



INTERVENCIJE POSLIJE VELIKIH NESREĆA I KATASTROFA

Europsku mrežu za traumatski stres (TENTS) financira EU, a njezin je cilj razvijanje europske mreže stručnjaka za psihosocijalnu pomoć i tretman posttraumatskog stresa kod žrtava nesreća. Cilj TENTS-a je i povećavanje kapaciteta službi za zaštitu mentalnog zdravlja poslije nesreća i njihov stručni rad utemeljen na dokazima. Pod tim vidom napravljene su smjernice za pružanje psihosocijalne pomoći poslije velikih nesreća u svim europskim zemljama, pri čemu one nisu obavezujući dokument.

Ova brošura je kratki prikaz različitih intervencija za pomoć žrtvama nesreća koje se preporučuju u skladu s TENTS smjernicama, a koje su obuhvaćene i drugim smjernicama i znanstvenim izvještajima (npr. NICE, 2005). Ovdje su predstavljene sljedeće intervencije: intervencije u zajednici, psihološki tretmani usmjereni na traumu te farmakološki tretmani za odrasle s posttraumatskim stresnim poremećajem, kao i intervencije s traumatiziranom djecom i mladima.

Ovu brošuru napravili su dr. A. B. Witteveen i dr. M. Olf na Odjelu za psihijatriju Akademskog Medicinskog centra (AMC) u Amsterdamu, Nizozemska, uz doprinose dr. F. Orengo-Garcie, gđe K. Bergh-Johannesson, dr. C. Freemana, dr. J. Bissona i drugih partnera Europske mreže za traumatski stres.

Partneri:

Academic Medical Center, Amsterdam, Nizozemska – dr. M. Olf/Dr. A. B. Witteveen
Cardiff University, Wales (UK) – dr. J. Bisson/Dr. B. Tavakoly
Catholic University of Applied Social Sciences, Berlin, Njemačka – prof. dr. N. Gurriss
Haukeland University – RVTS West, Bergen, Norveška – dr. D. Nordanger/dr. V. Johansen
Uppsala University – NCDP, Uppsala, Švedska – gđa. K. Bergh-Johannesson
Tampereen University, Helsinki, Finska – prof. dr. R. Punamaki
SEPET + D, Madrid, Španjolska – dr. F. Orengo Garcia
University of Zagreb, Hrvatska – prof. dr. D. Ajduković

Suradnici:

University of Warsaw, Poljska – prof. dr. M. Lis-Turlejska
Edinburgh Traumatic Stress Centre, Škotska (UK) – dr. C. Freeman
University of Zurich, Švicarska – Prof. dr. U. Schnyder/dr. L. Wittmann
Centre Hospitalier Universitaire Tenon, Paris, Francuska – dr. L. Jehel
University of Vienna, Austrija – dr. B. Lueger-Schuster
University of Aarhus, Danska – prof. dr. A. Elklit
WHO Europe, Copenhagen, Danska – dr. Matt Muijen

PSIHOSOCIJALNE INTERVENCIJE U ZAJEDNICI

Psihosocijalne intervencije u zajednici su sve aktivnosti koje pomažu u normalizaciji društvenog, obiteljskog i individualnog psihosocijalnog funkcioniranja u zajednici pogođenoj nesrećom. One unaprjeđuju osjećaj sigurnosti, povjerenja pojedinca u osobnu i djelotvornost zajednice, povezanosti među članovima zajednice, smirivanja onih koji su vrlo uznemireni i nadu u oporavak pojedinaca i zajednice.

Intervencije u zajednici poslije nesreće uključuju aktivnosti kao što su:

- praktična pomoć pružena na suosjećajan način, emocionalna podrška i početno umirivanje vrlo uznemirenih pojedinaca;
- pružanje informacija (npr. traganje za članovima obitelji, pomoć u nalaženju privremenog smještaja i hrane, dostup do socijalne pomoći, zdravstvenih usluga, pravnih savjeta, psihosocijalne pomoći);
- materijalna pomoć (npr. osiguravanje smještaja, hrane, financijske pomoći, ponovne izgradnje infrastrukture);
- zapošljavanje (npr. radna prekvalifikacija obuka kako bi se povećala mogućnost zapošljavanja i radne samostalnosti);
- organiziranje komemorativnih događaja i podizanje spomenika u suradnji s onima koji su bili neposredno pogođeni;
- pomoć u uzajamnoj podršci i stvaranju skupina koje imaju posebne interese;
- pružanje intervencija psihosocijalne skrbi pogođenom stanovništvu.

Ciljne grupe intervencija u zajednici su oni koji su neposredno pogođeni i njihove obitelji, svjedoci događaja i osoblje službi za hitne intervencije. Ovim ljudima potrebno je omogućiti pristup punom opsegu intervencija psihosocijalne skrbi.

Rana praktična i društvena podrška i psihosocijalna skrb mogu imati preventivni učinak i spriječiti razvitak dugoročnih psiholoških problema.

Psihosocijalna skrb obuhvaća emocionalnu i praktičnu pomoć. Ona seže od osiguravanja neposredne udobnosti i praktične pomoći, pa do dugoročne psihološke podrške i skrbi stručnjaka za traumu. Budući da pojedinci obično dobivaju znatnu podršku od obitelji, prijatelja i zajednice, svrha je bilo kojeg formalnog djelovanja ovo nadopuniti. Svi aspekti psihosocijalne skrbi trebaju se pružati samo uz puno sagledavanje šire društvene okoline pojedinca, a osobito njegove obitelji i zajednice.

Potreba za trenutnom, srednjoročnom i dugoročnom psihosocijalnom pomoći trebala bi biti prepoznata od samog početka. Većini ljudi uključenih u nesreću pomoć je najčešće potrebna tijekom faze spašavanja i neposredno poslije nje. Ipak, poslije velike nesreće ili katastrofe može postojati potreba za organiziranjem stalnog tima za podršku ili službe za upućivanje po pomoć, u trajanju do tri godine, ili čak i duže. Stoga je od ključne važnosti napraviti planove i osigurati njihovo financiranje odmah u početku.

Primjeri psihosocijalne skrbi u zajednici:

- nenametljivo obavještavanje ljudi o dostupnoj psihosocijalnoj pomoći kroz komunikacijske kanale poput tiska, televizije, radija i interneta;
- otvaranje telefonske linije za pomoć koja pruža emocionalnu podršku i Internet stranice koja se bavi psihosocijalnim pitanjima;
- slušanje i prihvaćanje iskaza ljudi o događaju, kao i pomoć u uobličavanju iskustva nesreće;

- pružanje edukacije o reakcijama na traumu i suočavanju s njima, kroz letke koji opisuju osjećaje kakve često doživljavaju sudionici nesreća, promiču samopomoć i navode brojeve telefona gdje se može dobiti pomoć;
- obavještavanje o suočavanju s problemima koji nastaju zbog nesreće (npr. tugovanje, snažne emocije, obiteljske teškoće, specifični strahovi, nesanica i problemi na poslu);
- senzibiliziranje osoblja lokalnih zdravstvenih službi te socijalnih i obrazovnih ustanova za moguće psihopatološke posljedice i informiranje o modelu brige o unesrećenima;
- identificiranje onih koji imaju psihosocijalne teškoće i procjena njihove potrebe za formalnom intervencijom;
- osiguravanje pristupa psihološkoj i farmakološkoj stručnoj procjeni i djelovanje u skladu s time, ukoliko je potrebno;
- pružanje savjetovanja i tretmana utemeljenog na dokazima ljudima sa specifičnim potrebama, uz pomoć obučanih savjetovatelja/kliničara koji dobivaju superviziju;
- održavanje proaktivnog kontakta s unesrećenima i njihovim obiteljima (npr. pomoću telefonske linije za emocionalnu podršku ili savjetovatelja za traumu);
- razvijanje lokalnih kapaciteta radi pružanja kratkotrajnih i dugoročnih psihosocijalnih usluga.

Visoko ranjive grupe

Ranjive grupe poslije nesreće uključuju one pojedince koji su osobito ovisni o obitelji, zajednici ili stručnoj podršci. To su:

- djeca i mladi kojima je potrebna veća podrška, ohrabivanje i pažnja tijekom nesreće i neposredno nakon nje;
- starije osobe, trudnice i jednoroditeljske obitelji, koje često u većoj mjeri ovise o uslugama drugih ljudi, a njihove potrebe mogu biti zapostavljene tijekom nesreće i neposredno nakon nje;
- kronično bolesne osobe i ljudi s posebnim režimom prehrane, kojima može biti potrebna osobita pažnja liječnika ili pomoć u korištenju usluga;
- ljudi koji ne razumiju lokalni jezik, službene postupke ili zakonske propise (imigranti, pripadnici manjinskih grupa).

Psihosocijalna skrb za osoblje hitnih službi

Rad u slučajevima katastrofa stavlja ogroman pritisak na pružatelje pomoći. Stoga je ključno ne previdjeti njihove potrebe i ograničenja. Zbog velike količine posla, često teških uvjeta rada i izloženosti velikom broju uznemirenih korisnika, potrebno je isplanirati postupke koji će pomoći u sprječavanju profesionalnog sagorijevanja i posredne traumatizacije. Ovi postupci uključuju redovite smjene, kako pojedinci ne bi radili prekomjerno dugo, tehnički *debriefing* poslije završetka smjene, te sustave podrške kao što su redovita supervizija, savjetovanje s kolegama i vanjskim savjetnicima, tehnike za razvijanje podrške i zajedništva u timu.

Izvori se nalaze na posljednjim stranicama ove brošure.

PSIHOLOŠKE INTERVENCIJE USMJERENE NA TRAUMU ZA ODRASLE S POSTTRAUMATSKIM STRESNIM POREMEĆAJEM

Tretmani poput kognitivno-bihevioralne terapije (KBT), desenzitizacije pokretima očiju i reprocesiranja (EMDR) i kratke eklektičke psihoterapije (BEP) usredotočeni su na sjećanje na traumatski događaj i njegovo značenje. Zbog toga se o ovim intervencijama govori kao o psihološkim intervencijama usmjerenim na traumu (NICE, 2005). Prije njihovog predstavljanja navedene su indikacije i kontraindikacije ovih intervencija. Indikacije i kontraindikacije za psihološku pomoć usmjerenu na traumu kod djece i mladih, i farmakološko liječenje PTSP-a razmatraju se u posljednja dva odjeljka.

Indikacije za psihološke tretmane usmjerene na traumu

- odrasli ili mladi odrasli korisnici koji pate od akutnog ili kroničnog PTSP-a kao posljedice neočekivanih traumatskih događaja
- u slučaju višestrukih traumatskih iskustava ili kad su prisutni komorbidni poremećaji ili socijalni problemi, psihološki tretmani usmjereni na traumu nisu kontraindicirani, ali je potrebno razmotriti produženje trajanja tretmana.

Kontraindikacije za psihološki tretman usmjeren na traumu kod odraslih

Općenito, psihološke tretmane usmjerene na traumu za odrasle (KBT, EMDR, BEP) ne treba (još) započinjati ukoliko korisnik pati od:

- teškog depresivnog poremećaja
- teške zlouporabe tvari ili ovisnosti
- drugih vrsta teških anksioznih poremećaja uz PTSP (npr. agorafobije, paničnog poremećaja)
- teških poremećaja ličnosti
- psihotičnih poremećaja
- teških disocijativnih poremećaja
- suicidalnosti.

Relativne kontraindikacije za psihološki tretman usmjeren na traumu za odraslih

- blagi poremećaji ili poremećaji sekundarni PTSP-u, poput blage depresije ili anksioznog poremećaja

Važni uvjeti tretmana:

- tretmanske susrete treba održavati redovito i kontinuirano (tjedno)
- na svim susretima ista osoba treba biti terapeut
- terapije su obično, i poželjno, usmjerene na pojedinca, ali su osmišljene i primjene KBT i EMDR za grupni tretman
- potrebno je koristiti strukturirani protokol za sve psihološke tretmane usmjerene na traumu
- tretman trebaju obavljati odgovarajuće obučene stručne osobe, koje trebaju imati i odgovarajuću superviziju
- općenito, psihološke intervencije usmjerene na traumu ne treba kombinirati s lijekovima, osim ako to ne zahtijeva komorbiditet ili patologija korisnika
- prepisivanje benzodijazepina ili lijekova za spavanje treba biti što je moguće više ograničeno, jer ovi lijekovi mogu zamagliti svijest.

KOGNITIVNO-BIHEVIORALNA TERAPIJA (KBT) ZA PTSP

Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) u liječenju PTSP-a uključuje izlaganje elementima traumatskog događaja i usmjerena je na kognitivno izbjegavanje i izbjegavajuće ponašanje u PTSP-u. KBT je strukturirana intervencija koja, osim usredotočenosti na traumatski događaj, uključuje i komponente poput upravljanja anksioznošću (npr. opuštanje), psihoedukaciju i kognitivne tehnike restrukturiranja. Podtipovi KBT za korisnike s PTSP-om obuhvaćaju terapije izlaganjem, poput Produženog izlaganja (PE) (Foa & Rothbaum, 1998; Creamer et al., 2007), koje su prvenstveno usredotočene na suočavanje sa zastrašujućim podražajima povezanim s traumom sve dok se anksioznost ne povuče, i terapije usmjerene na kogniciju, poput Terapije kognitivne obrade (Cognitive Processing Therapy, CPT - Resick & Schnicke, 1993) koje prvenstveno utvrđuju i ciljaju na problematične kognicije o traumi, dok se adaptivne kognicije ugrađuju u zamišljeno ponovno proživljavanje traume.

Djelotvornost

KBT usmjerena na traumu dosljedno je pokazala klinički značajne učinke na svim mjerama PTSP-a u usporedbi s pacijentima koji su bili na listi čekanja za taj tretman, s onima čiji je tretman bio usmjeren na ovladavanje stresom i podržavajućim/nedirektivnim terapijama (NICE, 2005; Bisson et al., 2007). KBT usmjerena na traumu preporučuje se kao tretman izbora za žrtve nesreća s kroničnim ili akutnim posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP).

Trajanje tretmana:

- 8-12 susreta od po 45-60 minuta, kada je PTSP nastao zbog pojedinačnog događaja
- ukoliko se raspravlja o traumatskom događaju, sastanak treba biti duži (90 minuta)

Susreti:

Tijekom prvih susreta važne su sljedeće komponente:

- uspostavljanje terapijskog saveza i psihoedukacija o uobičajenim reakcijama na traumu
- uvođenje i poučavanje tehnika opuštanja, poput vježbi disanja
- uvođenje u teorijsku osnovu terapije utemeljene na izlaganju

Izlaganje se izvodi obično na dva načina:

Zamišljeno izlaganje ili narativno pisanje:

- emocionalno i detaljno prisjećanje:
 - traumatskih sjećanja u vremenskom slijedu u kome su se događaji odvijali
 - misli i osjećaja, bilo u mašti, uz stalno komentiranje o tome što se vizualizira, bilo u pisanom obliku
- prepričavanje traume treba ponavljati sve dok
 - prisjećanje više ne izaziva visoke razine uznemirenosti
 - se sjećanja na traumu ne počnu doživljavati kao sjećanja, a ne nešto što se ponovno događa

Izlaganje in vivo:

- suočavanje korisnika sa situacijama koje izbjegava jer su povezane s traumom i izazivaju snažne osjećaje ili tjelesne reakcije (npr. ponovna vožnja automobilom poslije prometne nesreće)
- osoba će shvatiti da situacija koje se boji više nije opasna i da anksioznost s njom u vezi neće trajati zauvijek (Foa & Kozak, 1986)

Kognitivno restrukturiranje izvodi se na sljedeći način:

- pomaganje korisniku u prepoznavanju i mijenjanju svojih pretjerano negativnih kognicija koje vode uznemirujućim osjećajima i oštećenom funkcioniranju

- usredotočenost na prepoznavanje i mijenjanje pogrešnih tumačenja koja korisnika vode precjenjivanu prijetnje, što potječe od interpretacije traume i njezinih neposrednih posljedica
- raspravljanje o dokazima koji govore u prilog i protiv ovih tumačenja
- provjeravanje predviđanja izvedenih iz interpretacija uz terapeutovu pomoć, tako da korisnik dođe do adaptivnijih zaključaka
- ohrabrivanje korisnika u odustajanju od ponašanja i kognitivnih strategija koje sprječavaju odbacivanje negativnih tumačenja.

Domaći zadaci uključuju:

- vježbanje mišićne relaksacije ili tehnika disanja i izlaganje u mašti i *in vivo*

Na posljednjim sastancima utvrđuje se napredak tretmana pomoću:

- pregleda tehnika korištenih u terapiji
- procjene jesu li bile od pomoći
- raspravljanja o završetku terapije

DESENZITIZACIJA POKRETIMA OČIJU A I PONOVA OBRADA (REPROCESIRANJE) - EMDR

EMDR je psihoterapijski pristup za smanjenje uznemirenosti poslije traumatskih iskustava. Temeljni cilj EMDR uključuje preoblikovanje disfunkcionalno pohranjenih iskustava u adaptivno razrješenje koje promiče psihološko zdravlje. Tijekom terapije se nastoji aktivirati sposobnost za suočavanje s uznemirenošću zbog traumatskih sjećanja i smanjivanje uznemirujućih misli i osjećaja. Ova tehnika može korisniku pomoći i da drugačije misli o sebi u vezi s traumatskim sjećanjem.

Djelotvornost

EMDR je tretman za PTSP utemeljen na dokazima (NICE, 2005). To je psihološki tretman prvog izbora za kronični PTSP (Bisson et al., 2007), a jednako je djelotvoran kao KBT usmjerena na traumu (Spates et al., 2009).

Trajanje tretmana

Trajanje prosječnog EMDR tretmana za PTSP izazvan jednim temeljnim traumatskim događajem može biti relativno kratko. Za probleme nastale poslije jednog traumatskog događaja u prosjeku je dovoljno šest susreta. Međutim, trajanje tretmana ovisi o složenosti simptomatologije povezane s traumom.

Susreti:

EMDR je visoko strukturirani pristup. Ima faze koje su zajedničke s drugim oblicima terapije, ali i tri jedinstvena elementa: takozvane desenzibilizacije, instalacije i skeniranja tijela (Spates et al., 2009). Tipično je korištenje bilateralne stimulacije dok se uznemirujuća slika priziva u sjećanje i slijeđenje asocijacija korisnika.

Konkretnije, od korisnika se ovim redom traži da:

- se usredotoči na specifično traumatsko sjećanje
- prepozna uznemirujuću sliku koja predstavlja sjećanje, s njom povezane negativne kognicije, i alternativnu pozitivnu kogniciju
- prepozna osjećaje povezane sa sjećanjem na traumu
- prepozna tjelesne osjete relevantne za traumu i njihova mjesta na tijelu
- ovaj proces kvantificira se upotrebom subjektivnih pokazatelja ili mjera
- od korisnika se traži da drži u sjećanju uznemirujuću sliku zajedno s negativnim kognicijama i s njima povezanim tjelesnim osjetima, dok istovremeno prati ritmičke pokrete lijevo-desno prstiju terapeuta u svom vidnom polju tijekom 20-40 sekundi (bilateralna taktilna stimulacija ili zvukovi mogu se koristiti kao alternativa pokretima očiju)
- korisnika se zatim zatraži da napravi stanku i duboko udahne, pa da terapeutu ukratko pruži povratne informacije o tome je li bilo nekih promjena u slikama, osjetima, mislima ili osjećajima
- ovaj proces se nastavlja i ponavlja dok korisnik ne počne doživljavati više nikakvu uznemirenost zbog sjećanja na traumu.

KRATKA EKLEKTIČKA PSIHOTERAPIJA - BEP

Kratka eklektička psihoterapija (Brief Eclectic Psychotherapy – BEP) je kratka, na problem usmjerena psihoterapija, utemeljena na kombinaciji teorija iz psihodinamske, kognitivno-bihevioralne i direktivne psihoterapije. Njen cilj je smanjiti simptome PTSP-a kod korisnika, pomoći im u integriranju traumatskog događaja u svoj život i vraćanju kontrole nad njim. BEP protokol razvio je Gersons u posljednja dva desetljeća 20. stoljeća, radi liječenja PTSP-a kod policijskih službenika (Gersons, 1989, 1992; Gersons & Carlier, 1994).

Djelotvornost

Randomizirana kontrolirana istraživanja su pokazala da je terapija djelotvorna i kod policijskih službenika i u općoj populaciji korisnika s PTSP-om, s različitim vrstama traumatskih iskustava (Gersons et al., 2000; Lindauer et al., 2005). Utvrđeno je i značajno poboljšanje bioloških parametara (otkucaji srca, razina kortizola, moždana aktivnost) (Lindauer et al., 2003; Olf et al., 2007).

Trajanje tretmana:

- 16 susreta, u trajanju od 45 do 60 minuta

Susreti:

Svaki susret predstavlja pažljivo osmišljen korak u jednom od pet stadija terapije:

- Psihoedukacija (susreti 1-2)
Korisnik i njegov ili njezin partner ili partnerica uče razumjeti simptome PTSP-a i njihovu povezanost s traumatskim događajem.
- Zamišljeno izlaganje i upotreba uspomena (susreti 2-6)
Zamišljeno izlaganje usmjereno je na potisnute snažne emocije u osobitom tugovanju. Izlaganje u BEP razlikuje se od izlaganja u KBT usmjerenoj na traumu utoliko što je u BEP prvenstveni cilj ovakvog zamišljenog izlaganja oslobađanje snažnih osjećaja povezanih s traumom. Korisnici se izlažu različitim dijelovima traume u odvojenim seansama. Uspomene se koriste radi poticanja sjećanja na traumatski događaj.
- Pisanje pisma, integracija i davanje smisla (susreti 7-12)
Korisnik piše pismo nekoj osobi ili ustanovi koju okrivljuje za traumatski događaj ili za njegove posljedice. Pismo se ciljano koristi kao pomoć u izražavanju agresivnih osjećaja. U ovoj fazi postoji mogućnost postavljanja egzistencijalnih pitanja, poput toga kako je događaj promijenio korisnikovo viđenje sebe i svijeta oko sebe.
- Ritual opraštanja (susreti 13-16)
Tretman se završava ritualom opraštanja u kojem sudjeluje i partner/ica (npr. tako što se pismo i uspomene na događaj spale) kako bi se traumatski događaj ostavio za sobom, kao način da se čovjek okrene sadašnjem životu i budućnosti, a da istovremeno nikada ne zaboravi događaj, koji ga više ne priječi u svakodnevnom životu.

FARMAKOLOŠKO LIJEČENJE PTSP-A

Farmakološko liječenje PTSP-a kod odraslih ne bi trebalo biti rutinska terapija prvog izbora ispred psihološke terapije usmjerene na traumu (NICE, 2005). Ukoliko se PTSP kod odraslih liječi farmakološki, veoma je preporučljivo prepisivati SSRI, a osobito paroksetin. Liječenje antidepresivima mirtazepinom, fenelzinom (tradicionalni inhibitor MAO) ili amitriptilinom (triciklički antidepresiv) također može dovesti do klinički značajnog poboljšanja (NICE, 2005). U slučaju značajnih poremećaja spavanja, hipnotici (benzodijazepini i nebenzodijazepini) mogu biti primjerena kratkoročna terapija, ali ako je potrebno dugotrajnije korištenje lijekova, treba razmotriti upotrebu odgovarajućih antidepresiva u početnom stadiju, kako bi se smanjio kasniji rizik od ovisnosti.

Indikacije za farmakološko liječenje PTSP

Farmakološko liječenje PTSP-a kod odraslih treba razmotriti ukoliko:

- korisnici s PTSP-om nisu skloni uključiti se u psihološki tretman usmjeren na traumu
- korisnici s PTSP-om nisu u stanju započeti s psihološkom terapijom zbog sadašnje ozbiljne prijetnje daljnje traumatizacije (npr. nasilje u obitelji koje se nastavlja)
- psihološki tretman usmjeren na traumu imao je male ili nikakve učinke
- korisnik ima smanjenu mogućnost poboljšanja od psihološkog tretmana zbog značajne komorbidne depresije ili izrazite pretjerane pobuđenosti (tj. farmakoterapija je pridružena psihološkom tretmanu)

Tretman trebaju provoditi kompetentne osobe s odgovarajućim medicinskim obrazovanjem (tj. SSRI i mirtazepin u općoj upotrebi; amitriptilin ili fenelzin samo od strane stručnjaka za mentalno zdravlje).

Djelotvornost

Među farmakološkim tretmanima kod PTSP-a su osobito djelotvorni SSRI (selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina), (Stein et al., 2006). Među SSRI lijekovima osobito se dobro podnosi paroksetin, koji je u usporedbi s placebom djelotvoran u smanjivanju simptoma na sva tri klastera simptoma PTSP-a (Marshall et al., 2007; Stein et al., 2003). Manja istraživanja nagovješćuju da klinički važno djelovanje mogu da imaju i mirtazepin, amitriptilin i fenelzin (NICE, 2005).

Trajanje tretmana:

pozitivno djelovanje SSRI na simptome PTSP-a obično je prisutno između 8 i 12 tjedana tretmana. Općenito, daljnje smanjivanje simptoma može se očekivati još do šest mjeseci tretmana sa SSRI (Marshall et al., 2007) a održava se do 52 tjedna (Kim et al., 2008). Preporučljivo je da farmakološki tretman traje najmanje 6 mjeseci, ali smjernice i klinička iskustva preporučuju nastavak tretmana antidepresivima tijekom 12 mjeseci. Upotreba hipnotika (benzodijazepini i nebenzodijazepini) preporučuje se samo kratkoročno.

Kontrolni susreti:

Tijekom početnih stadija tretmana antidepresivima:

- korisnici s PTSP-om koji imaju povećan rizik od samoubojstva, i svi korisnici u dobi između 18 i 29 godina, trebaju biti liječnički kontrolirani nakon prvog tjedna tretmana, a nakon toga često, sve dok se rizik ne prestane smatrati značajnim
- korisnici s PTSP-om koji nemaju povećani rizik trebaju biti liječnički kontrolirani dva tjedna nakon početka tretmana, a zatim u intervalima od 2 do 4 tjedna tijekom prva tri mjeseca, a kasnije u dužim razmacima, ako dobro reagiraju na lijek
- korisnike s PTSP-om treba obavijestiti o mogućim sporednim učincima i o riziku prekida liječenja i simptomima apstinencije

Prekid tretmana antidepresivima:

- uobičajeno se obavlja postupnim smanjivanjem doze u razdoblju od četiri tjedna
- ako su simptomi prilikom prekida terapije ozbiljni, treba razmotriti ponovno uvođenje prvobitno korištenog antidepresiva i njegovo postupno smanjivanje, uz praćenje simptoma

Tolerancija na antidepresive:

- potrebno je aktivno tražiti znakove akatizije, misli o samoubojstvu i povećane anksioznosti i agitiranosti
- korisnike s PTSP-om potrebno je obavijestiti o riziku od ovih simptoma u ranim stadijima liječenja, i savjetovati im da odmah potraže pomoć ukoliko su oni imalo uznemirujući.

INTERVENCIJE S TRAUMATIZIRANOM DJECOM I MLADIMA

Na djecu i mlade izložene traumatskim događajima i nesrećama potrebno je usmjeriti posebnu pažnju i pružiti podršku. Podrška, probir i dijagnoza u akutnoj fazi trebaju se odvijati u prisutnosti članova obitelji. Informacije, pomoć i tretman moraju se temeljiti na znanju o razvojno važnim ranjivostima i izvorima podrške.

Preporučeni tretman za kronične simptome PTSP-a kod djece

- KBT usmjerena na traumu za djecu s teškim PTSP-om, prilagođena okolnostima i daljnjem razvoju događaja
- EMDR za stariju djecu (sedmogodišnjake)

Djelotvornost

Strukturirana terapija je djelotvornija u smanjivanju PTSP-a kod djece nego općenita podrška. Postoje dokazi o djelotvornosti KBT usmjerene na traumu i EMDR (EMDR protokol za djecu stavlja veći naglasak na uspostavljanje sigurnog mjesta koje izaziva pozitivne osjećaje prije nego što počne terapija).

Trajanje tretmana:

- 8-12 sastanaka u trajanju od 90 minuta redovnog tretmana s istim terapeutom
- informacije o tijeku tretmana treba pružiti i roditeljima i djeci

Sadržaj psiholoških tretmana (usmjerenih na traumu) za djecu

- psihoedukacija djece i roditelja
- praćenje simptoma (npr., dnevnici *flashbackova*, noćnih mora, uznemirenosti)
- ponovno uspostavljanje rutinskih aktivnosti
- obuka u savladavanju vještina suočavanja
- postupno izlaganje – do privikavanja
- stvaranje sigurnosti i obuka o samoregulaciji

Tipičan tijek, oporavak i priroda simptoma povezanih s traumom kod djece

- skoro sva djeca pokazuju veliki strah, držanje uz roditelje i intruzivne simptome neposredno nakon izloženosti traumi
- većina (oko 75%) pokazuje postupno povlačenje simptoma tijekom prvih mjeseci
- oko 13-25% razvija PTSP poslije katastrofe u roku od tri do šest mjeseci ukoliko im se ne pruži pomoć
- simptomi depresije često se mogu javiti kasnije, npr. poslije 6-9 mjeseci
- trauma utječe na ukupni psihosocijalni razvoj i pojavu:
 - patološke tuge
 - pretjerane strahove
 - s traumom povezano maštanje, igre i snove

Činitelji rizika za nastanak PTSP ili druge psihopatologije

- pred-traumatski činitelji: problemi s mentalnim zdravljem u obitelji i problemi u međuljudskim odnosima
- ranija izloženost teškoj traumi
- tijekom traume: izrazito snažne reakcije, bespomoćnost, pretjeran strah za sigurnost obitelji
- post-traumatski činitelji: poremećeni odnosi među roditeljima, preseljenje, poricanje i izbjegavanje kao strategije suočavanja

Razvojni aspekti

- djeca svih dobi mogu biti ranjiva na PTSP i psihosocijalne smetnje

- značenje traume, načini njezine obrade i izražavanje simptoma razlikuje se ovisno o uzrastu djeteta
 - dojenčad: visoka pobuđenost i teškoća da se smiri
 - mala djeca: teškoće u regulaciji emocija i prekomjerni strahovi, poremećeno spavanje
 - predškolska djeca: repetitivna igra, teško obuzdavanje agresije, noćni strahovi
 - srednje djetinjstvo: problemi s koncentracijom, tjelesni simptomi, različiti strahovi
 - adolescencija: osjećaj skraćene budućnosti, izlaganje opasnostima, simptomi depresije
- u svim uzrastima aktiviraju se ponašanja traženja veće privrženosti i sigurnosti
- teško traumatizirana djeca mogu se vratiti na raniju razvojnu fazu, npr. zamuckivanje u predškolskoj dobi i neovisnost u adolescenciji

Izvori:

1. Ajduković D, Ajduković M. (2000). Community based programme in meeting the psychosocial needs of children in resettlement process. In: L. van Willigen (Ed.) Health hazards of organized violence in children (II). Utrecht: Pharos, 169-177.
2. Ajduković D, Ajduković M. (2003). Systemic approaches to early interventions in a community affected by organized violence. In: R. Orner and U. Schnyder (Eds.) Reconstructing early interventions after trauma. Oxford: Oxford University Press, 82-92.
3. Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, Institute of Medicine (2008). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence. Washington, DC: National Academies Press.
4. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) (2007). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
5. Blanchard EB, & Hickling EJ. (2004). After the Crash: Psychological Assessment and Treatment of Survivors of Motor Vehicle Accidents (2nd ed.) Washington DC: American Psychological Association.
6. Foa EB & Rothbaum BO (1998). Treating the Trauma of Rape; Cognitive Behavioral Therapy for PTSD. New York: Guildford Press.
7. Gersons BPR (1989). Patterns of Posttraumatic Stress Disorder among Police Officers following Shooting Incidents; the Two-Dimensional Model and Some Treatment Implications. *Journal of Traumatic Stress*, 2 (3), 247-257.
8. Gersons BPR, Carlier IVE, Lamberts RD & Van der Kolk BA (2000). Randomized Clinical Trial of Brief Eclectic Psychotherapy for Police Officers with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (2), 333-347.
9. Kim Y, Asukai N, Konishi T, et al. (2008). Clinical evaluation of paroxetine in post-traumatic stress disorder (PTSD): 52-week, non-comparative open-label study for clinical use experience. *Psychiatry Clin Neurosci*. 62(6):646-52
10. Lindauer RJL, Gersons BPR, van Meijel EPM, Blom K, Carlier IVE, Vrijlandt I & Olf M (2005). Effects of Brief Eclectic Psychotherapy in Clients with Posttraumatic Stress Disorder: Randomized Clinical Trial. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (3), 205-212.
11. Lindauer RJL, Vlieger EJ, Jalink M, Olf M, Carlier IVE, Majoie CBLM, Heeten den GJ & Gersons BPR (2004). Smaller Hippocampal Volume in Dutch Police Officers with Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 56 (5), 356-363.
12. Marshall RD, Beebe KL, Oldham M, Zaninelli R. (2001). Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: a fixed-dose, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*, 158(12): 1982-8.
13. Marshall RD, Lewis-Fernandez R, Blanco C, et al., (2007). A controlled trial of paroxetine for chronic PTSD, dissociation, and interpersonal problems in mostly minority adults. *Depress Anxiety*, 2007;24(2):77-84.
14. National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2005). Post-traumatic Stress Disorder; the Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. Gaskell and the British Psychological Society.
15. Norris HH, Stevens SP (2007). Community resilience and the principles of mass trauma intervention. *Psychiatry*, 70 (4), 320-328.
16. Olf M, de Vries GJ, Güzelcan Y, Assies J, Gersons BP (2007). Changes in cortisol and DHEA plasma levels after psychotherapy for PTSD. *Psychoneuroendocrinology*. 32(6): 619-26.
17. Resick PA & Schnicke MK (1993). Cognitive processing therapy for sexual assault victims: A treatment manual. Newbury Park CA: Sage Publications.
18. Rooze M, De Ruyter A, Ajdukovic D, Fundter N, Hövels J (2006). The healing community: the importance of community-based interventions. In: J. Griffiths and T. Ingleton (Eds.) *Real risk*. Leicester: Tudor Rose, 103-106.

19. Shapiro F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
20. Shapiro F. (2007) EMDR and Case Conceptualization from an Adaptive Information Processing Perspective. In F. Shapiro, F. Kaslow, & L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes* (3-36). New York: Wiley.
21. Solomon RM & Shapiro F (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing Model. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2 (4), 315-325.
22. Somasundaram D, Norris FH, Asukai N, Murthy RS (2003). Natural and technological disasters. In: BL Green, MJ Friedman, JVMT de Jong, SD Solomon, TM Keane, JA Fairbank, B Donelan and E Frey-Wouters (Eds.) *Trauma interventions in war and peace*. New York: Kluwer Academic Plenum Publishers, 291-318.
23. Spates CR, Koch E, Cusack K, Pagoto S & Waller S (2009). In Foa EB, Keane TM & Friedman MJ (eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies* (279-305). New York: Guilford Press.
24. Stein DJ, Davidson J, Seedat S, Beebe K, (2003). Paroxetine in the treatment of post-traumatic stress disorder: pooled analysis of placebo-controlled studies. *Expert Opin Pharmacother.* 4(10), 1829-38.
25. Stein DJ, Ipser J, Seedat S (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst. Rev.* Issue 1.
26. Williams R, Mikus Kos A, Ajdukovic D, van der Veer G, Feldman M (2008). Recommendations on evaluating community based psychosocial programmes. *Intervention*, 6 (1), 12-21.

© Copyright Academic Medical Center University of Amsterdam February 2009.