

Komorbidne smetnje u oboljelih od PTSP

Simunić, Neda Ivana

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:535183>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-17**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Neda Ivana Simunić

KOMORBIDNE SMETNJE OBOLJELIH OD PTSP

Završni rad

Split, 2019.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Neda Ivana Simunić

**KOMORBIDNE SMETNJE OBOLJELIH OD PTSP
COMORBID DISORDERS IN PATIENTS WITH PTSD**

Završni rad/ Bachelor's Thesis

Mentor:

doc. dr. sc. Slavica Kozina

Split, 2019.

Sadržaj

1. UVOD.....	1
1.1 PTSP.....	2
1.1.1 Epidemiologija	2
1.1.2 Etiologija.....	3
1.1.2.1 Stresor	4
1.1.2.2 Osobine ličnosti.....	4
1.1.2.3 Organski poremećaji.....	4
1.1.2.4 Psihoanalitičke teorije.....	5
1.2 Klinička slika	5
1.2.1 Ponovno proživljavanje traume.....	6
1.2.2 Simptomi izbjegavanja	6
1.2.3 Simptomi pojačane pobuđenosti	6
1.2.4 Ostali simptomi	7
1.3 Dijagnoza.....	7
1.3.1 Dijagnostički postupak	7
1.3.1.1 Procjena traumatskog događaja.....	7
1.3.1.2 Diferencijalno – dijagnostička procjena	8
1.3.1.3 Funkcionalna procjena.....	8
1.4 Liječenje PTSP-a.....	9
1.4.1 Psihoterapija PTSP	9
1.4.2 Kognitivno - bihevioralna terapija	10
1.4.3 Psihodinamska psihoterapija.....	10
1.4.4 Psihofarmakoterapija	11
1.4.5 Socioterapija.....	12
1.4.6 Liječenje PTSP-a uzrokovanog ratom.....	12
1.5 Tijek i prognoza PTSP-a	13
1.5.1 Rizični faktori	13
1.5.2 Zaštitni faktori.....	14
1.6 Prevencija PTSP-a.....	14
2. CILJ RADA	16
3. IZVORI PODATAKA I METODE	17

4. RASPRAVA.....	18
4.1 Depresivni poremećaji.....	18
4.2 Anksiozni poremećaji.....	19
4.3 Panični poremećaji.....	19
4.4 Alkoholizam.....	20
4.5 Suicidalnost.....	20
4.6 Ovisnost o psihoaktivnim tvarima.....	22
4.6.1. Marihuana.....	23
4.6.2 Ovisnost o psihofarmacima.....	23
4.7 Promjena ličnosti.....	25
4.7.1 Strategije suočavanja sa traumatskih događajem.....	25
4.7.2 Spolne razlike.....	26
4.8 Zdravstvena njega oboljelih od PTSP-a.....	27
4.8.1 Sestrinske dijagnoze.....	27
4.8.2 Uloga medicinske sestre u edukaciji oboljelih od PTSP-a.....	30
4.8.3 Uloga medicinske sestre u prevenciji i praćenju oboljelih od PTSP-a.....	31
5. ZAKLJUČAK.....	32
6. LITERATURA.....	33
7. SAŽETAK.....	36
8. SUMMARY.....	37
9. ŽIVOTOPIS.....	38

1. UVOD

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) jedan je od najkompleksnijih psihijatrijskih poremećaja. Pojam PTSP javio se prvi put u literaturi 1980. godine u trećoj reviziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (DSM), Američkog psihijatrijskog udruženja. Međutim, koncept ovog poremećaja je znatno stariji. Definiranje traje još od 1871. godine kad je Da Costa u „*American Journal of Medical Sciences*“ objavio rad «*Irritable heart*» (1). Paralelno s razvojem znanstvene psihijatrije, sindrom je dobivao novija tumačenja. Nakon Prvog svjetskog rata organski orijentirani psihijatri opisuju pojam «šok granate» kao reakciju mozga na oštećenja uzrokovana kemijskim agensima. Dok psihodinamski orijentirani psihijatri uvode termin «traumatske neuroze». Sličan sindrom se našao u sudionika industrijskih, prirodnih i obiteljskih katastrofa. Tako je nakon Drugog svjetskog rata, 1952. godine uvedena dijagnoza «*Gross stress reaction*» u DSM-I. Zbog slabog poznavanja poremećaja, ista je izostavljena iz DSM-II, međutim, nakon Vijetnamskog rata ponovo je uvrštena u DSM-III, te je tada PTSP definiran kroz razvoj karakterističnih simptoma. U DSM-III R, iz 1987. godine PTSP se još detaljnije definira, te se simptomi razvrstavaju u tri skupine (2).

PTSP nastaje nakon izloženosti traumatskom događaju. Najčešće su to situacije u kojima je osobi bio ugrožen život. U Republici Hrvatskoj (RH) se PTSP povezuje sa Domovinskim ratom, koji je po statističkim podacima vodeći uzrok navedenog psihijatrijskog poremećaja. Službena klasifikacija u RH je prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10).

Na temelju podataka Vlade Republike Hrvatske, najmanje 25% stanovnika Hrvatske tijekom Domovinskog rata bilo je izloženo izravnom ratnom stresu te ih je puno veći broj sekundarno traumatiziran. Veliki broj žrtava doživjele su višestruke psihičke traume, npr. osoba je istovremeno izbjeglica, ratni veteran, invalid, član obitelji nestalog, otac ili brat poginulog i slično. Pretpostavka je da se kod prognanika i izbjeglica prevalencija PTSP-a kreće od 25 do 50%, dok je u hrvatskih branitelja prevalencija u rasponu između 25 i 30% (20). Iz navedenih statističkih podataka se može zaključiti da veliki broj osoba u RH ima PTSP. Rat je iznimno jaki

stresor te uzrokuje mnoge nepovoljne posljedice, kako na fizičko, tako i na psihičko zdravlje ljudi koji su direktno ili indirektno sudjelovali u njemu. Osobe koje boluju od PTSP-a su sklonije autodestruktivnim radnjama iz kojih se ističe suicid kao najgora posljedica psihičkog oboljenja. Prema najnovijim istraživanjima stopa suicida se smanjila u proteklih 10 godina na razini cijele države (20). U Hrvatskoj se još uvijek osjećaju posljedice rata, te je potrebna kvalitetna, multidisciplinarna pomoć oboljelima i članovima njihovih obitelji.

1.1 PTSP

PTSP je pervazivni anksiozni poremećaj koji nastaje nakon izloženosti traumatskom događaju. Prema DSM-IV (1996.godine) traumatski događaji su oni tijekom kojih je osoba bila izložena situaciji u kojoj joj je život bio direktno ugrožen, događaji tijekom kojih je osoba bila svjedok smrti ili ozbiljnog ranjavanja neke druge osobe (3).

PTSP je prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti svrstan pod kategoriju reakcija na teški stres i poremećaje prilagođavanja, a prema najnovijoj reviziji DSM-V u skupinu poremećaja povezanih sa traumom i stresom (4).

1.1.1 Epidemiologija

Premda postoje velike individualne razlike u načinu na koji ljudi reagiraju na stres, stope psihijatrijskog pobola značajno rastu kod ekstremnih stresora. Premda je PTSP opsežnije proučavan u izabranim skupinama kao što su preživjeli iz ratnih okršaja, koncentracijskih logora i prirodnih katastrofa u ECA istraživanju u općoj populaciji utvrđena je prevalencija PTSP-a 1% i to 0,5% kod muškaraca i 1,3% kod žena. Priroda traume razlikovala se među spolovima. Borba i nazočnost nečijem ozljeđivanju ili smrti bili su traume koje su navodili muškarci, dok su gotovo polovinu trauma kod žena činili fizički napadi ili prijetnje. U drugom velikom istraživanju u zajednici, korištenjem metode slučaja (*case study*), među mlađim odraslim osobama utvrđena je prevalencija PTSP-a tijekom života od 9,2%, što je više od one iz ECA istraživanja. Kao i u ECA istraživanju, prevalencija je bila viša kod žena (11,3%) nego

kod muškaraca (6%). U novijem NCS istraživanju, prevalencija PTSP-a tijekom života bila je sličnih vrijednosti (7,8%), što je više nego u ECA istraživanju, i viša je kod žena. Najčešći stresori bili su izloženost borbi kod muškaraca i seksualni napadi kod žena (5).

Općenito se smatra, da je učestalost PTSP-a u općoj populaciji manja od 1%. U DSM-IV klasifikaciji navodi se da se prevalencija PTSP-a tijekom života u općoj populaciji kreće od 1-14%, ovisno o metodama prikupljanja podataka i uzroku (6).

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 nefunkcioniranju, ili su uzroci ponašanja dosegнули razinu kriterija za postavljanje dijagnoze PTSP-a, ili će ostati čak ispod praga svijesti. Ovisit će o postojećim biopsihosocijalnim utjecajima kao što su fizička bolest, samopoštovanje, mehanizmi suočavanja s problemima, roditeljske reakcije, sustavi socijalne potpore, stresni uvjeti u okolini i dostupnosti primjerenog liječenja (5).

1.1.2 Etiologija

Etiologija PTSP-a je multifaktorijalna. Stresor izvan uobičajenog ljudskog iskustva u većine ljudi proizvodi psihološku traumu, ali ne i poremećaj, pa to govori da u patogenezi ovog poremećaja sudjeluju različiti psihološki, tjelesni, genetski i socijalni čimbenici (7).

Bilo koja osoba može oboljeti od PTSP-a u bilo kojem periodu života. Osobe koje su na riziku da obole od PTSP-a uključuju: ratne veterane, osobe koje su preživjele fizički ili seksualni napad, zlostavljanje, nesreće, prirodne katastrofe i mnoge druge teške katastrofe. Osoba ne mora preživjeti opasan događaj da bi oboljela od PTSP-a. Neki ljudi obole od ovog poremećaja nakon što im se prijatelj ili član obitelji suoči sa opasnošću ili bude povrijeđen. Također, iznenadna, neočekivana smrt drage osobe može uzrokovati PTSP.

1.1.2.1 Stresor

Stresori izvan uobičajenog ljudskog iskustva su: prirodne katastrofe, nesretni slučajevi slični katastrofama prouzročeni ljudskim faktorom (požari, prometne nesreće), namjerno izazvane katastrofe (logori, bombardiranje, rat) (7).

Posebna kategorija stresora je silovanje. Traumu uzrokovanu silovanjem prati intenzivan strah, gubitak kontrole i prijetnja nestajanja. Razina stresa koju osoba tad proživljava može se usporediti sa sudjelovanjem u ratu ili boravku u koncentracijskim logorima.

Grupne katastrofe uključuju veliki broj međusobno bliskih osoba koje su ugrožene, ranjene ili poginule. Takve katastrofe uzrokuju veoma kompleksan traumatski doživljaj ponajprije zbog osjećaja odgovornosti ili krivnje za ranjavanje ili smrt drugih.

1.1.2.2 Osobine ličnosti

Osobine ličnosti su: starost, crte osobnosti, ranije iskustvo i psihički poremećaji, genetska predispozicija i raspoloživa socijalna potpora. Vrlo mladi i vrlo stari ljudi imaju više problema sa traumatskim događajem u odnosu na osobe srednjih godina. Kod mladih nisu dovoljno razvijeni mehanizmi obrane, dok su starije osobe rigidnije i teže razvijaju fleksibilnost u traumatskoj situaciji. Osobe sa ovisničkim ponašanjem i osobe sa pozitivnom psihijatrijskom anamnezom su također sklonije razvoju PTSP-a. Oni koji imaju dobru mrežu socijalne potpore imaju manji izgled za razvoj PTSP-a, dok samci, rastavljeni, ekonomski siromašni imaju veći rizik za razvoj poremećaja (8).

1.1.2.3 Organski poremećaji

Traumatski događaj uzrokuje jaku psihološku reakciju. Osim nje dolazi i do somatskog odgovora organizma koji je uzrokovan jakom aktivnošću autonomnog živčanog sustava. Dolazi do izražaja simpatikus; opće uzbuđenje, pretjerani oprez, znojenje, drhtanje, mišićna napetost, subjektivni osjećaj tjeskobe. Ovi simptomi mogu trajati mjesecima ovisno o prisutnosti stresora i ponovnom proživljavanju traumatskog

dogadaja (snovi, sjećanja). Simptomi mogu trajati nekoliko dana i tad govorimo o akutnoj reakciji na stres, ako se simptomi nastave ponavljati preko tri mjeseca razvio se kronični PTSP. Situacije u kojima dolazi do ugrožavanja tjelesnog integriteta dodatno produbljuju kliničku sliku PSTP-a (7).

1.1.2.4 Psihoanalitičke teorije

Ove teorije se najčešće koriste kod produljenog trajanja simptoma nakon traumatskog događaja. Određene psihoanalitičke teorije razlikuju PTSP od neposrednih reakcija na stresne događaje. Ostale teorije se temelje na podjeli posttraumatskih poremećaja na dva podtipa, na neurozi straha i neurozu konflikta. Neuroza straha je slična akutnom PTSP-u i karakterizirana je emocionalnim problemima i noćnim morama. Neuroza konflikta više odgovara kroničnom PTSP-u i očituje se kroz poteškoće kod povratka na posao, preuzimanje kućnih odgovornosti, uključenje u socijalne interakcije (9).

1.2 Klinička slika

Razlikujemo akutni, subakutni, kronični i zakašnjeli oblik poremećaja. Akutni oblik karakterizira trajanje simptoma manje od tri mjeseca, kroničan je kada je trajanje simptoma tri ili više mjeseci. Kod zakašnjelog oblika ili PTSP-a sa odgođenim početkom razvijaju se simptomi šest mjeseci ili kasnije nakon traumatskog događaja. Zakašnjeli oblik se najčešće razvija kod ratnog PTSP-a. Afektivne, kognitivne i fiziološke poteškoće mogu se pojaviti u blagoj, umjerenoj i veoma intenzivnoj formi.

Kod mnogih osoba poremećaj počinje nekoliko sati ili dana nakon traumatskog događaja, a u nekih osoba nastupa mjesecima kasnije. Gotovo svi imaju pretjeranu pobuđenost vegetativnog sustava, dominira osjećaj straha i poteškoće sa spavanjem. PTSP je često vezan uz dodatne smetnje koje se razvijaju s vremenom (komorbidne smetnje). Najčešće komorbidne smetnje su depresija, anksioznost, ovisničko ponašanje, poremećaj ličnosti.

Značajna psihopatološka obilježja PTSP-a su ponovno proživljavanje traume, simptomi izbjegavanja te simptomi razdražljivosti (pojačane pobuđenosti).

1.2.1 Ponovno proživljavanje traume

Ponovno proživljavanje traume odnosi se na sjećanja koja se nameću, a koja uključuju slike, misli i predodžbe povezane sa traumatskim događajem. Sjećanja mogu biti toliko intenzivna da osoba osjeća da ponovno proživljava traumu ili da se ista događa njoj ispred očiju. Trauma se često može pojavljivati u snu pri čemu se javljaju noćne more koje su toliko snažne da se osoba budi vrišteći, preznojena, sa tahikardijom. Ovakvo ponovno ponašanje se naziva «*flashback*» i često je isprovocirano nekim događajem koji osobu podsjeća na traumu odnosno datumom ili mjestom.

Kod *flashbacka* traumatski događaj ponovno se doživljava kao iluzija, halucinacija i *flashback* epizoda. Za razliku od intruzivnih sjećanja kod *flashbacka* se bolesniku čini da ponovno proživljava događaj te bolesnik nije u mogućnosti razlikovati zbivanja u sadašnjosti od onih iz prošlosti. Bolesnik u tome trenutku doživljava intenzivan psihološki stres koji se očituje kao strah, ljutnja, anksioznost, osjećaj neizbježne sudbine vezane u traumatski događaj.

1.2.2 Simptomi izbjegavanja

Osobe oboljele od PTSP-a često izbjegavaju ili nastoje izbjeći mjesta i osobe koje ih podsjećaju na traumatski događaj. Također imaju smanjen interes za sudjelovanje u raznovrsnim aktivnostima. Nerijetko razviju osjećaj odvojenosti ili otuđenja od drugih osoba.

1.2.3 Simptomi pojačane pobuđenosti

Oboljeli često mogu postati razdražljivi i eksplozivni s nekontroliranim i prenaplašenim ispadima ljutnje. Teško zaspu i održavaju san te se teško koncentriraju. Kod takvih «napadaja» nastaju i somatske promjene; stezanje u grlu, ubrzano disanje, pojačano lupanje srca, osjećaj vrtoglavice i mučnine (10).

1.2.4 Ostali simptomi

Osim navedenih simptoma obično se javljaju i negativne razmišljanja o sebi i svojoj okolini. Dolazi do redukcije radne sposobnosti. U obitelji dolazi do smanjene obiteljske kohezije, a često dolazi i do sekundarne traumatizacije kod ostalih članova obitelji. Kod oboljelih je izražen povećan rizik od suicidalnog ponašanja.

1.3 Dijagnoza

Za postavljanje dijagnoze posttraumatskog stresnog poremećaja danas se koriste dijagnostički kriteriji iz dva izvora – Klasifikacije mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja MKB – 10 i Dijagnostičkog i statističkog priručnika Američke psihijatrijske udruge, četvrta revizija (DSM – IV). U Hrvatskoj su u uporabi dijagnostički kriteriji prema MKB-10, dok se u znanstvenim istraživanjima koriste i kriteriji iz DSM – IV i DSM – IV TR. Iako se kriteriji u mnogočemu podudaraju, prisutne su i bitne razlike koje mogu voditi do poteškoća u postavljanju dijagnoze. Da bi se postavila dijagnoza PTSP-a prema dijagnostičkim kriterijima MKB-10, potrebno je zadovoljiti uvjet da se poremećaj razvio unutar šest mjeseci od izloženosti stresnom događaju. S druge strane, prema kriterijima DSM - IV simptomi moraju trajati najmanje mjesec dana, a razlikuju se akutni, kronični i odgođeni PTSP (11).

1.3.1 Dijagnostički postupak

S obzirom na složenost dijagnoze, dijagnostički postupak obuhvaća nekoliko elemenata: procjenu traumatskog događaja, diferencijalnu – dijagnostičku procjenu te funkcionalnu procjenu osobe.

1.3.1.1 Procjena traumatskog događaja

Pri postavljanju dijagnoze PTSP-a temeljni kriterij je postojanje traumatskog događaja koji je doživljen kao traumatski i koji je izvan uobičajenog ljudskog iskustva.

Individualni odgovor ovisi o prirodi samog stresora i o sposobnosti osobe da iskazuje emocije. U procjeni kriterija traumatskog događaja vrlo je važna procjena liječnika. Ispitivač se mora osloniti na bolesnikove tvrdnje o tome što je izazvalo traumu i njegov opis simptoma (12). Hoće li će pojedinac razviti PTSP nakon traumatskog događaja ovisi o različitim čimbenicima kao što su prethodne traume, ranije psihijatrijske tegobe, obiteljska psihijatrijska anamneza, simptomima akutnog stresa, biološkom odgovoru i osobnoj patologiji pojedinca. Nema jasne granice koja razdvaja „uobičajene“ stresore od traumatskih stresora.

1.3.1.2 Diferencijalno – dijagnostička procjena

Diferencijalno–dijagnostička procjena bolesnika s PTSP-om je složena s obzirom da se pojedini simptomi kao što su depresivno raspoloženje, gubitak interesa, anksioznost, nemir, nesanica, noćne more i izbjegavanje događaja koji se odnose na traumu mogu preklapati s drugim psihijatrijskim stanjima te je potrebno prepoznati simptome koji se odnose na PTSP (13).

Kada se utvrdi postojanje traumatskog događaja, potrebno je provesti strukturirani klinički intervju, psihijatrijski pregled s procjenom psihičkog statusa, te psihodijagnostičke postupke. Tijekom psihijatrijskog pregleda potrebo je učiniti procjenu psihičkog statusa i funkcija bolesnika koja uključuje procjenu svijesti, opažanja, afekta, volje, pažnje, psihomotorike, pamćenja, nagona, mišljenja i kognitivnog funkcioniranja (13).

1.3.1.3 Funkcionalna procjena

Funkcionalna procjena bolesnika sa PTSP–om uključuje prikupljanje podataka i procjenu o pretraumatskoj povijesti, traumatskom događaju i posttraumatskom psihosocijalnom kontekstu i mehanizmu suočavanja. Potrebno je procijeniti dosadašnje liječenje i stupanj funkcionalnog oštećenja osobe, kao i aktualno prisutne simptome PTSP-a budući da oni mogu imati izravan utjecaj na zdravlje, osobno i obiteljsko funkcioniranje te na radni i socijalni status (14). Poteškoća koja iz ovoga proizlazi je

složenost kliničke slike, česta odsutnost „čiste“ kliničke slike i prisustvo komorbidnih dijagnoza uz PTSP. Najčešće prisutne komorbidne dijagnoze uključuju anksiozni poremećaj, depresivni poremećaj, asocijalni poremećaj ličnosti, poremećaj prilagodbe, konverzivni poremećaj, shizofreniju, zloupotrebu ili ovisnost o alkoholu ili psihoaktivnim tvarima.

Konačnu dijagnozu PTSP-a postavlja psihijatar na temelju MKB-10, te primjenom Međunarodnog neuropsihijatrijskog intervjua, a vrste intervjua, odnosno metoda i instrumenata za istraživanje su sljedeće:

- 1.) Strukturirani psihijatrijski intervjui (anamnestički podaci, demografski podaci, radni status, status invaliditeta, podaci o dosadašnjem liječenju, terapija, obiteljska anamneza, podaci o konzumaciji alkohola, traumatskim iskustvima, iskustvima povezanim s borbom, trajanju simptoma, tjelesni status visine i težine, indeks tjelesne mase) (10)
- 2.) Psihijatrijskim upitnicima (klinička skala za posttraumatski stresni poremećaj, pozitivna i negativna skala sindroma, Hamiltonova skala anksioznosti, Hamiltonova skala depresije) (10)
- 3.) Psihologijskim upitnicima (Harvardski upitnik o traumatskom događaju, Mississippi ljestvica za PTSP uzrokovan borbom, Minnesota multifazni inventar ličnosti, Los Angeles *check* lista simptoma) (10).

1.4 Liječenje PTSP-a

Liječenje PTSP-a se sastoji od edukacije i psihosocijalne podrške, psihoterapijskog liječenja i primjene psihofarmakoloških metoda liječenja. Psihoterapijske metode imaju prednost nad farmakološkom terapijom. Kod PTSP-a kompliciranog sa komorbidnim smetnjama valja primijeniti sve tri metode liječenja. Posebnu skupinu u liječenju PTSP-a čini liječenje PTSP-a uzrokovanog ratom.

1.4.1 Psihoterapija PTSP

Ovo je metoda liječenja koja se primjenjuje kod svih oblika PTSP-a. može se koristiti samostalno ili u kombinaciji sa ostalim metodama liječenja. Psihoterapija

počiva na fazama liječenja; od početne izgradnje odnosa, preko prorade traume do uspostavljanja i održavanja zadovoljavajućih interpersonalnih odnosa. Glavni cilj u psihoterapiji je uspostavljenje osjećaja sigurnosti i kontrole (kako bi se osoba mogla suočiti s traumatskim iskustvom, strahom i anksioznošću povezanom s traumatskim sjećanjima) te uspostava osobnog integriteta i kontrole (15).

1.4.2 Kognitivno - bihevioralna terapija

Kognitivno–bihevioralna psihoterapija je najčešći terapijski pristup i jedna je od psihoterapija PTSP-a. Kognitivna terapija djeluje prije svega na kogniciju, a dugoročno i na ponašanje. Bihevioralna terapija djeluje prvo na ponašanje, a kasnije i na kognitivne procese. Poradi uzajamnog djelovanja, a i zbog niza prednosti zajedničke primjene, te se dvije terapije najčešće kombiniraju. U početku primjene kognitivne terapije vrlo je važno utvrditi koja vjerovanja, stavove i tumačenja pojedinac ima o sebi te o svom problemu ili poteškoći. Kod osoba oboljelih od PTSP-a javljaju se razne kognitivne smetnje koje pogoduju održavanju disfunkcionalnosti. Terapija uključuje terapiju izlaganjem, kognitivnu terapiju i metodu ovladavanja anksioznosti. Terapija izlaganjem pomaže osobi u suočavanju sa specifičnim situacijama, osobama, objektima, sjećanjima ili osjećajima koji su povezani s traumom i koji bude intenzivni strah. Tehnike bihevioralne terapije kod pacijenata s PTSP-om pokazale su se korisnim u uklanjanju intruzija, smanjivanju ili otklanjanju uznemirenosti, kontroli bijesa i samokontroli općenito te pripremi za uspješnije snalaženje u stresnim situacijama (15).

1.4.3 Psihodinamska psihoterapija

Psihodinamska psihoterapija se usmjerava na različite čimbenike koji su mogli utjecati na razvoj PTSP-a kao što su rana iskustva iz djetinjstva, sadašnji odnosi s drugim osobama, te na psihološke mehanizme obrane koje osobe oboljele od PTSP-a koriste u svrhu zaštite od uznemirujućih misli i događaja. Taj pristup naglašava nesvjesno gdje su pohranjeni uznemirujući osjećaji, pobude i misli koji su previše bolni da bi se suočili s njima. Iako su nesvjesni, oni utječu na ponašanje (12).

Psihodinamska psihoterapija može biti ekspresivna i suportivna. Ekspresivna je usmjerena na analizu nesvjesnih sadržaja, dok je suportivna psihoterapija usmjerena na jačanje ega, pri čemu se nastoje ojačati postojeće sposobnosti i adaptacijski mehanizmi u svrhu poboljšanja sveukupnog funkcioniranja, bez da se oživljavaju prošla iskustva. Može se provoditi kao individualna ili grupna psihoterapija (15).

Integrativna psihoterapija pretpostavlja da kod PTSP dolazi do poremećaja unutarnjih i vanjskih granica ega što se očituje kroz bihevioralne, kognitivne i tjelesne simptome uz nesvjesnu anksioznost.

U radu i rehabilitaciji oboljelih od PTSP-a primjenjuje se i psihoedukacija, različiti oblici kreativnih terapija, grupne potpore, terapija izloženosti virtualnoj stvarnosti te socioterapijski klubovi. Navedene su aktivnosti često usmjerene na obitelj i na okolinu oboljelog.

1.4.4 Psihofarmakoterapija

Smatra se da kod PTSP-a postoji neravnoteža u velikom broju neurotransitorskih sustava u središnjem živčanom sustavu, a tu se naročito ističu serotonergični i kateholaminergični sustav. Danas se za medikamentozno liječenje PTSP-a koriste različite skupine lijekova koji djeluju na te neurotransmitore. Ne koristi se samo jedna skupina lijekova jer ona vrlo često nije sama po sebi dovoljna, a situaciju dodatno kompliciraju komorbidni poremećaji udruženi s PTSP-om. Bez obzira na različite mehanizme djelovanja lijekova koji se primjenjuju kod PTSP-a, cilj je uvijek isti: smanjiti simptome stresa, ojačati psihološki obrambeni sustav i obnoviti funkcioniranje pojedinca. Liječenje preporučenim antidepresivom prvog izbora preporuča se provoditi od šest do osam tjedana. U slučaju povoljnog terapijskog odgovora preporuča se terapija održavanja u trajanju od dvanaest mjeseci. S obzirom da je anksioznost dosta čest simptom u PTSP-u u terapiju se može uvesti i anksiolitik na kraće vrijeme. Vrlo čest simptom je i nesanica za koju je najbolje dati nebenzodiazepinski hipnotik (10).

U kliničkom radu u liječenju osoba s PTSP-om primjenjuju se slijedeći psihofarmaci: benzodiazepini (izražena je velika opasnost od navikavanja na njih u smislu razvijanja ovisnosti), anksiolitici (nebenzodiazepinski), klasični noradrenergični

antidepresivi (maprotilin), klasični serotonergični i miješani antidepresivi (klomopramin, imipramin, dezimipramin, amitriptilin), SSRI (SIPPS – selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina), MAO (mono - amino – oksidaza) inhibitori, stabilizatori raspoloženja (karbamazepin, natrijev valproat, litij), antiadrenergični lijekovi (propranolol), prekursori sekundarnog glasnika (inositol), brofaromin (kombinacija MAO inhibitora i SSRI-a), niske doze antipsihotika (dopaminergičnih) (10).

Važna je pravovremena intervencija neposredno nakon proživljavanja traumatskog događaja. Uz medicinsko-psihološki pristup oboljeloj osobi, važan je i socijalni aspekt liječenja, odnosno socijalizacija, izgradnja samopoštovanja i društvene pripadnosti, te socijalna podrška.

1.4.5 Socioterapija

Socioterapija se definira kao skup aktivnosti koje se primjenjuju tijekom resocializacije, odnosno rehabilitacije psihijatrijskih bolesnika. Socioterapijskim metodama djeluje se na pojedinca i njegovu okolinu s ciljem da ga se uključi u vlastito liječenje. Bolesnik mora naučiti kako će izdržati socijalni pritisak društvene sredine, a da pritom primjereno reagira na taj isti. Također, važno je naučiti bolesnika kako da prihvati ulogu koju mora preuzeti ovisno o situaciji u kojoj se nalazi. Najčešće socioterapijske metode su: terapijska zajednica, rekreacija, igra, glazboterapija, okupacijska i radna terapija

1.4.6 Liječenje PTSP-a uzrokovanog ratom

Prema psihologu Davidu W. Foyu liječenje PTSP-a kod ratnih veterana odvija se u tri faze: prva faza je krizna intervencija, druga je takozvana faza traume i zadnja faza je faza integracije.

Faza krizne intervencije traje šest tjedana. Pristup je individualan. Ova faza se temelji na zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba prema Maslowu. Važno je postići da osoba shvati utjecaje PTSP-a na svakodnevni život. U ovoj se fazi poremećaj tek procjenjuje i stvaraju se preduvjeti za nastavak liječenja(15).

Druga faza je faza traume, ona se zasniva se na proučavanju traume i reakcije na istu. Radi se o osvješćivanju i preispitivanju vlastitih emocija, stavova i vjerovanja o sebi, drugima i svijetu. Takav proces se zove desenzitacija. Naime, njime se mijenjaju postojeći stavovi o doživljenom traumatskom događaju, o samome sebi, kao i o okolini. Karakteristika ove faze je skupna terapija koja pokazuje izrazito dobre rezultate prilikom liječenja poremećaja. Zadatak voditelja grupe je stvoriti atmosferu koja će omogućiti veteranima slobodno komuniciranje. Terapeutov zadatak je oblikovanje skupnog procesa uz pomoć različitih postupaka kao što su izravne upute, modeliranje ponašanja, te selektivno poticanje nekih tema i oblika interakcije. Terapija se odvija u interakcijskom procesu između ratnih veterana. Veterani iznose svoja iskustva i emocije koja su u velikom broju slučajeva slični što oboljelima pomaže u svladavanju različitih teškoća.

Faza integracije je završna faza i usmjerena je na socijalno uključivanje oboljelog u društvo, prilagodbu na simptome, te stjecanje socijalnih vještina u sigurnoj okolini. Do kraja terapije je došlo tek kada osoba može prepričati sve ono što joj se dogodilo bez osjećaja pretjerane žalosti, bijesa, straha.

1.5 Tijek i prognoza PTSP-a

Prognoza i tijek PTSP-a ovise o više čimbenika. Obično je bolja kod naglog početka i kraćeg trajanja simptoma, ako je osoba prije traumatiziranog događaja dobro funkcionirala, imala odgovarajuću socijalnu potporu i bila bez komorbidnih poremećaja, ako je traumatski događaj trajao kratko i bio nižeg intenziteta, te ako u osobnoj i obiteljskoj anamnezi ne postoji podatak o posttraumatskom ili nekom drugom psihičkom poremećaju. S druge strane, simptomi izbjegavanja i odgođeni početak poremećaja znakovi su za kronični tijek (16).

1.5.1 Rizični faktori

Rizični čimbenici u PTSP-u dijele se na pretraumatske, peritraumatske i posttraumatske čimbenike.

Pretraumatski čimbenici su: raniji psihički poremećaji, spol, ličnost, niži socioekonomski status i stupanj obrazovanja, niže intelektualno funkcioniranje, način suočavanja sa stresnim događajima, etničke manjine, prijašnje traumatsko iskustvo uključujući i traumu u djetinjstvu, psihički poremećaji u obiteljskoj anamnezi (17).

Peritraumatski čimbenici (odnose se na vrijeme traumatskog događaja) su: intenzitet traume, percipiranu prijetnju za vlastiti život, izloženost smrti, teže ozljede, doživljaj gubitka kontrole nad sobom ili događajima oko sebe.

Posttraumatski čimbenici su: manjak socijalne potpore, zlouporaba sredstava ovisnosti i kasniji životni stresor.

1.5.2 Zaštitni faktori

Otpornost se definira kao sposobnost uspješne prilagodbe i suočavanja unatoč prijetećim i izazovnim situacijama. Osobe s unutaršnjim lokusom kontrole manje su podložne razvoju PTSP-a i općenito se bolje prilagođavaju u odnosu na osobe s vanjskim lokusom kontrole. Istraživanja o odnosu intenziteta simptoma i socijalne potpore kod veterana Domovinskog rata pokazalo je statistički značajnu negativnu povezanost, odnosno da je niži intenzitet PTSP-a povezan s doživljajem snažnije socijalne i emocionalne potpore partnera i rodbine. Otporne osobe u potencijalno stresnim situacijama nalaze značenje i doživljavaju ih zanimljivim, stresove procjenjuju podložnim promjeni i kontroli, a promjene vide kao normalan dio života i priliku za rast i izazov. Također, istraživanja pokazuju da bi i optimizam mogao biti jedan od zaštitnih čimbenika (18).

1.6 Prevencija PTSP-a

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 (10). Uz liječnike obiteljske medicine valja istaknuti iznimnu

važnosti rada medicinske sestre koja sudjeluje u cjelokupnom procesu liječenja i skrbi za oboljelog, te provodi najviše vremena uz pacijenta.

U preventivne postupke ulazi pravodobna i odgovarajuća psihoedukacija, te metode koje su poznate pod imenom psihološkog debriefinga. Psihoedukacija se provodi s ciljem pružanja pomoći u razumijevanju i upravljanju reakcijama na traumatski događaj. Podrazumijeva se pružanje informacija o stresu i traumi te ponašajnim, psihološkim i fiziološkim reakcijama na traumu kao i o tehnikama suočavanja (10).

Na osnovu dostupnih dokaza preporuča se da se osobama nakon traumatskog događaja omogući odgovarajuća rana potpora, odnosno praktična i korisna psihološka potpora na empatičan način.

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je dati pregled difrencijalne dijagnoze posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP), etiologije, epidemiologije, dijagnostička obilježja, kliničke slike, tijek i vrste liječenja poremećaja, najčešće pridružene (komorbidne) smetnje, te opisati načine provođenja zdravstvene njege oboljelih. Medicinska sestra djeluje kao ravnopravan član tima, stoga će naglasak biti na provođenju zdravstvene njege i ulozi medicinske sestre u cjelokupnom procesu liječenja.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

U ovom radu je korišten metodološki pristup „pregled literature“.

Kvaliteta narativnog pregleda literature najčešće se prosuđuje po ugledu autora i časopisu u kojem je rad objavljen. S druge strane kvaliteta sustavnog pregleda procijenjuje se na temelju razine kojom su se slijedila unaprijed postavljena pravila i postupci u istraživanju. Stupnjevi značajnosti, odnosno hijerarhija snage dostupnih dokaza vezuju se uz vrstu kliničke studije.

Najvažnija faza u izradi znanstvenog rada bilo koje vrste je opsežno pretraživanje vjerodostojnih bibliografskih izvora radi pronalaženja što više relevantnih radova o postavljenoj temi. Pretraživanje se ne smije ograničiti samo na jednu bazu podataka, pa čak ni samo na objavljene radove, a sve u svrhu postizanja sveobuhvatnosti. Strategiju pretraživanja treba započeti raščlanjivanjem kliničkoga pitanja u pojmove s pomoću kojih će se pretraživati i kasnije kombinirati rezultate. Pri tome treba uzeti u obzir sve poznate varijante i istoznačnice ključnih pojmova te sve primjerene alate koje pružaju baze podataka. Najopsežnija baza podataka MEDLINE, odnosno besplatno dostupna inačica te baze PubMed, omogućava uvid u više od 28 milijuna bibliografskih zapisa o člancima iz medicinskih časopisa (32).

4. RASPRAVA

PTSP se može javiti sam ili, puno češće, u komorbiditetu s drugim psihijatrijskim poremećajima, pri čemu se komorbiditet s najmanje jednim psihijatrijskim 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. Psihoteični simptomi mogu se javiti u 30-40% bolesnika s ratnim PTSP-om. Također, ovo oboljenje često je povezano s visokom stopom samoubojstava. Iako se PTSP može javiti kao jedini psihički poremećaj kod neke osobe, brojna istraživanja i kliničko iskustvo govori da se češće javlja s drugim psihičkim poremećajima. Uz njega se najčešće pojavljuju poremećaji raspoloženja, uključujući depresiju i bipolarni afektivni poremećaj, ovisnost (najčešće alkoholizam), anksiozni poremećaj i poremećaj ličnosti (19).

Istraživanjem komorbiditeta PTSP-a na uzorku od 375 hrvatskih ratnih stradalnika dobivena je pojava komorbiditetne bolesti u 85,3% slučajeva, pri čemu je najčešće riječ o anksioznom (46,9%) i depresivnom poremećaju (32,5%). Na drugom uzorku od 292 muškarca, koji su prošli borbeni i ratni stres nalazi se komorbiditet u 47% slučajeva (20).

4.1 Depresivni poremećaji

Nakon izlaganja traumatskom događaju PTSP se znatno češće javlja kao primarni poremećaj nakon kojeg slijedi sekundarna depresija. Naime, osobe se sve više povlače iz socijalne sredine, nepovjerljive su, svijet doživljavaju kao opasno mjesto, te sve manje uživaju u ugodnim aktivnostima i okolici, a pri tom se teško opuštaju i oprezne su. Osim toga, imaju poteškoća s doživljavanjem ugone, zadovoljstva i sreće, sve više se udaljavaju od obitelji, prijatelja i drugih ljudi. Gubitak kontrole nad traumatskim događajem koji izaziva strah, paniku i osjećaj bespomoćnosti može, ukoliko potraje, rezultirati potpunim prepuštanjem, beznađem, gubitkom volje, inicijative, snage, te depresivnim raspoloženjem. Mnogi simptomi PTSP-a i depresije se preklapaju. Naime, i jednom i drugom poremećaju su svojstvene poteškoće sa spavanjem, koncentracijom, gubitak interesa, nemogućnost doživljavanja ugone,

osamljivanje i izbjegavanje. Okosnicu liječenja ovih poremećaja čini ambulantni psihoterapijski tretman koji je usmjeren, u prvom redu, na traumu. Naime, suvremene smjernice za liječenje preporučuju usmjeravanje psihoterapijskih postupaka na prorađivanje traumatskog događaja s čime obično uslijedi i poboljšanje depresivnih simptoma. U težim slučajevima, potrebna je i primjena lijekova. Među njima, najistaknutije mjesto imaju antidepresivi. Najčešće propisivani lijekovi su oni koji djeluju na serotoninški sustav koji ublažavaju simptome tjeskobe i depresivnosti s pridruženom nesanicom, pretjeranom brigom i smanjenim tekom. Nadalje, primjenjuju se lijekovi koji djeluju na noradrenalinški sustav, te antidepresivi koji imaju učinak na dva ili više neurotransmitorskih sustava koji su djelotvorni na simptome tjeskobe i depresivnosti i pridruženog nedostatka energije, smanjene motivacije i pretjerane brige (21).

4.2 Anksiozni poremećaji

Anksioznost se definira kao osjećaj nelagode, opće napetosti, zabrinutosti, velikog stresa, panike, straha te iracionalnog lošeg predosjećaja. Javlja se kada se pretjerano brinemo, odnosno kada smo izloženi nekoj stresnoj (stvarnoj ili izmišljenoj) situaciji. U pitanju je emocionalno stanje karakterizirano osjećajem neugode, nemira i tenzije te osjećajem moguće opasnosti uz prateće fiziološke promjene. Prosječne razine anksioznosti se javljaju kod većine ljudi, ali njih osoba može kontrolirati te njima upravljati (22).

Neki znanstvenici tvrde da anksioznost nije uvjetovana biološki niti genetski, ali neka istraživanja pokazuju suprotno. Anksioznost može biti dio obiteljskog genetskog nasljeđa, te je može potaknuti određena trauma. Intenzitet anksioznosti ovisi o intenzitetu proživljene traume, a ona je uz depresiju najčešći komorbiditet PTSP-a.

4.3 Panični poremećaji

Panični poremećaj karakterizira pojava paničnih napada koji se mogu javiti spontano i bez nekog povoda, ali i na način da se panični napadi pojavljuju neposredno po izlaganju određenoj situaciji. Za postavljanje dijagnoze paničnog poremećaja potrebna je prisutnost najmanje jednog paničnog napada mjesečno. Panični napadi mogu se javljati u svim anksioznim poremećajima: paničnom poremećaju, socijalnoj

fobiji, posttraumatskom stresnom poremećaju te akutnom stresnom poremećaju. U paničnom poremećaju karakteristična je pojava napada koji se mogu javiti spontano i bez nekog vanjskog čimbenika (neočekivani-bez povoda), ali i na način da se pojavljuje neposredno po izlaganju određenoj situaciji (situacijski ograničeni), te oni koji se češće javljaju nakon izlaganja osobe određenoj situaciji ili okidaču, ali nisu nepromjenljivo vezane za situaciju i ne javljaju se obvezno trenutačno po izlaganju osobe situaciji (situacijski predisponirani panični napadi). Paničnom su napadu pridruženi simptomi od strane respiratornog, gastrointestinalnog, kardiovaskularnog i okulo-vestibularnog sustava (22).

4.4 Alkoholizam

Prema SZO alkoholičar je osoba koja je trajnom i prekomjernom potrošnjom alkoholnih pića oštetila svoje zdravlje, socijalno ili ekonomsko stanje ili postoje predznaci takvih oštećenja.

Pokazalo se da 23% ispitanika s PTSP-om konzumira alkohol poslijeratno više nego prije, a ovaj psihijatrijski komorbiditet izrazito nepovoljno djeluje na izlječenje primarne bolesti. Često pacijenti s PTSP-om koriste alkohol kao jednu vrstu samoizlječenja, a neki od razloga koji navode su; anksioznost (41,4%) i strah (28,3%), zatim utjecaj administrativnih, materijalnih, obiteljskih, socijalnih pitanja, pitanja zaposlenja, vrednovanja ratnih činova i slično (20).

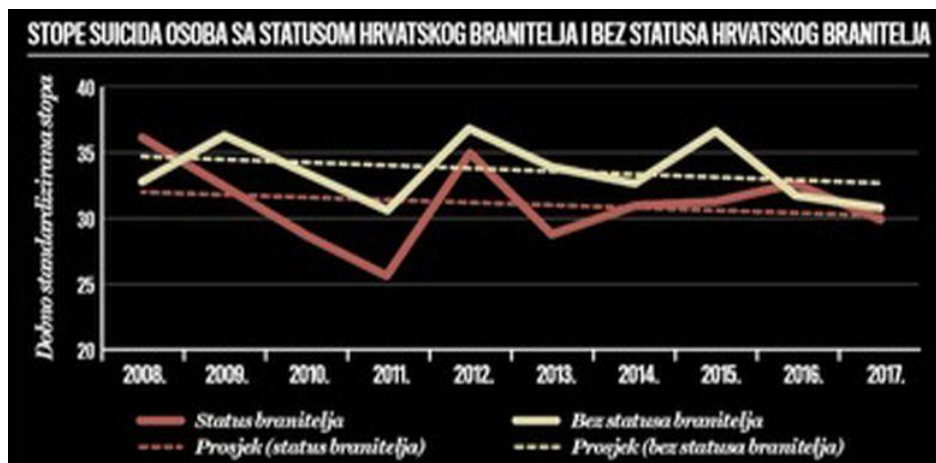
4.5 Suicidalnost

Psihijatrijski komorbiditet uz kronični PTSP ima veliku ulogu u razvoju suicidalnog ponašanja, te je stupanj izloženosti traumi u pozitivnoj korelaciji s razvojem suicidalnosti.

Unatoč općem dojmu javnosti, medija, pa često i samih branitelja da je učestalost samoubojstava ratnih veterana znatno veća nego u općoj populaciji, najnovije istraživanje Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo pokazalo je da ne postoji statistički značajna razlika u stopama samoubojstava između ratnih veterana i opće populacije. Štoviše, pokazalo je da je stopa suicida kod branitelja čak nešto niža. Hrvatski zavod za javno zdravstvo je napravio je u suradnji s Medicinskim fakultetom u Zagrebu

usporedbu stope suicida opće populacije i branitelja iz Domovinskog rata za razdoblje od 2008. do 2017. godine. Analiza je pokazala da ne postoji statistički značajna razlika u stopama suicida između opće i braniteljske populacije. Iz usporedbe i kretanja stope suicida u razdoblju od 2008. do 2017. godine može se uočiti kontinuirani pad stope suicida u općoj i braniteljskoj populaciji (23).

Kontinuirani pad stope suicida u obje promatrane populacije može se povezati s unapređenjem zdravstvene politike na području mentalnog zdravlja te mjerama psihosocijalne skrbi za hrvatske branitelje, no također je potrebno uočiti da su suicidi, nažalost, i dalje prisutni u obje populacije. Zbog ove činjenice nužno je i dalje provoditi mjere aktivne politike unapređenja mentalnog zdravlja i prevencije ovih neželjenih događaja. S obzirom na činjenicu da stope izvršenih samoubojstava značajno rastu s dobi, potrebno je dodatno raditi na mjerama usmjerenim na unapređivanje zdravlja i prevenciju suicida - poručili su iz Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ). Od 2008. godine pa do kraja 2017. godine ukupno je 1413 branitelja i 3554 osobe bez statusa branitelja počinilo samoubojstvo, iz čega bi se na prvu mogao steći dojam da je učestalost suicida kod branitelja viša nego u općoj populaciji jer ispada da su branitelji izvršili 28 posto svih suicida zabilježenih u Hrvatskoj u tih deset godina. No, kada se podaci o samoubojstvima dobno standardiziraju - a to je potrebno zato što je braniteljska populacija starosno vrlo "uska", najviše ih je između 45. i 55. godine, a ratnih veterana mlađih od 40 godina gotovo više ni nema - istraživanje pokazuje da je stopa suicida kod branitelja ipak nešto niža nego kod ostalih (23).



Slika 1. Stope suicida osoba sa statusom hrvatskog branitelja i bez statusa hrvatskog branitelja.

Dostupno na: <https://www.hrt.hr/313343/vijesti/prva-studija-o-samoubojstvima-hrvatskih-branitelja>

Za zdravstveno i psihološko zdravlje branitelja jako puno znači i program preventivnih sistematskih pregleda koje je prije nekoliko godina pokrenulo Ministarstvo, kao i program izgradnje veteranskih centara. Sve to na branitelje djeluje psihološki pozitivno.

4.6 Ovisnost o psihoaktivnim tvarima

Psihofarmaci, psihoaktivne tvari ili psihotropne tvari su kemijske tvari, izrazitog farmakološkog učinka, koje mijenjaju moždanu funkciju, što rezultira s privremenom promjenom percepcije, raspoloženja, svijesti ili ponašanja. Drugim riječima, psihofarmaci su tvari koje djeluju na psihu, a obuhvaćaju različite lijekove, droge i druga sredstva ovisnosti. Ovakve supstance se mogu koristiti kao lijek (posebice u liječenju neuroloških i psihičkih bolesti), rekreativno te u znanstvenim istraživanjima. Mnogi psihofarmaci (u prvom redu stimulansi i depresori središnjeg živčanog sustava) izazivaju naviku, stoga dugotrajnom primjenom može doći do razvoja psihičke i/ili fizičke ovisnosti (24).

4.6.1. Marihuana

Marihuana je halucinogena biljna droga vrste *Cannabis sativa* unutar koje postoje tri različite podvrste. Marihuana sadrži primarnu psihoaktivnu djelatnu tvar THC (tetrahidrokanabinol), te razne druge kanabinoide. Kanabis se često konzumira radi svojih psihoaktivnih efekata koji uključuju relaksaciju, euforiju, pojačani apetit, te niz drugih adiktivnih pojava baš kao i niz nepoželjnih nuspojava kao što su suhoća usta, kratkotrajni ispadi kratkoročnog pamćenja koji u dužem konzumiranju ostaju trajna pojava, depresiju, osjećaj paranoje i anksioznost. Osobe oboljele od PTSP-a često koriste marihuanu upravo zbog pozitivnih efekata kojih izaziva THC osobito zbog relaksacije.

Marihuana je najčešće korištena nezakonita droga. Uz dugotrajno uzimanje može se razviti psihološka ovisnost, no tragova klinički očite tjelesne ovisnosti ima malo. Svaka tvar koja uzrokuje euforiju i ublažava anksioznost može izazvati ovisnost, pa ni marihuana nije iznimka. Međutim, teška ovisnost i opisi nemogućnosti prekida uzimanja su rijetki. Marihuana se najčešće rabi povremeno bez dokaza o društvenoj ili psihološkoj disfunkciji. Kad se s primjenom prestane, mogu se pojaviti blagi simptomi apstinencije, slični onima kod ukidanja benzodiazepina, no neki jaki ovisnici nakon prekida opisuju poremećaj spavanja i nervozu (25).

4.6.2 Ovisnost o psihofarmacima

Najčešća ovisnost iz tog područja je ovisnost o benzodiazepimima. Brojni istraživači bavili su se ovom temom. U nastavku ćemo prikazati istraživanje provedeno u Osijeku.

Uzorak, odnosno populaciju na kojoj se provodilo istraživanje činilo je 30 muškaraca oboljelih od PTSP-a. Središnja vrijednost (medijan) dobi jest 54 godine, u rasponu od 34 do 71 godine. Prema razini obrazovanja najviše je ispitanika srednje stručne spreme, njih 19 (63 %). Prema radnom statusu umirovljenika je 17 (57 %), a nezaposlenih je 10 (33 %). S obzirom na komorbiditete, najviše su prisutni mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja, u sklopu čega ispitanici najviše boluju od povratnog depresivnog poremećaja (12/30 ispitanika). Čak 10/30 ispitanika ima endokine,

nutricijske i metaboličke bolesti, a 13/30 ih je s bolestima krvožilnog sustava, s esencijalnom hipertenzijom kao najzastupljenijom. Ostale bolesti prisutne su u manjem broju. Točno polovica, tj. 15 (50 %) ispitanika navodi da im lijek sada uglavnom ili u potpunosti manje pomaže nego na početku. Njih 16 (53 %) ne misli da im lijek uništava život, dok ostali to djelomično, uglavnom ili u potpunosti misle. Njih 22 (73 %) ne razmišlja o prestanku korištenja lijeka. Ako im je lijek nedostupan, nervozno je 19 (63 %) ispitanika, a osjećaj sigurnosti kad je lijek uz njih ima 23 (77 %) ispitanika. Čak 20 (67 %) ispitanika ne provodi mnogo vremena razmišljajući o lijeku, a prije nego li što uzmu lijek 13 (43 %) ispitanika misli samo o tome. Da se na njih uglavnom ili u potpunosti odnosi da uzimaju veću količinu lijeka, no što im je propisano ili da uzimaju veliku dozu lijeka odjednom navodi 5 (16 %) ispitanika, a za dvojicu je djelomična istina ili je uglavnom istina da prepravljaju ono što je napisano u recept. Dio upitnika koji se odnosi na simptome sustezanja ispunilo je 23 (77 %) ispitanika, odnosno svi oni ispitanici koji su pokušali koristiti manje lijeka ili su pokušali prestati s uporabom lijeka. Simptome depresije i drhtanja nema 4 (17 %) ispitanika, umornima se uopće ne osjeća 7 (30 %) ispitanika, a simptome razdražljivosti i nemira nema samo 2 (9 %) ispitanika. Svi ostali imaju različito gradirane simptome. Osjećaj nemira posebno je istaknut te 15 (62 %) ispitanika osjeća jak ili iznimno jak nemir. Najveći broj ispitanika, njih 10/23 (44 %), ima jako visoke simptome sustezanja, dok ih samo troje (13 %) pripada skupini s jako niskim ili niskim simptomima sustezanja (26).

Manthey i suradnici 2012. godine proveli su studiju u kojoj su prikazali korelaciju između sociodemografskih, fizičkih, psihičkih, ovisničkih karakteristika i ovisnosti o benzodiazepinima u oboljelih od PTSP-a, depresije i anksioznosti. Dobili su slijedeće rezultate: problematična uporaba povezana je s većom učestalošću kontakta s liječnikom i težinom nesаницe; preokupacija je povezana s težinom anksioznosti, uporabom antidepresiva, alkoholizmom i višom dozom lijeka; nedostatak suradljivosti povezan je s višom dobi, nezaposlenosti, nesanicom, uporabom antidepresiva i alkoholizmom (27).

4.7 Promjena ličnosti

Trećina bolesnika s dijagnozom PTSP-a prelazi u dijagnozu trajne promjene ličnosti (TPL) koja uključuje trajne promjene u obrascima ponašanja, percepciji, komunikaciji, slici o sebi i okolini, kao i nefleksibilne i maladaptivne obrasce ponašanja koji nisu postojali prije traumatskog iskustva (20).

Traume su pojedinačni, rijetki i vrlo intenzivni negativni događaji koji dovode do neočekivanog preplavljenja. Osnovno obilježje im je šok, odnosno intenzivno iskustvo koje premašuje trenutne kapacitete za nošenje s tim iskustvom i aktiviranje klasičnih mehanizama obrane. Traume ostavljaju trajne posljedice i ne mogu se izbrisati, već samo prevladati i integrirati u ličnost osobe. Izaziva osjećaje bespomoćnosti, umanjuje osjećaj za sebe i sposobnost osjećaja punog raspona emocija i iskustava (28).

Različite komponente ličnosti prije doživljene traume u kombinaciji sa snažnim stresorima igraju veliku ulogu u promjeni ličnosti i razvoju poremećaja. Primjerice, osobe koje imaju nisku razinu kontrole, manju toleranciju na frustraciju, koje su podložne ovisnostima i ostalom rizičnom ponašanju te osamljene i neurotične osobe teže će se suočiti s traumom na pravilan način.

Poremećaj ličnosti je trajni obrazac ponašanja i unutarnjeg doživljavanja koji značajno odstupa od očekivanog u kulturi kojoj ta osoba pripada. Poremećaji započinju u djetinjstvu, adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, a predstavljaju razvojna stanja koja se nastavljaju do kraja života. Poremećaj ličnosti značajno otežava svakodnevno normalno funkcioniranje osobe. Tijekom vremena je stabilan, te dovodi do patnje i raznih oštećenja. Uzrok ovom problemu često može biti traumatski događaj. Kod takvih događaja promjena ličnosti ne nastaje naglo već se razvija tijekom vremena, najčešće kao komorbiditet neke druge bolesti (29).

4.7.1 Strategije suočavanja sa traumatskih događajem

Strategije suočavanja sa stresnim događajima smatraju se jednim od najvažnijih posredujućih čimbenika u odnosu između stresora i razvoja depresije,

psihosomatskih bolesti i različitih psihičkih problema, a definiraju se kao odgovori na stresnu situaciju koja pomaže kod psihosocijalne prilagodbe. Osoba s bolje razvijenim strategijama puno je osjetljivija na promjene oko sebe pa stoga efikasnije odgovara na različite stresne situacije. Pokazano je da ljudi, što su stariji, sve više koriste problemu usmjereno suočavanje nasuprot onom usmjerenom prema emocijama. Kod efikasnog suočavanja treba postojati usklađenost između zahtjeva situacije i odabranog načina suočavanja, a to, uz rješavanje problema, uključuje i regulaciju emocija. Ponekad je prvo potrebno smanjiti neugodne emocije kako bi došlo do efikasnog suočavanja s problemom (30).

4.7.2 Spolne razlike

Spolne razlike u promjeni ličnosti uslijed traumatskog događaja mogu se promatrati u različitim aspektima funkcioniranja. U mnogim istraživanjima je primijećena značajna spolna razlika kod razvoja promjene ličnosti nakon doživljene traume. Najčešće se spominju razlike kod strategija suočavanja povezanih s emocijama i korištenja socijalne podrške u korist ženskog spola. Muškarci više koriste izbjegavajuće strategije koje su u osnovi usmjerene na smanjenje emocionalne napetosti, dok se žene više usmjeravaju na problem i slobodnije su u traženju pomoći. Muškarci su podložniji agresiji usmjerenoj na ono što je izazvalo problem, a žene socijalnoj i duhovnoj pomoći te agresiji usmjerenoj na vlastite emocije (30).

Znanstvenici Tolin i Foa navode kako muškarci češće nego žene doživljavaju teške nesreće, požare i slične katastrofe i češće se uključuju u vojnu službu, dok su žene češće žrtve svih vrsta zlostavljanja u djetinjstvu. Također navode da žene češće doživljavaju simptome PTSP-a. Iako su žene češće žrtve seksualnog zlostavljanja, i muškarcima se događa. No oni vrlo rjeđe i prijavljuju silovanje zbog većeg osjećaja srama. Ta činjenica je važna zbog toga što šutnja vodi do potiskivanja, a potiskivanje do poremećaja ličnosti, razvoja depresije i slično. Muškarac koji je bio fizički zlostavljan češće će svoje traumatično iskustvo ponovno proživljavati zlostavljajući druge, dok je za ženu vjerojatnije da će kroz život ponovno biti zlostavljana od strane drugih ili će pak samu sebe povrijediti (30).

4.8 Zdravstvena njega oboljelih od PTSP-a

Zdravstvena njega u mentalnom zdravlju je planirana briga sa psihijatrijskim djelovanjem. Cilj je da se pojača pacijentova briga o samom sebi i da se tako reduciraju njegovi zdravstveni problem. Kroz suradnju se pokušava pomoći pacijentu da pronade i uspostavi samopoštovanje i da pronade održive životne vrijednosti. Kada pacijent nije u stanju da sam izrazi potrebe, sestra funkcionira kao njegov predstavnik i netko tko brine o njemu.

Osobe oboljele od bilo koje psihijatrijske bolesti prati niz predrasuda još od samog početka civilizacije. Najčešći uzrok tome je strah i neupućenost u bolest, no u nekim primitivnim sredinama se smatra da je uzrok te vrste oboljenja zapravo neka nadnaravna sila. U primitivnim plemenima brigu o duševnim bolesnicima je preuzimao vječ, dok je u srednjem vijeku tu ulogu preuzela crkva. Kasnije se osnivaju „psihijatrijski azili“ iz kojih se razvijaju današnje specijalne bolnice za psihijatrijske bolesnike. Kroz povijest se liječenje duševnih bolesnika zasnivalo na fizičkom sputavanju i kažnjavanju te nije bilo potrebe za educiranim medicinskim sestrama. Tek kasnije se sestre uključuju u brigu o bolesnicima i postaju dio terapijskog tima.

Načela zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika određena su poimanjem naravi ljudskog bića, mentalne bolesti i sestrinske profesije. Ona definiraju odnos sestre prema psihijatrijskom bolesniku i uključuju : holistički pristup (cjeloviti pristup čovjeku), poštivanje jedinstvenosti ljudskog bića, privatnost i dostojanstvo, terapijska komunikacija, bezuvjetno prihvaćanje, uključivanje bolesnika, pomoć pri učinkovitoj prilagodbi. Medicinska sestra treba prihvatiti načela, osigurati uvjete za njihovo provođenje, prepoznati kršenje načela.

4.8.1 Sestrinske dijagnoze

Zdravstvena njega oboljelih od PTSP-a je specifična i zahtjeva kvalitetnu edukaciju. Najčešće sestrinske dijagnoze koje se pojavljuju kod osoba sa PTSP-om su : visok rizik (VR) za socijalnu izolaciju, socijalna izolacija, VR za samoubojstvo, anksioznost, strah, nesаница, VR za samoozljeđivanje, neprihvaaćanje bolesti, beznade,

neučinkovito pridržavanje zdravstvenih uputa, neučinkovito sučeljavanje, poremećaj seksualne funkcije, poremećaj obiteljskih odnosa.

Smanjena socijalna interakcija je stanje nedovoljnog ili nezadovoljavajućeg odnosa sa okolinom. Visok rizik za socijalnu izolaciju se javlja ne samo kod psihijatrijskih bolesnika nego i kod osoba koje boluju od somatskih bolesti (najčešće kad dolazi do promjena u fizičkom izgledu i funkcionalnosti osobe). Medicinska sestra mora prepoznati promjene na vrijeme i o tome obavijestiti liječnika, poticati osobu na socijalne interakcije i na verbalizaciju osjećaja koji ga navode na ideju izoliranosti. Potrebno je uključiti obitelj i bliske osobe u liječenje kako bi osobi bili podrška te da se ne bi osjećala osamljeno.

Visok rizik za samoubojstvo se definira kao ponašanje u kojem pojedinac pokazuje postojanje mogućnosti samoozljeđivanja sa željenim smrtnim ishodom. Ovo stanje pripada hitnim stanjima u psihijatriji. Intervencije medicinske sestre su slijedeće: osigurati sigurnu okolinu pacijentu (ukloniti potencijalno opasne predmete), učestalo kontrolirati pacijenta i njegovu okolinu, uputiti obitelj da ne donose opasne predmete, osigurati nadzor pacijenta, poticati komunikaciju, kontrolirati uzimanje terapije. Cilj zdravstvene njege je da pacijent neće izvršiti samoubojstvo.

Visok rizik za samoozljeđivanje se ne izdvaja kao zasebna dijagnoza (prema NANDA-i) već kako dopuna VR-u za samoubojstvo. To je stanje u kojem pojedinac pokazuje naznake da će sam sebe namjerno ozlijediti ili nagrditi. Medicinska sestra će izraditi odnos povjerenja, poticati pacijenta na verbalizaciju osjećaja, uključiti pacijenta u grupe podrške, izraditi plan aktivnosti, uključiti obitelj, nadzirati pacijenta (31).

Neprihvatanje bolesti ili poricanje je stanje u kojem pojedinac umanjuje ili poriče utjecaj simptoma bolesti ili životne situacije. Medicinska sestra treba poticati pacijenta da verbalizira doživljaj problema, ohrabriti pacijenta da prihvati novonastalu situaciju, podučiti pacijenta o mogućim posljedicama štetnog ponašanja i nepridržavanja zdravstvenih uputa, osigurati suportivnu skrb (psihoterapija), uključiti obitelj. Cilj zdravstvene njege je da će pacijent prihvatiti bolest i učinkovito se nositi sa njenim simptomima (31).

Nesanica i ostali poremećaji spavanja se definiraju kao nemogućnost pojedinca da zadovolji potrebe za spavanjem i/ili odmorom. Često se javlja kod psihijatrijskih pacijenata, ovisnika, hospitaliziranih i sl. Intervencije medicinske sestre

su: napraviti plan dnevnih aktivnosti u suradnji sa pacijentom, ukloniti čimbenike okoline koji otežavaju usnivanje, podučiti pacijenta tehnikama relaksacije, dopustiti pacijentu prijelazni objekt, primijeniti ordiniranu terapiju. Cilj zdravstvene njege je da pacijent neće patiti od nesаницe (31).

Poremećaj seksualne funkcije je stanje promijenjenog obrasca seksualnog funkcioniranja. Potrebno je osigurati privatnost pri razgovoru sa pacijentom, objasniti pacijentu učinke lijekova, educirati o metodama kontracepcije, pacijenta i partnera/icu uključiti u suportivnu skrb. Cilj zdravstvene njege je da će pacijent zadovoljiti seksualni obrazac (31).

Nisko samopoštovanje je stanje u kojem osoba ima negativnu percepciju sebe i/ili vlastitih mogućnosti. Medicinska sestra mora omogućiti pacijentu izražavanje osjećaja, uočiti promjene u mentalnom statusu, izraditi plan dnevnih aktivnosti u suradnji sa pacijentom, ohrabrivati, omogućiti razgovor sa psihologom, uključiti obitelj. Cilj zdravstvene njege je da će pacijent opisati veći stupanj samopoštovanja (31).

Neučinkovito pridržavanje zdravstvenih uputa je ponašanje pojedinca u kojem on/ona ne prepoznaje rizike, ne traži pomoć i podršku kako bi očuvao zdravlje i dobrobit ili ne održava dobivenu podršku i pomoć. Intervencije medicinske sestre su: educirati pacijenta o važnosti pridržavanja zdravstvenih uputa, omogućiti verbalizaciju osjećaja, poticati pacijenta na učenje, provjeravati stečena znanja i pridržavanje uputa, poticati na postavljanje pitanja, uključiti obitelj, dogovoriti redovite posjete patronažne sestre. Cilj zdravstvene njege je da će se pacijent pridržavati zdravstvenih uputa (31).

Beznađe je emotivno stanje u kojem pojedinac ne pronalazi način donošenja odluka kako bi riješio problem ili postigao željeni cilj. Pojavljuje se kod kroničnih bolesti, nemogućnosti brige za sebe, stresa, osobito kod PTSP-a. Medicinska sestra treba poticati pacijenta na izražavanje vlastitih osjećaja, uključiti pacijenta u donošenje odluka koje se odnose na liječenje i zdravstvenu njegu, pohvaliti svaki uspjeh, izraditi plan aktivnosti, uključiti obitelj, poticati pacijenta na religioznost (ako vjeruje). Cilj zdravstvene njege je da će pacijent opisati smanjen osjećaj beznađa (31).

Anksioznost je nejasan osjećaj neugode i/ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom i tjeskobom. Javlja se prije medicinsko-tehničkih zahvata, kod prijetnje fizičkoj i emocionalnoj cjelovitosti, interpersonalnih konflikata ili može biti nepoznata uzroka. Intervencije medicinske sestre su slijedeće: opažati neverbalne

znakove anksioznosti, upoznati pacijenta sa okolinom, redovito informirati pacijenta o daljnjem tretmanu, omogućiti pacijentu da sudjeluje u donošenju odluka, poticati pacijenta na izražavanje osjećaja, poticati pacijenta na redovito uzimanje terapije te kontrolirati istu, uključiti obitelj. Cilj zdravstvene njege je da će pacijent opisati smanjeni osjećaj anksioznosti (31).

4.8.2 Uloga medicinske sestre u edukaciji oboljelih od PTSP-a

Edukacija o bolesti učinkovita je psihosocijalna metoda liječenja koja utječe na povoljan ishod bolesti, smanjujući rizik recidiva bolesti i učestalosti hospitalizacije. Edukacija o bolesti je više od informacije, ona je psihološki proces koji osim usvajanja znanja dovodi do promjene stavova o bolesti i liječenju, donosi razumijevanje bolesti u kontekstu osobnog života te utječe na proces odlučivanja u donošenju korisnih odluka za svoje zdravlje. Osim liječnika u procesu edukacije sudjeluje medicinska sestra. Jedan od osnovnih zadataka zdravstvene njege je edukacija. Ona se provodi i kod pacijenta i kod članova njegove obitelji odnosno skrbnika, prijatelja i sl. Odnosi se na niz intervencija čiji je primarni cilj pomoći kako bi što bolje razumjeli svoje trenutne smetnje, te se što uspješnije nosili s njima te njihovim posljedicama na svakodnevno funkcioniranje. Osnovna je pretpostavka kako upoznavanje sa svojim trenutnim stanjem ili problematikom postiže veći doživljaj kontrole nad situacijom. Ovaj proces tada povratno pozitivno utječe na doživljaj same situacije u kojoj se osoba nalazi te smanjuje količinu stresa koja proizlazi iz određenog stanja.

Medicinska sestra provodi najviše vremena uz pacijenta te vrši proces edukacije kontinuirano od početka liječenja. Vrlo važna je evaluacija samog procesa. Ako medicinska sestra procijeni da pacijent nije usvojio specifična znanja o bolesti, važnosti redovitog uzimanja terapije i redovnih liječničkih kontrola onda mora nastaviti edukaciju i u nju uključiti članove zajednice koji će pomoći pacijentu u održavanju mentalnog zdravlja.

4.8.3 Uloga medicinske sestre u prevenciji i praćenju oboljelih od PTSP-a

Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika se provodi na tri razine prevencije; primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj. Medicinska sestra u primarnoj prevenciji pomaže pojedincu u razvijanju zdravih stilova života, suprotavljanju stresu, razvijanju samopoštovanja, djeluje zdravstveno-odgojno. Sekundarna prevencija se temelji na liječenju i medicinska sestra aktivno sudjeluje kao član tima jer se liječenje ne može provesti bez adekvatne zdravstvene njege. Na tercijarnoj razini medicinska sestra pomaže u otklanjanju posljedica duševnih bolesti i sudjeluje u svim procesima rehabilitacije.

5. ZAKLJUČAK

1. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) je mentalni poremećaj povezan s traumom i stresorom u kojem izravno izlaganje traumatskom iskustvu ili svjedočenje psihološki stresnom događaju dovodi do nastanka bolesti koja je karakterizirana s četiri skupine simptoma: ponovnog proživljavanja, izbjegavanja, otupljivanja i povećane pobudljivosti.

2. PTSP-u su često pridružena druga stanja. Najčešće se radi o depresiji, anksioznosti, suicidalnom ponašanju, raznim ovisnostima, promjeni ličnosti. Komorbiditet otežava terapiju primarnog PTSP-a te je potrebno prilagoditi cijeli plan skrbi novonastaloj situaciji.

3. U Republici Hrvatskoj se o PTSP-u najviše govori u kontekstu Domovinskog rata. Osim rata postoje i drugi uzroci ovog sindroma koji uključuju bilo koju situaciju koja individualno uzrokuje traumatski stres velikih razmjera, a sa kojim se osoba ne može učinkovito nositi.

4. Medicinska sestra je ravnopravno uključena u tretman osoba sa PTSP-om. Djeluje na tri razine prevencije: primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj. Njena uloga je nezamjenjiva. Najviše vremena provodi uz pacijenta te prepoznaje znakove poboljšanja odnosno pogoršanja stanja bolesti.

6. LITERATURA

1. Andressen C.N. Posttraumatic Stress Disorder, Comprehensive Textbook of psychiatry, Baltimore 1985;24: 918-24
2. Savezni zavod za zdravstvenu zaštitu Medjunarodne klasifikacije bolesti, povreda i uzroka smrti, 9. revizija, Niš: Institut za dokumentaciju zaštite na radu, 1979;.
3. American Psychiatric Association (APA).Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, Temporary Revised Ived., Washinton,DC:American Psychiatric Association Press;2000.
4. Gaebel W. Status of psychotic disorders in ICD-11. Schizopr Bull 2012; 38: 895-8
5. Filaković P. Psihijatrija, Osijek, Medicinski fakultet Osijek, 2015.
6. Hotujac Lj. Psihijatrija, Zagreb, Medicinska naklada Zagreb, 2006.
7. Mandić N. Posttraumatski stresni poremećaj, Zagreb, Medicinski Vjesnik, 1993; 25: 43-51
8. Vaillant EG, Perry C. personality Disorders, Comprehensive Textbook of Psychiatry, Baltimore 1985;57: 958-86
9. Solomon S. Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. JAMA 1992; 72: 163-72
10. Šincek S. Posttraumatski stresni poremećaj kod hrvatskih branitelja, Diplomski rad, Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta; 2017.
11. Svjetska zdravstvena organizacija. MKB-10. Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Klinički opisi i dijagnostičke smjernice. Deseta revizija. Zagreb: Medicinska naklada; 1999
12. Kozarić-Kovačić D, Kovačić Z, Rukavina L. Posttraumatski stresni poremećaj Medix 2007; 71: 102-6
13. Marinić I. Integrirani dijagnostički postupak za posttraumatski stresni poremećaj. Sveučilište u Zagrebu, 2004.
14. Tull MT, Barret HM, McMillan ES, Roemer L. A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. Behav Ther 2007; 38: 303-13

15. Ministarstvo branitelja Republike Hrvatske. Praćenje pobola i smrtnosti hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji: Ministarstvo branitelja 2015.
16. Litz BT. Early intervention for trauma and traumatic loss. New York: Guilford Press; 2004.
17. 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
18. Kušević Z, Mršić Husar S, Prosinečki N, Kulenović Somun A, Babić G, Vukušić H. Odnos intenziteta posttraumatskog stresnog poremećaja izazvanog ratnom traumom i socijalne podrške. Soc Psihijat. 2012; 40: 70-5
19. Andrews B, Brewin CR, Philott R, Stewart L. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. Am J Psychiatry. 2007; 164: 1319-26
20. Braniteljski.hr, Kada se pojavljuju simptomi PTSP-a, 2009, (posjećeno 07.09.2019.), Dostupno na: <https://braniteljski.hr/kada-se-pojavljaju-simptomi-ptsp-a/>
21. Letica Crepulja M. Posttraumatski stresni poremećaj i depresija, 2015, (posjećeno 26.08.2019.) Dostupno na: <https://www.zdravobudi.hr/clanak/657/posttraumatski-stresni-poremecaj-i-depresija>
22. Pliva zdravlje, Anksiozni poremećaji, 2010, (posjećeno 26.08.2019.) Dostupno na: <https://www.plivazdravlje.hr/bolest-clanak/bolest/2571/Anksiozni-poremecaji.html>
23. Braš M. Prva studija o samoubojstvima hrvatskih branitelja, 2015, (posjećeno 19.08.2019.) Dostupno na: <https://www.hrt.hr/313343/vijesti/prva-studija-o-samoubojstvima-hrvatskih-branitelja>
24. Bagarić A. Ovisnost o psihoaktivnim tvarima, 2006, (posjećeno 22.08.2019.) Dostupno na: https://www.cybermed.hr/clanci/ovisnost_o_psihoaktivnim_tvarima
25. Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije, Istine i zablude o marihuani, 2012, (posjećeno 21.08.2019.) Dostupno na: <https://www.zzjzdnz.hr/hr/zdravlje/mentalno-zdravlje/266-ch-0>
26. Cipar I. Uporaba i zlouporaba benzodiazepima u oboljelih od PTSP-a, Diplomski rad, Osijek, 2018.
27. Manthey L, Lohbeck M, Giltay EJ, van Veena T, Zitman Brenda FG, Penninx WJH. Correlates of benzodiazepine dependence in the Netherlands Study of Depression and Anxiety. Addiction. San Francisco, 2012.;47: 451-65

28. Onderko K. What is trauma, 2017, (posjećeno 21.08.2019.) Dostupno na: <https://integratedlistening.com/what-is-trauma/>
29. Granić M. Poremećaj osobnosti- vrste, dijagnoza i liječenje, 2017, (posjećeno 26.08.2019.) Dostupno na: https://www.krenizdravo.rtl.hr/zdravlje/mentalno_zdravlje/poremecaj-osobnosti-vrste-dijagnoza-i-lijecenje
30. Horvatinović N. Promjena ličnosti uslijed traumatskog događaja, Završni rad, Osijek, Filozofski fakultet 2018.
31. Sestrinske dijagnoze 3, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2015.
32. Franić M. Sustavni pregled – podloga medicini utemeljenoj na znanstvenim spoznajama, JAHS, 2016.

7. SAŽETAK

U ovom završnom radu obrađena je tema Posttraumatskog stresnog poremećaja. Posebna pažnja pridana je komorbidnim smetnjama koje se u najviše slučajeva pojavljuju kod oboljelih od PTSP-a. Ustanovljeno je kako je ovaj poremećaj spada među najkomplexnija psihijatrijska oboljenja.

Komorbidne smetnje koje se vežu uz PTSP su depresivni poremećaji, anksiozni poremećaji, panični poremećaji, te razvoj ovisnosti bilo o alkohol, psihoaktivnim tvarima ili marihuani i slično. Uz navedeno, kod oboljelih od ovog poremećaja uočljiva je visoka stopa suicidalnosti, te promjena ličnosti. Kod muškaraca je PTSP najčešće prouzrokovan zbog ratnih događanja, dok kod žena PTSP nastaje kao posljedica zlostavljanja, koje je najčešće seksualne naravi. Kako bi se najučinkovitije suzbijao i liječio PTSP potrebno je djelovati iz više domena; medicinske, psihološke, te sociološke. Dakle, pacijent mora dobiti adekvatnu medicinsku skrb i njegu, psihološku i psihijatrijsku pomoć, te ga se mora osposobiti za povratak u društvo, odnosno zajednicu u koju pripada metodama ponovnog učenja socijalizacije. Tijekom procesa oporavka oboljele osobe od izuzetne je važnosti cijeli tim stručnjaka koji obrađuje pacijenta, a posebice medicinska sestra, koja ga prati tijekom cijelog trajanja liječenja.

Ključno je osvijestiti javnost o problemima i smetnjama s kojima se oboljeli od PTSP-a susreću u svojoj svakodnevici, te inzistirati na konstantnoj edukaciji i reintegraciji pojedinaca oboljelih od ovog poremećaja u društvo.

8. SUMMARY

In this final paper, the topic of Posttraumatic Stress Disorder is addressed. Particular attention has been paid to the comorbid disorders that occur in the majority of patients with PTSD. This disorder has been identified as one of the most complex psychiatric disorders.

Comorbid disorders that are associated with PTSD are depressive disorders, anxiety disorders, panic disorders, and the development of addiction to either alcohol, psychoactive substances or marijuana and similar. In addition, patients with this disorder have a high rate of suicidality and personality change. In men, PTSD is most often caused by war events, while in women, PTSD occurs as a result of abuse, which is usually sexual. In order to effectively combat and treat PTSD, it is necessary to operate from multiple domains; medical, psychological, and sociological. Therefore, the patient must receive adequate medical care, psychological and psychiatric help, and must be trained to return to society, or to the community to which he or she belongs to using the methods of re-learning socialization. During the recovery process of the diseased person, the entire team of specialists treating the patient, and especially the nurse, who monitors the patient for the entire duration of treatment is of utmost importance.

It is crucial to raise public awareness of the problems and disabilities encountered by PTSD patients in their daily lives, and to insist on the constant education and reintegration of individuals with this disorder into society.

9. ŽIVOTOPIS

Osobni podatci:

Ime i prezime: Neda Ivana Simunić

Datum i mjesto rođenja: 26.04.1997., Split, Hrvatska

Adresa: Donji Dolac 68, 21204 Dugopolje

E-mail: nedaivana@gmail.com

Obrazovanje:

-2003-2011- Osnovna škola: „Gornja Poljica“, Srijane

-2011-2016- Srednja škola: Zdravstvena škola Split

-2016-2019- Sveučilišni Odjel zdravstvenih studija – Split, Preddiplomski sveučilišni studij - Sestrinstvo

Stečeno iskustvo:

Tijekom studiranja sam stekla mnogo iskustva prilikom provođenja prakse na različitim lokalitetima. Zahvaljujući strpljivosti i predanom radu naših profesora i mentora na radilištima bogatija sam za mnogo novih znanja i vještina u radu sa pacijentima.

Vještine:

- Vozačka dozvola B kategorije
- Odobrenje za samostalan rad HKMS-a
- Rad na računalu (MS Office)
- Strani jezik – engleski (aktivno u govoru i u pismu)