

# Posttraumatski stresni poremećaj

prof. dr. sc. Dragica Kozarić-Kovačić,<sup>1</sup> Zrnka Kovačić, dr. med.,<sup>2</sup> Lea Rukavina, dr. med.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Klinička bolnica Dubrava, Klinika za psihijatriju, Referentni centar Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi za poremećaje uzrokovane stresom, Zagreb

<sup>2</sup>Hrvatski institut za istraživanje mozga, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb

<sup>3</sup>Poliklinika za kliničku farmakologiju s toksikologijom „Bonifarm“, Zagreb

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) psihijatrijski je poremećaj koji se može razviti u osoba aktivno ili pasivno izloženih životno ugrožavajućim iskustvima. 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

**P**osttraumatski stresni poremećaj (PTSP) psihijatrijski je poremećaj koji može nastati nakon 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. PTSP se svrstava u skupinu anksioznih poremećaja, ali se od ostalih anksioznih poremećaja razlikuje po tome što njegov nastanak ovisi o izloženosti traumatskom događaju i proživljavanju traumatskog iskustva. 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.

## Koncept PTSP-a

Reakcije na traumatske događaje poznate su stoljećima iako su se njihovi opisi i slike mijenjali. Pojam PTSP-a prvi se put pojavljuje 1980. godine u trećem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-III),<sup>1</sup> te u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti MKB-10,<sup>2</sup> iako su slični simptomi opisani i ranije kod sudionika ratova kao „srčana neuroza“, „šok od granate“ ili „sindrom koncentracijskog logora“.

DSM klasifikacija se mijenjala tijekom godina, a također se mijenjalo razumijevanje utjecaja premorbidne patologije ličnosti i vulnerabilnosti na razvoj PTSP-a. U DSM-I<sup>3</sup> PTSP je nazivan velika stresna reakcija koja nastaje interakcijom traumatskog događaja i premorbidne ličnosti, u DSM-II<sup>4</sup> je karakteriziran kao prolazni situacijski poremećaj ili anksiozna neuroza kod koje je također naglašavana uloga premorbidne ličnosti. U DSM-III<sup>1</sup> klasifikaciji PTSP se shvaća kao normalna reakcija na ekstremni stres s trajanjem više od 6 mjeseci, a u DSM-III-R<sup>5</sup> klasifikaciji uvodi se pojam akutnog PTSP-a čije je trajanje dulje od mjesec dana. U najnovijoj DSM-IV-TR<sup>6</sup> 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. 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.

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.

## Akutni stresni poremećaj (ASP)

Akutni stresni poremećaj (ASP) je pridodan anksioznim poremećajima u DSM-IV klasifikaciji<sup>7</sup> 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. 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.<sup>8</sup> 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.

## 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,<sup>7</sup> ovisno o istraživanju, a prema novijim podacima iz svjetske literature iznosi 9%.<sup>9</sup> 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. Pretpostavlja se da je kod prognanika i izbjeglica prevalencija PTSP-a između 25 i 50%, a među braniteljima 25-30%. Njima treba pridodati i osobe koje su bile zatočene te članove obitelji nestalih u ratu.<sup>10</sup> Podaci o prevalenciji PTSP-a su veći ukoliko je riječ o određenim skupinama traumati-

ziranih ljudi ili kliničkim uzorcima. Varijabilitetu pridonosi i vrlo velika učestalost komorbiditeta kod PTSP-a.

### PTSP i komorbiditet

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.<sup>11</sup> PTSP se najčešće javlja s velikim depresivnim poremećajem, anksioznim poremećajem, paničnim poremećajem, alkoholizmom, ovisnostima o psihoaktivnim tvarima i poremećajem ličnosti.<sup>12,13</sup>

### Rizični čimbenici za nastanak PTSP-a

Nakon doživljenog traumatskog događaja sve osobe ne razviju PTSP. Osobe s određenim rizičnim čimbenicima će lakše razviti PTSP. Rizični čimbenici u PTSP-u<sup>14</sup> 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.

### Simptomatologija PTSP-a

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 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<sup>7</sup> postoje tri skupine karakterističnih simptoma (TABLICA 1).

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.

**Tablica 1. Simptomi PTSP-a prema DSM-IV klasifikaciji**

<b>Ponovno proživljavanje traume (najmanje jedan simptom):</b>
1. Aktualna i intruzivna uznemirujuća prisjećanja
2. Aktualni uznemirujući snovi
3. Ponašanje ili osjećaji kao da se događaji ponovno zbivaju
4. Intenzivni psihološki distress
5. Fiziološka reaktivnost
<b>Izbjegavanje i povlačenje (najmanje tri simptoma):</b>
1. Izbjegavanje misli, osjećaja i razgovora
2. Izbjegavanje podsjetnika na traumu
3. Psihogeni amnezija
4. Jako reducirani interes za aktivnosti
5. Strani i otuđujući osjećaji
6. Ograničeni afekt
7. Osjećaj uskraćene budućnosti
<b>Pojačana pobudljivost (najmanje dva simptoma):</b>
1. Poteškoće spavanja
2. Iritabilnost ili iskazi ljutnje
3. Otežano koncentriranje
4. Hipervigilitet
5. Pojačani odgovor na trzaj

Ponovna doživljavanja događaja (prema eng. *flashback*) događaju se kada se traumatski događaj ponovno doživljava i to kao iluzija, halucinacija i *flashback* epizoda. Kod *flashbacka* 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 *flashbacka*. Kod prvog osoba je svjesna da se prisjeća traumatskog događaja, iako to ne čini voljno, dok se kod *flashbacka* oboljeloj osobi čini da ponovno proživljava taj događaj, zbog čega se bolesnik gubi i ne razlikuje zbivanja u sadašnjosti od onih iz prošlosti. Javlja se i intenzivni psihološki distress, 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 događaj. Neki pribjegavaju pretjeranom radu, a drugi pokazuju izrazito smanjeni interes za aktivnosti koje su im prije bile bitne. Bolesnici imaju osjećaj potpune otuđenosti ili odvojenosti od drugih ljudi, posebice njima bliskih i dragih osoba, često misle da su nesposobni voljeti druge ljude, nemaju osjećaja i smatraju da su „otupjeli“. Imaju osjećaj uskraćene budućnosti i beznadnosti, smatraju da je za njih život završen.

Stalna povećana pobudenost očituje se kao poteškoća pri uspaljivanju 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).

### Dijagnostika PTSP-a

**Dijagnostički kriteriji.** U Hrvatskoj se u svakodnevnom kliničkom radu koriste dijagnostički kriteriji prema MKB-X,<sup>2</sup> a u istraživačkom radu dijagnostički kriteriji prema DSM-IV<sup>7</sup> i DSM-IV-TR<sup>6</sup> (TABLICA 2).

**Dijagnostičke metode.** 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.<sup>15</sup>

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. Vrlo je važno i 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<sup>16</sup> koji se sastoji od 10 pitanja (TABLICA 3).

2. Formalna dijagnostička procjena. Ovaj proces uključuje:

- a) Strukturirani intervju (Strukturirani klinički intervju prema DSM IV-SCID<sup>17</sup>, Međunarodni neuropsihijatrijski intervju - MINI,<sup>18</sup> – 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),<sup>19</sup> Mississippi skala za PTSP,<sup>20</sup> LASC (Los Angeles lista),<sup>21</sup> IES (Skala

**Tablica 2: Dijagnostički kriteriji za posttraumatski stresni poremećaj F43.1 (istraživački kriteriji MKB 10\*)**

<b>Kriterij A: Traumatski događaj</b>
Osoba je bila izložena traumatskom događaju ili situaciji iznimno jake ugroženosti ili katastrofalne prirode (kraćeg ili duljeg trajanja) koja može izazvati sveprisnožavajuću uznemirenost kod gotovo svake osobe.
<b>Kriterij B: Ponovno proživljavanje događaja</b>
Perzistentno proživljavanje događaja mora biti prisutno u najmanje jednom od sljedećeg:
1) ponavljajućim intruzivnim sjećanjima
2) ponovnim doživljavanjima događaja /flashback/
3) ponovnim doživljavanjima događaja u snovima
4) osjećajima intenzivne psihološke uznemirenosti u situacijama izloženosti okolnostima koje podsjećaju ili su povezane s traumatskim događajem
<b>Kriterij C: Izbjegavanje</b>
Osoba pokazuje ili preferira izbjegavanje situacija i okolnosti koje podsjećaju ili su povezane s traumatskim događajem. Izbjegavanje nije bilo prisutno prije izlaganja traumatskom događaju.
<b>Kriterij D: Stalni simptomi pojačane pobuđenosti</b>
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:
a. teškoće usnivanja i održavanja spavanja
b. razdražljivost ili napadi ljutnje
c. teškoće koncentracije
d. hipervigilnost
e. pretjerana reakcija prestrašenosti
<b>Kriterij E: Trajanje</b>
Kriteriji B, C, i D moraju biti zadovoljeni u periodu razdoblju 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.

\*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 (Preuzeto iz Dijagnostičkih i terapijskih smjernica Ministarstva zdravlja i socijalne skrbi RH za liječenje PTSP-a)

**Tablica 3. 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

utjecaja događaja),<sup>22</sup> PSS-I (Intervju skala za PTSP simptome),<sup>23</sup> MMPI/MMPI-2 (Minnesota multifazični inventar ličnosti),<sup>24</sup> itd. U praksi je najčešće upotrebljavana CAPS skala, kojom se može procijeniti intenzitet simptoma.

- d) Multidimenzionalna procjena uključuje procjenu ponašanja i kognitivne mjere. U kognitivne mjere ubraja se RNG (Test slučajnih brojeva) kojim se mjere izvršne funkcije i procesiranje informacija,<sup>25</sup> COWAT (Kontrolirani test verbalnih asocijacija) kojim se mjeri verbalno učenje i pamćenje,<sup>26</sup> AVLT (Ray test slušnog verbalnog učenja),<sup>27</sup> 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 posttraumatski psihosocijalni kontekst (obiteljsku i društvenu potporu – odgovornost društva). Može se koristiti i WHOQOL (Skala kvalitete života).<sup>28</sup>

5. Forenzička evaluacija, kojom se procjenjuje vjerodostojnost simptoma (uključujući mogućnost simuliranja), povezanost simptomima i stresnog događaja, dugoročne posljedice navedene traume, emocionalne promjene uzrokovane traumom. Za procjenu simu-

liranja koristi se SIMS test – Strukturirani upitnik za simuliranje<sup>29</sup> te MENT-Morelov test emocionalnog izbjegavanja.<sup>30</sup>

Uza što više različitih metoda procjene bolja je i mogućnost postavljanja točne dijagnoze, pa upravo kombiniranje različitih metoda procjene postiže 85-95% usklađenosti.<sup>12,13</sup>

**Diferencijalna dijagnostika.** Ukoliko se u bolesnika s PTSP-om osim simptoma karakterističnih za PTSP jave i simptomi koji se mogu bolje protumačiti drugim jasno prepoznatljivim poremećajem, tada ih sukladno tome treba posebno klasificirati. Kada su uz PTSP zadovoljeni uvjeti za postavljanje neke druge dijagnoze, tada treba postaviti komorbidnu dijagnozu. Najčešće se radi o depresiji, anksioznom poremećaju, paničnom poremećaju, alkoholizmu, ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, zlouporabi alkohola i psihoaktivnih tvari, poremećajima ličnosti i slično.

### 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.<sup>31</sup> Posebno važnu ulogu u procesu prevencije i liječenja PTSP-a imaju liječnici obiteljske medicine jer oni najčešće prvi dođu u kontakt s psihotraumatiziranim osobama. Na njima je procijeniti treba li bolesnik daljnju specijalističku obradu ili im je dovoljno pružiti psihosocijalnu podršku i psihoedukaciju, koje su posebno važne u prva dva tjedna nakon traume.

### Prevenција PTSP-a

Iako će razvoj PTSP-a ovisiti o različitim čimbenicima,<sup>14</sup> 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 debriefing. 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.<sup>33</sup>

Medicinska mišljenja o pružanju simptomatske terapije bolesnicima koji pate od nesanicе zasad su podijeljena, a dokazi nedostatni. Prema zaključcima Međunarodne konsenzus grupe za PTSP,<sup>33</sup> simptomatsku terapiju (najčešće nebenzodiazepinski hipnotik) trebali bi primiti bolesnici koji više od četiri noći uzastopno imaju problema sa spavanjem. 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.<sup>34</sup> Većina kliničara ipak preporučuje početak liječenja u onih osoba koje su vidljivo simptomatske i nakon tri do četiri 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.

### Vrste liječenja PTSP-a

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. nekomplikiranom 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

**Psihoterapija.** Predstavlja metodu izbora u liječenju posttraumatskog stresnog poremećaja. Ovisno o težini kliničke slike može se provoditi samostalno ili u kombinaciji sa psihofarmakološkom terapijom. 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.

Opći principi psihoterapije, bez obzira na tehniku i traumatsko iskustvo (civilna ili ratna trauma), počivaju na fazama liječenja od početne izgradnje odnosa preko na traumatu 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.<sup>35</sup>

**Izbor psihoterapijske tehnike.** 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 sa psihološkom traumom.<sup>36</sup> Za postavljenje 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.

**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.

**Kognitivno-bihevioralna terapija** uključuje terapiju izlaganjem, kognitivnu terapiju i metodu ovladavanja anksioznosti. Smjernice svjetskih stručnjaka ističu te tehnike kao najučinkovitije u liječenju PTSP-a.<sup>37</sup> 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. 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.

**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.<sup>31</sup>

### Psihofarmakoterapija

Imajući u vidu različite biološke modele PTSP-a, smatra se da je to poremećaj brojnih neurotransmitterskih 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. Provedena klinička istraživanja vode zaključku da su serotonergički lijekovi u liječenju PTSP-a djelotvorniji od dopaminergičkih, iako je kod bolesti prisutna zahvaćenost obaju neurotransmitterskih sustava.<sup>31</sup> Prema današnjim saznanjima selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina – SSRI antidepressivi – predstavljaju na našem tržištu prvi terapijski izbor za liječenje PTSP-a.

Liječenje preporučenim izabranim antidepressivom 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 antidepressiv. U slučaju nepovoljnog odgovora preporučuje se izbor drugog antidepressiva iz skupine prvog izbora. Kod odabira dodatne medikacije treba voditi računa

**Tablica 4. Izbor psihofarmaka za dodatnu terapiju kod djelomičnog odgovora i terapijske rezistencije**

Simptomi	Preporučeni dodatni psihofarmaci
Ponovno proživljavanje	TCA stabilizator raspoloženja antipsihotik*
Pretjerana pobuđenost	Klonidin Propranolol Klonazepam Lorazepam TCA Litij
Nesanica	Trazadon Flurazepam Temazepam Zolpidem
Anksioznost	Klonazepam Alprazolam Buspiron**
Razdražljivost	Stabilizator raspoloženja/promjena stabilizatora ili dodatak drugog stabilizatora Propranolol Klonidin TCA
Agresivnost	Stabilizator raspoloženja Promjena stabilizatora raspoloženja Dodatak drugog stabilizatora
Izbjegavanje	Valporoična kiselina TCA
Psihohični simptomi	Atipični antipsihotici osim klozapina Tipični antipsihotici

\*ne kao rutinska upotreba, samo kada su simptomi uporni i ne reagiraju na psihoterapiju i druge psihofarmake

\*\*nisu registrirani u RH

(Preuzeto iz Dijagnostičkih i terapijskih smjernica Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi RH za liječenje PTSP-a)

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 antidepressivima (TCA), moklobemidom, venlafaksinom, itd.

U slučaju anksioznosti može se kraće vrijeme dodati anksiolitik, a kod nesanicice dati anksiolitik ili zolpidem.

U slučaju povoljnog terapijskog odgovora preporučuje se terapija održavanja od 12 mjeseci (TABLICA 4).

### Zaključak

Cilj je postaviti endofenotipsku dijagnozu u odnosu na fenotipske dijagnoze. Potrebno je primijeniti što bolju dijagnostiku primjenom različitih metoda procjene i dijagnostičkih kriterija u svim područjima rada (kliničkom, istraživačkom i forenzičkom) kako bi se dobili što bolji podaci zbog terapijskog planiranja, planiranja službe, epidemioloških i drugih istraživanja. Neprepoznate dijagnoze uzrokuju individualnu patnju pojedinca, ali s druge strane i „pretjerano dijagnosticiranje“ dovodi do psihijatrijskog invaliditeta i velike cijene za pojedinca i društvo. **M**

### LITERATURA

- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 3<sup>rd</sup> ed, Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 1980.
- MKB-10 klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Klinički opisi i dijagnostičke smjernice. Folnegović-Šmalc V, ur. Zagreb: Medicinska naklada, 1999.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 1<sup>st</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 1952.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 2<sup>nd</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 1968.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 3<sup>rd</sup> ed., revised. Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 1987.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, Temporary Revised ed., Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 1999.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> ed., Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 1994.
- Yehuda R, Wang MC. Pathogenesis of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. U: Stein DJ, Hollander E, ed. Textbook of anxiety disorders. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2002;374-85.
- Davidson JRT. Posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. U: Kaplan HI, Sadock BJ, ed. Comprehensive textbook of psychiatry, 6<sup>th</sup> ed Vol.1. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995;1227-36.
- Vlada Republike Hrvatske. Nacionalni program psihosocijalne pomoći za žrtve Domovinskog rata. Zagreb: Ministarstvo branitelja, 1999.
- Brady KT. Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD. J Clin Psychiatry 1997;58 Suppl 9:12-5.
- Kozarić-Kovačić D, Kocijan-Hercigonja D. Assessment of post-traumatic disorder and comorbidity. Mil Med 2001;166:677-80.
- Kozarić-Kovačić D, Borovečki A. Prevalence of psychotic comorbidity in combat-related post-traumatic stress disorder. Mil Med 2005;170:223-6.
- Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. Psychol Bull 2003;129:52-73.
- Kozarić-Kovačić D, Grubišić-Ilić M, Grozdanić V. Forenzička psihijatrija, 2. izd. Zagreb: Medicinska naklada, 2006.
- Brewin CR. Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. J Trauma Stress 2005;18:53-62.
- Williams JB, Gibbon M, First MB, Spitzer RL, Davies M, Borus J, Howes MJ, Kane J, Pope HG Jr, Rounsaville B., et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID-I). Multi-site test-retest reliability Study. Arch Gen Psychiatry 1992;49(8):603-6.
- Sheehan D, Janvs J, Bakr K, Harrett-Sheehan K, Knapp E, Sheehan (SAD). University of South Florida-Tampa i Lecubrier Y, Weiler E, Herrgueta P, Amorim P, Bonora LI, Lepine JP. Hopital de la Salpetriere-Paris – MINI – Međunarodni neuropsihijatrijski intervju – hrvatska verzija 5.0.0.
- Weathers FW, Keane TM, Davidson JR. Clinician-administered PTSD scale: a review of the first ten years of research. Depress Anxiety 2001;13:132-56.
- Keane TM, Caddell JM, Taylor KL. Mississippi scale for combat-related PTSD: three studies in reliability and validity. J Consult Clin Psychol 1988;56:85-90.
- King LA, King DW, Leskin G, Foy DW. The Los Angeles Symptom Checklist: A Self Report Measure of Posttraumatic Stress Disorder. Assessment. 1995;2:1-17.
- Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. Psychosom Med 1979, 41:209-18.
- Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. J Trauma Stress 1993;6:459-79.
- Elhai JD, Frueh BC, Davis JL, Jacobs GA, Hamner MB. Clinical Presentations in Combat Veterans Diagnosed with Posttraumatic Stress Disorder. J Clin Psychol 2003;59(3):385-97.
- Ginsburg N, Karpiuk P. Random generation: analysis of the responses. Percept Mot Skills 1994;79:1059-67.
- Benton AL, Hamsher KdeS, Varney NR i sur. Contributions to Neuropsychological Assessment. New York: Oxford University Press, 1983.
- Schmidt M. Rey Auditory Verbal Learning Test: A Handbook. The fourteenth mental measurements yearbook. Lincoln, NE: Buros Institute of Mental Measurements, 2001.
- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Qual Life Res. 2004;13:299-310.
- Smith GP. Assessment of malingering with self-reports instruments. In Rogers R, ed. Clinical assessment of malingering and deception. New York: Guilford, 1997;351-70.
- Morel KR. Development and preliminary validation of a forced-choice test of response bias for posttraumatic stress disorder. J Pers Assess 1998;70(2):299-314.
- Kozarić-Kovačić D, Pivac N. Novel approaches to the diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorder. U: Suat Begec (ur). The Integration and Management of Traumatized People after Terrorist Attack. Amsterdam: IOS Press, 2007, str. 41-62.
- Everly GS, Mitchell JT. A primer on critical incident stress management (CISM). A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention. Ellicott City, MD: Chevron Publishing, 1997.
- Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Foa EB, Kessler RC i sur. Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety. J Clin Psychiatry 2000;61 Suppl 5:60-6.
- Ballenger CJ, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Marshall RD, Nemeroff CB i sur. Consensus statement on depression and anxiety from the international consensus group on depression and anxiety. J Clin Psychiatry 2004;65 Suppl 1:55-62.
- Van der Kolk B, McFarlane AC, Van der Hart O. Psychotherapy for posttraumatic stress disorder and other trauma-related disorders. U: Stein DJ, Hollander E, ed. Textbook of anxiety disorders. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2002;403-11.
- Eagle GT. An integrative model for brief term intervention in the treatment of psychological trauma. Int J Psychotherapy 1998;3:135-46.
- Foa EB, Davidson JR, Frances A. The Expert consensus guideline Series: treatment of posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 1999;60(Suppl.16):3-76.