SAD-a i Europe. No na planu socioterapije Hrvatska je daleko insuficijentnija, kako zbog općeg nedostatka kadra tako i zbog rjeđe nefarmakološke educiranosti profesionalaca. [7]

Provedena klinička istraživanja vode zaključku da su serotoninergički lijekovi u liječenju PTSP-a djelotvorniji od dopaminergičkih, iako je kod bolesti prisutna zahvaćenost obaju neurotransmiterskih sustava. Prema današnjim saznanjima selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina – SSRI antidepresivi; predstavljaju na našem tržištu prvi terapijski izbor za liječenje PTSP-a. [4]

U slučaju neliječenosti osoba s PTSP-om može trajno imati sve ili dio simptoma iz početne kliničke slike, no opisani su i neliječeni slučajevi, koji postepeno ulaze u spontanu remisiju. Uz adekvatno liječenje i povoljnu reakciju i prihvaćanje okoline, većina bolesnika postiže poboljšanje ili oporavak. U slučaju intenzivnog retraumatiziranja može se ponovno javiti nova epizoda PTSP-a, za koju je obično teško procijeniti, da li je ona posljedica prve psihotraume, pa je nova samo dovela do recidiva, ili je neovisna o prvoj psihotraumi i ranijoj epizodi. Za sada postoji premali broj opisa takovih slučajeva. [7]

5. Prevencija PTSP-a

Iako će razvoj PTSP-a ovisiti o različitim čimbenicima, nakon proživljene traume važnu preventivnu ulogu igra upravo pravilna i pravodobna psihoedukacija. Time se podiže razina znanja psihotraumatizirane osobe o poremećaju, njegovim simptomima i vlastitom ponašanju. Liječnici obiteljske medicine trebali bi prilikom psihoedukacije poticati bolesnika na razgovor s obitelji i prijateljima o proživljenom traumatskom iskustvu te posebno naglasiti koliko je važno podijeliti vlastite emocije s osobama kojima vjeruje. Jedna od psihoterapijskih metoda koje se mogu primijeniti neposredno nakon traume jest i debrifing. Iako je njeno pozitivno djelovanje na akutni stres kod žrtava traume već otprije poznato, učinkovitost u smanjenju učestalosti razvoja PTSP-a još uvijek nije potvrđena dovoljnim brojem istraživanja. Medicinska mišljenja o pružanju simptomatske terapije bolesnicima koji pate od nesanice zasad su podijeljena, a dokazi nedostatni. Prema zaključcima Međunarodne konsenzus grupe za PTSP, simptomatsku terapiju (najčešće nebenzodiazepinski hipnotik) trebali bi primiti bolesnici koji više od četiri noći uzastopno imaju problema sa spavanjem. [4]

S obzirom na činjenicu da različite vrste i jačine traume mogu uzrokovati različite simptome PTSP-a, kao i spoznaju da se u svakog pojedinca nakon traume javlja određeni stupanj distresa, stav o trenutku započinjanja terapije nije ujednačen. Većina kliničara ipak preporučuje početak liječenja u onih osoba koje su vidljivo simptomatske i nakon 3 do 4 tjedna (simptomi uključuju poteškoće na socijalnom, interpersonalnom i radnom planu), onih kod kojih nije prisutno poboljšanje, te onih čije se stanje pogoršalo. Njih treba liječiti psihoterapijski, farmakoterapijski ili kombinacijom tih dviju metoda. [4]

6. Zdravstvena njega osoba oboljelih od PTSP-a

Psihijatrijska medicinska sestra najčešće je prva koja kontaktira s bolesnikom i njegovom obitelji. Zato je prvi susret medicinske sestre s bolesnikom veoma važan jer o njemu ovisi hoće li se razviti povjerenje, empatija sve to omogućuje da se bolesnik osjeća prihvaćen, siguran i poštovan. Medicinska sestra mora znati pridobiti bolesnika na suradnju i liječenje. Medicinska sestra prva uočava promijene i članovima stručnog tima iznosi svoja zapažanja, koja su bitna za daljnji postupak u terapiji, stoga je ona važan i nezamjenjiv član tima u psihijatrijskoj njezi. Psihijatrijska sestrinska skrb temelji se na poznavanju psihičkog života i psihopatoloških zbivanja. Medicinska sestra mora znati razumjeti bolesnika i njegovo ponašanje, odnosno poruke koje simptomima bolesnik upućuje okolini. [10]

Psihijatrijske medicinske sestre podložne su visokoj stopi napada od strane pacijenata. Stres izloženosti napadima i potencijalnim napadima čini se da utječu na emocionalna stanja medicinskih sestara u obliku posttraumatskog stresa i posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP). Većina studija pokazuje stopu prevalencije PTSP-a u toj populaciji između 9-10%. Trening u upravljanju agresivnim pacijentima, koji sudjeluju u kritičnim incidentima te rutinskim sastancima strukturiranih sastanaka, mogu imati ulogu u olakšavanju razvoja otpornosti kod medicinskih sestara s obzirom na rizik od PTSP-a. Poznavanje stanja znanosti o agresiji i PTSP-u potrebno je da kliničari i istraživači razviju i testiraju učinkovite strategije. [11]

Obitelji i skrbnici imaju centralnu ulogu u podršci koja je potrebna oboljelima od PTSP-a. Trauma i njene posljedice mogu utjecati na cijelu obitelj, stoga je potrebna procjena utjecaja traume na obitelj i na osnovu procjene razmatranja pružanja podrške obitelji. Procjena obitelji i pružanje podrške obitelji vrši se na razini opće medicine od strane liječnika opće medicine, u centrima za mentalno zdravlje i na sekundarnoj razini službi mentalnog zdravlja ovisno o svakom slučaju individualno. [6]

Od Domovinskog rata do danas brojni su branitelji na psihijatrijskom tretmanu zbog psihičkih tegoba iz kruga PTSP-a. Već na samom početku Domovinskog rata počele su se javljati i žene, a u manjem broju i muškarci, kao žrtve seksualnog nasilja, pa je uz pomoć međunarodne zajednice i IRCT-a (International Rehabilitation Council for Torture Victims) iz Copenhagena u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče osposobljen tim stručnjaka kako bi traumatiziranim osobama mogao pružiti visoko stručnu pomoć. [5]

Nakon što je već godinama u psihijatrijskim ustanovama liječen veliki broj branitelja oboljelih od PTSP-a, počeli su se javljati i civili s istim ili sličnim „simptomima“ i traumatskim događajima, koje su opisivali kao „visoko traumatske“, i koji su navodili simptome PTSP-a, često terminologijom iz stručne literature, a bilo je i situacija, kada su znali reći: „Ja imam iste simptome kao i XY kojega vi liječite, pomognite i meni.“ [5]

Na navedenim razinama zdravstvene zaštite daje se pristanak pacijenta o potpunom informiranju njegove obitelji o reakcijama na traumatske događaje, simptomima PTSP-a i načinu liječenja. Pored davanja informacija, obiteljima se daju informacije o grupama za samopomoć i grupama za podršku te se potiču da sudjeluju u takvim grupama. Kad je obitelj pogođena traumatskim događajem i kada više od jednog člana obitelji pati od PTSP-a tada je osiguran efikasan i kordiniran tretman svih članova. Praktična i socijalna podrška imaju važnu ulogu u olakšavanju oporavka od PTSP-a, posebno odmah nakon traume. Na razini primarne i sekundarne zdravstvene zaštite identificiraju se socijalne potrebe osoba koje su oboljele od PTSP-a, pružaju se praktični savjeti o tome kako pristupiti odgovarajućim službama za zadovoljenje identificiranih potreba. Zdravstveni radnici i zdravstveni suradnici se uključuju u zagovaranje zadovoljenja socijalnih potreba oboljelih od PTSP-a. [6]

Sve su se češće javljali i bolesnici nakon saobraćajnih nesreći, i kada nisu „dobili“ dijagnozu PTSP-a već eventualno akutnu reakciju na stres, bili su vrlo nezadovoljni i obično su mijenjali terapeuta. PTSP je u godinama nakon Domovinskog rata jedan od češćih razloga psihičkog liječenja, kako ambulantno tako i bolnički. Brojni su branitelji koji se liječe godinama, i kod kojih su simptomi reducirani, pa bolje ili dobro funkcioniraju, ali unatoč tome dolaze na povremene kontrole, bilo radi komorbiditeta ili radi prevencije recidiva. Veliki postotak ih je umirovljen, ali su i dalje u ambulantnom tretmanu. Kod dijela tih bolesnika povremeno se javljaju recidivi, koji su provocirani daleko blažim traumatskim događajem nego što je bio onaj koji je prethodio razvoju PTSP-a. Ima međutim i onih, koji su se „zbog“ PTSP-a počeli liječiti više godina nakon rata, i koji se i sada „liječe“. Može se procijeniti da dio njih ima rentne motive. Iako se radi o manjini, potrebno je postaviti pitanje: smijemo li pogriješiti? Odgovor treba biti: Primum non nocere, ni osobi ni društvu. [5]

Posljednjih se desetak godina ni o jednoj psihičkoj bolesti ni poremećaju toliko ne raspravlja kao o radnoj sposobnosti kod PTSP-a. U slučaju vještačenja radne sposobnosti treba posebno voditi računa o dizabilitetu koji proizlazi iz intenziteta i kvantiteta simptoma PTSP-a, podršci obitelji i radne sredine, strukturi ličnosti i školskoj spremi u vrijeme nastanka PTSP-a i aktualnoj (ne)zaposlenosti. Velika teškoća u DSM-IV klasifikaciji je što se dizabilitet navodi kao jedan od dijagnostičkih uvjeta za PTSP, što slučaju dobivanja i održavanja statusa branitelja predstavlja dodatno opterećenje. [7]

Cilj istraživanja bio je istražiti razlike u stupnju depresivnosti, poteškoćama spavanja i pospanosti između bolesnika s PTSP-em i depresivnim poremećajem. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 170 bolesnika, od kojih 120 s PTSP-om i 50 s depresivnim poremećajem. Primijenjen je Beckov inventar depresivnosti, Pittsburgh indeks kvalitete spavanja i Epworth ljestvica pospanosti. [12]

Rezultati su pokazali razlike u subjektivnoj procjeni kvalitete spavanja između bolesnika s PTSP-om i depresijom (bolesnici s PTSP-om su svoju kvalitetu spavanja procijenili lošijom), iako između dviju skupina nije bilo razlike u stupnju depresivnosti i pospanosti. Uzimajući u obzir da se nesanica može pojaviti kao rani, prikriveni znak PTSP-a i depresije te da su utvrđene razlike u intenzitetu smetnji spavanja između dviju skupina, uporaba ovih i sličnih instrumenata za procjenu kvalitete spavanja može biti korisna u razlikovanju bolesnika s PTSP-om i depresijom, liječenju poremećaja spavanja i prevenciji teže kliničke slike kod bolesnika s takvim psihijatrijskim smetnjama. [12]

Supruge traumatiziranih veterana nerijetko su indirektne žrtve njihova traumatskog iskustva. Rezultati su pokazali da supruge ratnih veterana oboljelih od PTSP-a iskazuju simptome sekundarne traumatizacije, no značajno se razlikuju s obzirom na simptome sekundarne traumatizacije, ovisno o tome je li im pružena psihološka pomoć. Supruge kojima je pružena psihološka pomoć izvijestile su o manje simptoma sekundarne traumatizacije nego supruge koje takvu pomoć nisu dobile. Potvrđena je i pretpostavka o višoj subjektivnoj kvaliteti života kod supruga veterana koje su dobile psihološku pomoć u usporedbi s onima koje takvu pomoć nisu zatražile. [13]

Rezultati istraživanja provedenog na djeci koja su tijekom rata doživjela različita traumatska iskustva, a s ciljem utvrđivanja proživljenih trauma te simptomatike posttraumatskog stresnog poremećaja, odnosno stupnja subjektivnog stresa i manifestne anksioznosti. Djeca su imala više od jednog ratnog iskustva, u prosjeku više od osam. Uz to 20% djece procjenjuje visok stupanj subjektivnog stresa koji ima obilježje PTSP-a, dok 18,5% djece pokazuje klinički izražene simptome anksioznosti. [14]

Najveći broj djece u problematičnim situacijama traži podršku odraslih osoba ili prijatelja, što predstavlja efikasniji način samopomoći u teškim situacijama. Zabrinjava, međutim, činjenica da po frekvenciji korištenja potom slijedi strategija izbjegavanja, koja dugoročno ne pomaže u rješavanju problema. Kako su ta djeca uključena u projekt psihosocijalne skrbi, rezultati istraživanja omogućuju u psihološko-pedagoškim radionicama planirati igre, vježbe i tehnike rada kojima će se razvijati vještine efikasnijeg suočavanja. Rezultati će olakšati i identifikaciju djece s naglašenom simptomatikom, koji zahtijevaju dodatan individualan pristup. [14]

Uspoređivana je kvaliteta života 2 skupine ljudi koji žive u područjima pogođenima ratom: osobe koje zadovoljavaju dijagnostički kriterij psihičkog poremećaja i osobe koje vjerojatno nemaju psihički poremećaj. Proučavan je i doprinos traumatizacije, sociodemografskih obilježja i aktualnog mentalnog zdravlja objašnjenju kvalitete života ovih ljudi. Podaci su prikupljeni strukturiranim intervjuom na reprezentativnom uzorku odraslih u dobi od 18 do 65 godina (N=454) u dvije županije. [15]

Više od jedne trećine sudionika (36,1%) zadovoljilo je kriterij za jedan ili više mentalno-zdravstvenih poremećaja. Utvrđeno je da osobe koje ne ispunjavaju takav kriterij imaju značajno višu kvalitetu života od osoba s depresijom, s posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP) i onih s anksioznim poremećajem. Sudionici s vjerojatnim psihičkim poremećajem međusobno su se razlikovali tako što su oni s PTSP-om procijenili da im je fizičko i psihičko zdravlje lošije nego što su to procijenile osobe s depresijom. Od devet prediktora bolje kvalitete života u hijerarhijskoj su se analizi značajnim pokazali samo manja depresivnost i bolji ekonomski status, dok izloženost traumatizaciji, sociodemografske varijable, anksioznost i posttraumatske smetnje nisu bile prediktivne kad su u analizu uzeti svi prediktori. Dugotrajno loši uvjeti života u poslijeratnim zajednicama vjerojatno pridonose razvoju psihičkih smetnji koje su potencirane smanjenim kapacitetom za suočavanje populacije koja je proživjela rat što se odražava na lošoj kvaliteti života tih ljudi. [15]

Posljedice ratnih i poratnih događanja uočljive su na emocionalnom i ponašajnom planu članova mnogih obitelji. Djetinjstvo i mladenaštvo osobito su osjetljive razvojne faze života te poremećaji doživljeni u tim fazama značajni su za kasnije odrastanje, socijalizaciju i uspješno funkcioniranje u odrasloj dobi. Životna situacija peteročlane obitelji "X" iz jednog manjeg mjesta u Sisačko-moslavačkoj županiji. Njena osobitost, a time i odabir za prezentaciju primjera iz prakse, nalazi se u prisutnosti mnogih problema koji su uvjetovani načinima funkcioniranja naučenim u primarnim obiteljima, transgeneracijskom prijenosu emocija i nasilničkog ponašanja, utjecaju osobne nedovoljne sposobnosti za roditeljsku ulogu, ratnim i poslijeratnim događanjima, te utjecaju raznih psihijatrijskih i psihosocijalnih intervencija u procesu liječenja i osposobljavanja za uspješnije funkcioniranje u društvu i obitelji. Specifičnost rada je i u prikazu identificiranog pacijenta koji uspijeva postići značajnu promjenu u svom psihičkom stanju i socijalnom funkcioniranju, te tako nastaviti, uz stručnu pomoć i podršku, kvalitetnije živjeti i prekinuti negativno emocionalno obiteljsko nasljeđe. [16]

Dok se kroz prošlo stoljeće izravan učinak psihološke traume široko proučavao, sekundarni utjecaj života s pojedincem koji pati od PTSP-a ostao je daleko manje razvijeno polje istraživanja.[17]

Posljednjih godina istraživači i kliničari ipak su počeli ispitivati kako individualno izlaganje traumatskim događajima pogađa supružnike ili partnere, djecu, osobe koje profesionalno pomažu psihotraumatiziranima, te ostale koji dolaze u izravni kontakt s žrtvama prirodnih i ljudskih katastrofa. Proučavanje traume unutar obitelji dio je onoga što se u suvremenoj literaturi naziva sistemskom traumatologijom, studijom skupina, institucija i ostalih ljudskih sustava koji pokazuju stresne reakcije koje su izravni rezultat traumatskog događaja ili niza događaja. Utjecaj traumatskog stresa pojedinca na članove njegove obitelji i osobe u bliskom kontaktu konceptualiziran je kao sekundarna traumatizacija. [17]

U užem smislu izraz sekundarna traumatizacija odnosi se na prijenos noćnih mora, intruzivnih misli, bljeskova prisjećanja i ostalih simptoma PTSP-a koje tipično doživljavaju traumatizirani pojedinci, na osobe u njihovoj blizini. U širem smislu izraz sekundarne traumatizacije odnosi se na bilo koji prijenos distresa s nekoga tko je doživio traumu na one u njegovoj blizini i uključuje širok spektar manifestacija distresa, pored onih koje sliče posttraumatskom stresnom poremećaju. Nalazi istraživanja PTSP-a u kontekstu obitelji uvjerljivi su u svojim otkrićima da život u obitelji u kojoj netko pati od posttraumatskog stresnog poremećaja ima duboke učinke na druge članove obitelji, obiteljsku dinamiku i obiteljski sustav u cijelosti. Ova saznanja upućuju na potrebu stvaranja i razvijanja učinkovitijih programa u liječenju oboljelih od PTSP-a u kojima bi točka intervencije bila upravo obitelj. [17]

U istraživanju je sudjelovalo 262 veterana Domovinskog rata koji pate od kroničnog PTSP-a. Psihijatrijsku dijagnozu potvrdio je psihijatar prema kriterijima DSM-IV –TR. Simptomi PTSP-a ispitani su samoocjenskim upitnikom Trauma Symptom Inventory-A, dok je socijalna potpora procijenjena ljestvicom Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Nije pronađena značajna povezanost između percipirane socijalne potpore od strane obitelji i prijatelja sa simptomima PTSP-a. Ovakav nalaz može se objasniti kao posljedica sekundarne viktimizacije, traumatizacije te trajnih promjena ličnosti uzrokovanih PTSP-om. Istraživanjem je utvrđena značajna povezanost između institucionalne potpore, primarno državne i zdravstvene, sa simptomima PTSP-a. Važnost ovog rezultata se temelji na mogućem poboljšanju institucionalne skrbi radi smanjivanja simptoma unutar ove osjetljive populacije. [18]

Pojam sekundarna traumatizacija obuhvaća različite psihopatološke simptome koji se javljaju u osoba koje žive uz pojedinca koji je doživio traumu i boluje od PTSP-a. Ratni PTSP naročito negativno utječe na funkcioniranje i odnose u obiteljima veterana, a simptomi izbjegavanja, povlačenja, iritabilnosti, hostilnosti i agresivnosti u okviru ratnog PTSP-a su odgovorni za nastanak simptoma u članova obitelji. [19]

Djeca ratnih veterana oboljelih od PTSP-a imaju oko dva puta veći rizik za razvoj psihopatoloških simptoma u odnosu na djecu veterana bez PTSP-a te mogu iskazivati probleme u jednom ili više područja funkcioniranja uključujući simptome somatizacije, depresije, anksioznosti, hiperaktivnosti, slabe socijalizacije, delinkventnog ponašanja, agresije, školskog neuspjeha i PTSP-a. Psihopatološki simptomi u djece veterana oboljelih od PTSP-a nastaju kao rezultat interakcije različitih bioloških, psiholoških i okolinskih čimbenika, pri čemu naročito značajnu ulogu imaju obiteljska disfunkcija i neadekvatni oblici roditeljskog ponašanja oba roditelja. U liječenju psihičkih smetnji djece veterana s PTSP-om potrebno je primjenjivati individualizirani (klinička slika, težina poremećaja, stupanj disfunkcionalnosti, prisutnost rizičnih i protektivnih čimbenika u djeteta, roditelja i obitelji), multidisciplinaran (psihijatar, psiholog, defektolog, radni terapeut, socijalni radnik) i multimodalan pristup (individualna psihoterapija, obiteljska terapija, medikamentna terapija). [19]

Ispitivana je povezanost 4 faktora posttraumatskoga stresnog poremećaja; ponovno proživljavanje traume, izbjegavanje, disforija i pojačana pobuđenost i određenih aspekata emocionalne kompetencije i emocionalne regulacije i kontrole na uzorku od 215 branitelja Domovinskog rata. Podskale emocionalne kompetencije; percipiranje i razumijevanje emocija, izražavanje i imenovanje emocija, upravljanje i reguliranje emocijama; povezane su sa simptomima faktora disforije, koji uključuju ograničeni afekt, poteškoće u spavanju, osjećaj uskraćene budućnosti, otežano koncentriranje i iritabilnost, dok su podskale emocionalne regulacije i kontrole – utjecaj emocija i raspoloženja na pamćenje i kontrola emocionalnih reakcija – povezane sa simptomima disforije i simptomima ponovnoga proživljavanja traume, npr. aktualna i intruzivna uznemirujuća prisjećanja, aktualni uznemirujući snovi, ponašanja ili osjećaji kao da se događaji ponovno zbivaju te intenzivni psihološki distres. Rezultati istraživanja sugeriraju da su poteškoće u procesiranju i reguliranju emocija mogući rizični faktor za razvoj i/ili održavanje simptoma posttraumatskoga stresnog poremećaja. [20]

Utvrđena je učestalost traumatskih događaja i komorbidnog posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) kod žena s poremećajima prehrane (ED). Također su uspoređeni bolesnici s anoreksijom nervozom (AN) i bulimijom nervozom (BN); analizirana je posttraumatska simptomatologija i uloga psihosocijalnih resursa. 303 ED pacijenta (29,1 ± 10,5 godina) proučavani su pomoću standardiziranih upitnika. Utvrđeno je da 23,1% AN i 25,5% bolesnika s BN ispunjavaju definiciju studije za trenutačnu dijagnozu PTSP-a. Kumulativna traumatizacija dovela je do teže simptomatologije. Utvrđeno je da su psihosocijalni resursi imali jake veze sa simptomatologijom. Ovi nalazi pružaju dodatnu potporu povezanosti traumatizacije i ED. Kliničke intervencije za traumatizirane ED pacijente mogu imati koristi od fokusiranja na simptomatologiju posttraumatskog stresa i osobnih resursa. [21]

U jednogodišnjem praćenju PTSP-a i depresije kod starijih aboridžinskih ljudi na Tajvanu nakon tajfuna Morakota, prevalencija simptomatologije PTSP-a smanjila se s 29,2% na 3-6 mjeseci na 15,9% u 11-12 mjeseci. Međutim, učestalost depresije povećala se s 43,3% na 46,6%. Nijedan čimbenik nije bio povezan sa simptomatologijom PTSP-a, a samo je stupanj obrazovanja povezan s praćenjem depresije. Općenito, čimbenici rizika dobi, spola, simptomatologije PTSP-a i depresije na početku te stresora nezaposlenosti predvidjeli su novu pojavu simptoma kroničnog PTSP-a i depresije. [22]

Odgođena početna depresija 48,0% bila je češća od simptomatologije PTSP-a odgođenog početka od 11,3%. Simptomatologija PTSP-a s kroničnom i odgođenom pojavom bila je lakše razvijena s depresijom. Iako su PTSP i depresija bili zasebne posljedice traume, pojavile su se i utjecale na mentalno zdravlje. O dokumentima o PTSP-u i depresiji dokumentirana je među starijim aboridžinskim ljudima, kao i moguće učinke demografije, simptomatologije i nepovoljnih životnih stresova. [22]

U istraživanju u kojem je sudjelovalo 126 branitelja s punim ili podređenim PTSP-om i uporabom opasnog alkohola završilo je osnovnu procjenu i izvijestili su o korištenju mentalnog zdravlja tijekom 12 mjeseci praćenja. Veterani koji su bili zaposleni 63% je manje vjerojatno da će koristiti ambulantnu mentalnu zdravstvenu zaštitu u 12 mjeseci nakon osnovice. Osim toga, za svaki porast negativnih mentalnih zdravstvenih uvjerenja za 1 bod, sudionici su imali 70% manje vjerojatnosti korištenja ambulantne skrbi o mentalnom zdravlju. Za svaku 1-točku pogoršanja u funkciji socijalne podrške i slobodnog vremena, sudionici su bili 2, 2 puta veća vjerojatnost da će koristiti ambulantnu mentalnu zdravstvenu skrb. Sadašnja studija ukazuje da su negativna mentalna zdravstvena uvjerenja prepreka mentalnoj zdravstvenoj zaštiti dok nezaposlenost i slaba socijalna podrška/slobodno vrijeme predviđaju uporabu mentalne zdravstvene zaštite za nedavne borbene branitelje sa simptomima PTSP-a i uporabom opasnog alkohola. Intervencije pacijenata i sustava za ove čimbenike raspravlja se kako bi vodile napore za poboljšanje skrbi za duševno zdravlje u toj velikoj populaciji. [23]

PTSP je uobičajen problem u primarnoj njezi. Iako su dostupni učinkoviti tretmani, malo je poznato o tome jesu li takvi tretmani učinkoviti u kontekstu Federalno kvalificiranih zdravstvenih centara (FQHC) koji služe kao nacionalne "sigurnosne mreže" za pružanje osnovne skrbi za niskobudžetne i podcijenjene pacijente. Istraživanje o nasilju i stresu (ViStA) je prvo randomizirano kontrolirano ispitivanje (RCT) za testiranje utjecaja intervencije u liječenju PTSP-a u FQHCs. Opisuje se kako sudionici FQHC pozvani da pregledaju, procjenjuju i daju prioritete strategije utemeljene na dokazima za rješavanje bolesnika, kliničara i barijera na razini sustava skrbi. [24]

Ova višekomponentna intervencija u upravljanju skrbi uključuje dijagnozu s povratnom informacijom, edukacijom pacijenata i aktivacijom; navigacija i povezivanje s resursima zajednice; kliničarsko obrazovanje i usmjeravanje lijekova; i strukturirano međusektorsko komuniciranje i kontinuitet skrbi, a sve ih olakšava voditeljica skrbi s iskustvom FQHC. Pacijenti se procjenjuju na početku, 6 mjeseci i 12 mjeseci kako bi se ispitala učinkovitost intervencije na PTSP-u, druge simptome mentalnog zdravlja, kvalitetu života vezanih uz zdravlje, korištenje zdravstvene skrbi; i percipirane prepreke za skrb i zadovoljstvo skrbi. [24]

7. Stigmatizacija oboljelih od PTSP-a

Psihijatrijski bolesnici, osim poteškoća povezanih sa svojim primarnim oboljenjem, suočeni su i s poteškoćama koje proizlaze iz njihove stigmatizacije u sredini u kojoj žive. Diskriminirajuća ponašanja poput ograničavanja zdravstvene skrbi ili prava na obrazovanje i različitih situacija povezanih s zapošljavanjem samo su neki od primjera koji mogu dodatno ugroziti i fizičko i psihičko zdravlje stigmatiziranih osoba. Stigmatizacija dovodi do sniženja samopoštovanja te do osjećaja izolacije, usamljenosti i diskriminacije, što dodatno otežava liječenje primarne bolesti. Stigma je čest pratitelj psihičkih bolesti koji ometa liječenje i funkcioniranje. [25]

U Republici Hrvatskoj nakon Domovinskog rata postoji velik broj oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP), koji se u medijima često prikazuju na negativan način. Ovo je istraživanje provedeno na 94 studenta i studentica sestrinstva. Žena je bilo 85%, prosječne dobi od 32 godine (raspon od 22 do 54). Stigma prema shizofreniji, depresiji i PTSP-u ispitivana je upitnikom koji se sastoji od po 15 izjava o svakoj od bolesti, koje se ocjenjuju po Likertovoj ljestvici. Studenti su pokazivali značajno veću stigmu prema shizofreniji nego prema PTSP-u i depresiji. Žene su bile više stigmatizirajuće prema shizofreniji. Studenti prve godine više su stigmatizirajući prema PTSP-u od studenata druge i treće godine. Stariji studenti (od 36 godina) bili su više stigmatizirajući od mlađih. [25]

Od opće javnosti, puno je poznato o dugoročnim posljedicama ne tražeći podršku za probleme s mentalnim zdravljem. Međutim, u vojnoj populaciji, a posebice Oružanim snagama Ujedinjenog Kraljevstva, manje je poznato. Razumijevanje čimbenika koji predstavljaju prepreke za britansko osoblje s poteškoćama u pogledu mentalnog zdravlja koji su dostupni za podršku važni su jer to može omogućiti pomoć osoblju da prije zatraže pomoć. Stigma je istaknuta kao ključna prepreka ponašanju koja pomaže u traženju pomoći, osobito unutarnje stigme, koja se može klasificirati kao negativna uvjerenja o samome sebi koju bi pojedinac mogao imati kao rezultat doživljavanja simptoma PTSP-a. [26]

8. Zaključak

Medicinska sestra uvelike pomaže psihijatrijskim bolesnicima u razvijanju zdravih stilova života, suprotstavljanju stresu i frustracijama, razvijanju samopoštovanja i samopouzdanja, zdravstveno i odgojno djeluje u cilju prevencije duševnih poremećaja te pomaže u otklanjanju posljedica duševnih bolesti i što potpunijeg oporavka. Komunikacija s psihijatrijskim pacijentom je iznimno zahtijevan posao medicinskih sestara koji zahtijeva specifična znanja u prepoznavanju poremećaja i prilagođavanju komunikacije u razgovoru s takvim pacijentom. Također je potrebno imati iskustva u radu i puno dobre volje te dobrih komunikacijskih vještina za razgovor s takvim pacijentima. Posttraumatski stresni poremećaj javlja se kao odgovor na neugodni i bolni traumatski događaj koji je po svojoj težini i prijetnji za integritet čovjeka ugrožavajući. Simptomi PTSP-a, koji mogu biti psihički i tjelesni, javljaju se kao posljedica traumatskog iskustva, a samim time dolazi do mijenjanja osobe koja više nije ista kao nekada. To se posebno odražava na odnose u obitelji koji se narušavaju. Psihotraumatizirani se otuđuje, povlači u sebe, zanemaruje sve svoje obveze i uloge koje je prije zauzimao u obitelji. Prisutan je tjelesno, ali duhovno je odsutan. Zbog čestih promjena raspoloženja i komorbidnih stanja, koja prate PTSP, oboljeli može postati opasan kako za svoje bližnje tako i za sebe samoga. Važno je na vrijeme potražiti pomoć, iako se na nju pacijenti teško odlučuju. Postoji niz terapijskih tehnika kojima se pomaže pojedincu da proradi traumatski događaj. PTSP ozbiljno mijenja kvalitetu života oboljeloga, a samim time utječe i na kvalitetu njegove obitelji, mijenja životni stil, radnu aktivnost, spavanje, često dovodi do umanjenja radne sposobnosti ili nesposobnosti, dolazi do gubitka seksualnih potreba i socijalnih kontakata. Oboljeli od PTSP-a često izbjegavaju i članove svoje obitelji. Život im postaje težak te su sniženog praga na frustraciju. Često dolazi do gubitka vitalnih nagona što može rezultirati suicidalnošću. Vrlo često se javlja komorbiditet, zatim alkoholizam i druge ovisnosti te depresija, pa i psihotične dekompenzacije, a česte su i somatske bolesti.

U Varaždinu, 5.10.2018, _____

9. Literatura

[1] L. Hrvat: Komunikacijske vještine u radu s oboljelima od posttraumatskog stresnog poremećaja i članovima njihovih obitelji, Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 2017. https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A1407/datastream/PDF/view, 15.6.2018.

[2] P. Keros, B. Matković, Anatomija i Fiziologija, Naklada Ljevak, Zagreb, 2006.

[3] V. Glavaš: Posttraumatski stresni poremećaj, Specijalistički rad, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Đakovo, 2017. https://repozitorij.djkbf.hr/islandora/object/djkbf:77/preview, 18.6.2018.

[4] D. Kozarić-Kovačić, Z. Kovačić, L. Rukavina: Posttraumatski stresni poremećaj, Zagreb, 2007. https://hrcak.srce.hr/file/34464, 20.6.2018.

[5] V. Folnegović Šmalc: Posttraumatski stresni poremećaj, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb, 2010. http://www.kardio.hr/wp-content/uploads/2010/12/134-137.pdf, 23.6.2018.

[6] M. Lončar M., N. Henigsberg i suradnici: Psihičke posljedice traume, Medicinska Naklada, Zagreb, 2007.

[7] V. Folnegović Šmalc: Posttraumatski stresni poremećaj, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb, 2016. http://www.cybermed.hr/clanci/posttraumatski_stresni_poremecaj_ptsp, 29.6.2018.

[8] A. Kandare Šoljaga: Posttraumatski stresni poremećaj, Psihološko savjetovalište, Rijeka, https://www.psiholog-rijeka.com/psiholoske-teme/posttraumatski-stresni-poremeaj-ptsp, 29.6.2018.

[9] E. Gruber, K. Rendulić, E. Sušić: Grupna terapija bolesnika/zatvorenika oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja i/ili trajnih promjena ličnosti na odjelu forenzičke psihijatrije zatvorske bolnice Zagreb, Zagreb, 2013. https://hrcak.srce.hr/109981, 30.6.2018.

[10] B. Sedić, Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2007.

[11] W. Jacobowitz: PTSD in psychiatric nurses and other mental health providers, USA, 2013. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24131410, 7.7.2018.

[12] D. Britvić, V. Antičević, N. Klepac: Usporedba poteškoća spavanja između bolesnika s posttraumatskim stresnim poremećajem i depresivnim poremećajem, Sveučilište u Splitu, Split, Hrvatska, 2016. https://hrcak.srce.hr/172411, 8.7.2018.

[13] A. Bilešić, G. Vuletić: Doživljaj sekundarne traumatizacije i kvalitete života supruga ratnih veterana, Sveučilište J.J. Strossmayera, Osijek, Hrvatska, 2010. https://hrcak.srce.hr/158484, 13.7.2018.

[14] M. Mavar: PTSD and ways of confronting stress in war-traumatized children, Psihijatrijska bolnica Ugljan, Hrvatska, 2017. https://hrcak.srce.hr/190052, 18.7.2018.

[15] D. Ajduković, R. Kraljević, S. Penić: Kvaliteta života osoba pogođenih ratom, Zagreb, 2007.

https://hrcak.srce.hr/18886, 20.7.2018.

[16] D. Poredoš, G. Tošić, Z. Grgić: PTSP i poteškoće obiteljskog funkcioniranja, Zagreb, 2008.

https://hrcak.srce.hr/79277, 20.7.2018.

[17] M. Klarić, T. Frančišković, A. Salčin Satriano: Obitelj i psihotrauma, KB Mostar, BiH, 2010.

https://hrcak.srce.hr/59256, 21.7.2018.

[18] V. Đorđević, M. Braš, V. Milunović, L. Brajković, M. Boban, I. Bičanić, M. Jašaragić, R. Gregurek, D. Miličić, M. Laco: Percipirana socijalna potpora veteranima Domovinskog rata s posttraumatskim stresnim poremećajem – što se nije smjelo dogoditi, Zagreb, 2011.

https://hrcak.srce.hr/79305, 21.7.2018.

[19] V. Boričević Maršanić, Lj. Paradžik, Lj. Karapetrić Bolfan, I. Zečević, V. Grgić: Sekundarna traumatizacija djece veterana oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja, Zagreb, 2014.

https://hrcak.srce.hr/134761, 22.7.2018.

[20] M. Knežević, D. Krupić, S. Šućurović: Emocionalna kompetencija i simptomi posttraumatskoga stresnog poremećaja kod veterana Domovinskog rata, Zagreb, 2017.

https://hrcak.srce.hr/178507, 24.7.2018.

[21] S. Tagay, E. Schlottbohm, ML. Reyes-Rodriguez, N. Repic,W. Senf: Eating disorders, trauma, PTSD, and psychosocial resources, Njemačka, 2014.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24365526, 27.7.2018.

[22] YL. Chen, WY. Hsu, CS. Lai, TC. Tang, PW. Wang, YC. Yeh, MF. Huang, CF. Yen, CS. Chen: One-year follow up of PTSD and depression in elderly aboriginal people in Taiwan after Typhoon Morakot, Tajvan, 2015. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25066670, 29.7.2018.

[23] EM. Johnson, KA. Barrie, K. Possemato, M. Wade, A. Eaker, PC. Ouimette: Predictors of Mental Health Care Utilization in Veterans With Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms and Hazardous Drinking, Syracuse, 2016. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27753552, 2.8.2018.

[24] LS. Meredith, DP. Eisenman, BL. Green, S. Kaltman, EC. Wong, B. Han, A. Cassells, JN. Tobin: Design of the Violence and Stress Assessment (ViStA) study: a randomized controlled trial of care management for PTSD among predominantly Latino patients in safety net health centers, USA, 2014. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24747932, 3.8.2018.

[25] J. Rožman, G. Arbanas: Stigmatiziraju li studenti i studentice sestrinstva oboljele od posttraumatskog stresnog poremećaja?, Opća bolnica Karlovac, Karlovac, 2015.

https://hrcak.srce.hr/162876, 4.8.2018.

[26] D. Murphy, W. Busuttil: PTSD, stigma and barriers to help-seeking within the UK Armed Forces, Ujedinjeno Kraljevstvo, 2015.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25525202, 5.8.2018.

Sveučilište
Sjever

SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, SANJA POSILOVIĆ *(ime i prezime)* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom ZDRAVSTVENA NJEGA OSOBA OBOLJELIH OD PTSP-a *(upisati naslov)* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Sanja Posilović
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, SANJA POSILOVIĆ *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom ZDRAVSTVENA NJEGA OSOBA OBOLJELIH OD PTSP-a *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Sanja Posilović
(vlastoručni potpis)