



Интервенции по катастрофа (несреќа)

Европската мрежа за трауматски стрес (TENTS), поддржана од Европската Унија, има за цел развивање на европска мрежа од стручњаци за психосоцијална грижа и третман на пострауматскиот стрес кај жртвите од катастрофи. Истовремено, целта на TENTS е да го зголеми капацитетот на службите за ментално здравје по несреќата, помагајќи им да се развијат во поефикасни служби, базирани на поголема евиденција и искуство. Во таа смисла беа развиени и насоките за обезбедување на психосоцијална помош по катастрофи, што ќе важат за сите европски земји, без тие за нив да бидат обврзувачки.

Оваа брошура е кус приказ на различни интервенции наменети на жртвите од катастрофи / несреќи, кои се препорачуваат во согласност со насоките на TENTS, а кои се дел и од други стратегии и научни извештаи (т.е. NICE, 2005). Интервенциите кои ќе бидат претставени се: Интервенциите на заедницата; психолошките третмани насочени на траума, фармаколошкиот третман за возрасни со ПТСП, и интервенциите за трауматизирани деца и адолесценти.

Оваа брошура ја подготвија Dr. A.B. Witteveen и Dr. M. Olf од Отсекот за психијатрија при Академскиот Медицински центар (АМЦ) од Амстердам, Холандија, во соработка со Dr. F. Orengo - Garcia, Mrs. K. Bergh-Johannesson, Dr. C. Freeman and Dr. J. Bisson и другите партнери на Европската мрежа за трауматски стрес.

Партнери:

Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands - Dr. M. Olf / Dr. A.B. Witteveen
Cardiff University, Wales (UK) - Dr. J. Bisson / Dr. B. Tavakoly
Catholic University of Applied Social Sciences, Berlin, Germany - Prof. Dr. N. Gurriss
Haukeland University -RVTs West, Bergen, Norway - Dr. D. Nordanger / Dr. V. Johansen
Uppsala University – NCDP, Uppsala, Sweden – Mrs. K. Bergh-Johannesson
Tampereen University, Helsinki, Finland – Prof. Dr. R. Punamaki
SEPET + D, Madrid, Spain – Dr. F. Orengo Garcia
Zagreb University, Croatia – Prof. Dr. D. Ajdukovic

Соработници:

University of Warsaw, Poland - Prof. Dr. M. Lis-Turlejska
Edinburgh Traumatic Stress Centre, Scotland (UK) - Dr. C. Freeman
University of Zurich, Switzerland - Prof. Dr. U Schnyder / Dr. L. Wittmann
Centre Hospitalier Universitaire Tenon, Paris, France - Dr. L. Jehel
University of Vienna, Austria - Dr. B. Lueger-Schuster
University of Aarhus, Denmark - Prof. Dr. A. Elklit
WHO Europe, Copenhagen, Denmark - Dr. Matt Muijen

Психосоцијални интервенции во заедницата

Психосоцијалните интервенции во заедницата се сите оние активности кои ја олеснуваат нормализацијата на социјалното, семејното и индивидуалното психосоцијално функционирање, погодено со несреќата. Тие го унапредуваат чувството на безбедност, довербата во сопствената ефикасност и во ефикасноста на заедницата, поврзаноста помеѓу нејзините членови, смирувајќи ги крајно вознемирените и зголемувајќи ја надежта во закрепнување на поединците и заедницата.

Интервенциите во заедницата по несреќата вклучуваат активности како:

- Практична помош дадена со сочувство, емоционална поддршка и почетно охрабрување на крајно вознемирените поединци.
- Обезбедување информации (како на прим. трагање по членови на семејството, помош во обезбедување на привременото сместување, храна, социјална помош, правни совети, здравствени услуги, можности за психолошка помош).
- Материјална помош (како на прим. обезбедување сместување, храна, финансиска помош, обновување на инфраструктурата)
- Вработување (како на прим. ре-едукација за подобрување на можностите за вработување и осамостојување)
- Организирање на комеморативни настани и градење споменици во соработка со најпогодените.
- Поттикнување на групи за поддршка и групи од посебен интерес.
- Обезбедување интервенции на психосоцијална помош наменети на погоденото население.

Целни групи за интервенции на заедницата се оние кои се директно погодени и нивните семејства, сведоците на настанот и вработените во службите за итни интервенции. Сите тие би требало да имаат достап до целиот обем на интервенции на психосоцијална помош.

Раната практична и социјална поддршка и психосоцијалната грижа можат да имаат заштитна улога во спречување на развојот на долгорочните психолошки проблеми.

Психосоцијалната грижа ги вклучува емоционалната и практичната помош. Таа се протега од непосредното олеснување и сеопфатната практична помош до подолгорочната психолошка поддршка и специјалистичка грижа по траумата. Луѓето често добиваат значајна поддршка од своите семејства, пријатели и заедницата. Било која формална реакција на несреќата би била со цел да го надополни сето тоа. Затоа, за сите аспекти на психосоцијалната грижа би требало претходно да се обезбеди темелно разгледување на поширокото социјално окружување на поединецот, особено неговото семејство и заедницата.

Потребата од продолжена, среднорочна и долгорочна психосоцијална грижа би требало да се препознае на самиот почеток. За повеќето луѓе вклучени во несреќата, помошта можеби ќе биде потребна само во првата фаза (на спасување) и непосредно по неа. Но, можно е да биде потребно да се воспостави и тим посветен на поддршка за подолго време, или служби за упатување, по настанот, кои ќе треба да бидат на располагање и до три години, па дури и подолго. Затоа, од суштинска важност е на самиот почеток да се направат планови, и да се обезбеди финансирањето.

Примери на активности на психосоцијалната грижа во заедницата:

- да се овозможи луѓето да станат свесни за достапноста на психосоцијалната помош, ненаметливо, низ комуникациски канали како што се: весниците, телевизијата, радиото и интернетот.
- воведување телефонска линија за помош која ќе пружа емоционална поддршка и веб-страница која ќе се бави со психосоцијални прашања.
- слушање и прибирање извештаи од луѓето за настанот, како и помагање деловите да се поврзат во едно, заедничко искуството за несреќата.
- обезбедување обуки во врска со реакциите на траумата и како тие да се управуваат, преку брошури кои ги опишуваат чувствата, вообичаени кај погодените од големи несреќи, кои ја унапредуваат само-помошта и содржат контакт броеви за оние кои бараат помош.
- Информирање за начините како луѓето да се справат со проблемите кои произлегуваат од настанот (како на прим., тагување, силни емоции, семејни тешкотии, специфични стравови, несоници, и проблеми на работното место)
- Помош на службениците во локалните здравствени, социјални и едукативни служби да станат свесни за можните психопатолошки последици од несреќата, и за моделот на општествена грижа за погодените.
- Откривање на оние кои имаат психосоцијални тешкотии и проценка на нивната потреба за поформална интервенција.
- Обезбеден пристап до специјалистички психолошки и фармаколошки проценки и дејствување во истата насока, кога е тоа потребно.
- Обезбедено советување и третмани засновани на податоци, за оние со специфични потреби од обучени и супервизирани советници / клиничари.
- Одржување активен контакт со погодените и нивните семејства (како на прим. преку телефонска линија за емоционална помош и поддршка, или со советник за траума)
- Развивање на локалните капацитети во обезбедување на тековни и долгорочни психосоцијални служби.

Високо ранливи групи

Ранливите групи по несреќата ги опфаќаат оние индивидуи кои се особено зависни од семејството, заедницата или професионалната поддршка. Вообичаено тие вклучуваат:

- Деца и адолесценти кои имаат потреба од поголема поддршка, охрабрување и зголемено внимание за време на несреќата, и по неа.
- Стари лица, бремени жени и семејства со еден родител кои се позависни од помошта на други луѓе, а нивните потреби можат да бидат запоставени за време и по несреќата.
- Луѓе со хронични болести и посебен режим на исхрана од здравствени причини, може да имаат потреба од посебно лекарско внимание, или помош во пристапот до вообичаените услуги.

- Лицата кои не го разбираат локалниот јазик, формалните процедури, или законските прописи (како на прим. емигрантите, членовите на малцинските групи и сл.)

Психосоцијална грижа за работниците во несреќи /катастрофи/

Работата на несреќи создава огромен притисок врз помагачите и од суштинска важност е нивните потреби и ограничувања да не бидат превидени. Поради големиот напор, честите лоши услови на работа, и изложеноста на голем број вознемирени клиенти, постапките треба да бидат испланирани така, да го спречат согорувањето и викариската трауматизација. Тоа подразбира редовни смени на вработените, што ќе обезбеди луѓето да не работат во предолги временски периоди, потоа редовни технички дебрифинзи по завршувањето на секоја смена, како и воведување системи на поддршка во форма на редовна супервизија, консултации со колегите и надворешните консултанти, односно преку техники за градење тимови на поддршка, за подигнување на духот и заедништвото.

Референците се приложени на последните страници од оваа брошура.

Психолошки интервенции насочени на траума кај возрасни со ПТСП

Третманите како што се когнитивната бихевиорална терапија (CBT), десензатизацијата со движење на очите и репроцесирање (EMDR), како и кусата еклектичка психотерапија (BEP) се интервенции насочени на сеќавањето за трауматскиот настан и на неговото значење. Поради тоа, за овие интервенции се зборува како за психолошки третмани насочени на траума (NICE, 2005). Пред тие да бидат презентирани, треба да се земат предвид и индикациите и контраиндикациите за овие интервенции. Индикациите и контра-индикациите за психолошките третмани наменети за деца и адолесценти, како и фармаколошкиот третман на ПТСП се прикажани во двата финални дела од брошурата.

Индикации за психолошки третмани насочени на траума:

- Клиенти (возрасни, или млади возрасни) кои страдаат од акутно или хронично ПТСП како резултат на трауми од доживевани, непредвидливи трауматски настани.
- Во случај на повеќестрани трауматски искуства, или кога се присутни коморбидни пореметувања или социјални проблеми, психолошките третмани насочени на траумата не се секогаш контраиндикативни, но, потребно е да се разгледа можноста за продолжување на третманот.

Контраиндикации за психолошки третмани насочени на траума, за возрасни:

Општо земено, психолошките третмани насочени на траума за возрасни (CBT, EMDR, и BEP) не би требало да се применуваат доколку клиентот страда од:

- тешко депресивно пореметување
- тешка зависност од супстанции, или други видови зависност
- други видови тешки пореметувања на анксиозноста, покрај ПТСП (како што се: агорафобијата, паничното пореметување и сл.)
- тешки пореметувања на личноста
- психотични пореметувања
- тешки дисоцијативни нарушувања
- склоност кон самоубиство

Релативни контраиндикации за психолошки третмани насочени на траума кај возрасните:

- Умерени или секундарни пореметувања во однос на ПТСП, како што се умерената депресија, или пореметувања на анксиозноста.

Важни претпоставки за третман:

- Сесиите би требало да бидат понудени на редовна основа и континуирано. (седмично).
- Во сите сесии терапевтот би требало да биде истата личност.
- Иако е вообичаено и пожелно терапиите да бидат индивидуални, сепак примената на CBT и EMDR се осмислени за групен третман.

- Сите психолошки третмани насочени на траума треба да користат структуриран протокол.
- Третманот треба да го пружаат стручни лица, кои добиле соодветна обука. Овие лица треба да имаат и соодветна супервизија.
- Општо земено, спроведувањето на психолошка интервенција ориентирана на траума не треба да се комбинира со лекарска, освен во случаи кога тоа го бара присуството на коморбидитет, или патологија кај клиентот.
- Препишувањето на бензодијазепами, или лекарска за спиење треба да биде колку што е можно поограничено, затоа што тоа има тенденција на замаглување на свеста.

Когнитивно бихевиорална терапија за ПТСП

Когнитивната бихевиорална терапија (CBT – cognitive behavioral therapy) на ПТСП подразбира изложување на трауматскиот настан, со кое се зафаќаат когнитивното и избегнувачкото однесување карактеристични за ПТСП. CBT е структурирана интервенција, која покрај траумата вклучува и дополнителни елементи како што се справување со анксиозноста (на прим. релаксација), психо-едукација и техники на когнитивно реструктурирање. Подврстите на CBT за клиентите со ПТСП, содржат терапии на изложување како што се терапијата на Продолжено изложување (PE) (Foa & Rothbaum, 1998; Creamer et al., 2007). Оваа терапија е пред сè насочена на соочување со застрашувачките стимулуси поврзани со траумата, се додека не се намали анксиозноста, и когнитивно ориентираните терапии како што е Терапијата на когнитивна обработка (CPT – therapy of cognitive processing, Resick & Schnicke, 1993), која ги открива и се насочува кон проблематичните размислувања поврзани со траумата, не создаде услови за адаптивните сфаќања да се вградат во замисленото оживување на траумата.

Ефикасност

Когнитивно бихевиоралната терапија ориентирана на траума, доследно покажува клинички успешни ефекти на сите мерења на ПТСП, според листите на чекање, справувањето со стресот, и недирективните терапии на поддршка. (NICE, 2005; Bisson et al., 2007). Поради тоа CBT ориентирана на траума се препорачува како третман од прв ред за жртвите на несреќи со акутно, или хронично пост-трауматско стрес пореметување. (ПТСП)

Траење на третманот:

- 8-12 сесии од по 45-60 минути, во случаи кога ПТСП се јавува по единечен настан
- Доколку се расправа за трауматскиот настан сесиите би требало да бидат подолги (90 мин.)

Сесии:

Важни компоненти на првите сесии се:

- Поставување на терапевски договор и психоедукација за вообичаените реакции на траумата
- Воведување и обучување со техники за релаксација, како што е тренингот за природно дишење
- Презентирање на теорискиот концепт на терапијата на изложување

Изложувањето обично се спроведува на два начина:

Замислено изложување, или писмено прераскажување:

- Емоционално и детално пресекавање на:
 - Трауматските сеќавања во временски след на настаните, како што се случувале
 - Мислите и чувствата, било во замислена (имагинарна) форма, додека попат се коментира она што се гледа, или во писмена форма

- Привикнување на траумата би требало да се повтара се додека:
 - Не престане да предизвикува висок степен на вознемиреност
 - Сеќавањата на траумата се доживуваат повеќе како сеќавање, а не и како нешто што постојано се повторува

Изложување во живо:

- Клиентот се соочува со ситуации кои тој/таа ги избегнува затоа што се поврзани со траумата и предизвикуваат силни емоции, или телесни реакции (на прим. повторно возење автомобил по сообраќајната несреќа)
- Лицето ќе сфати дека ситуацијата што го плаши не е веќе опасна и дека анксиозноста во врска со неа, не останува за секогаш. (Foa & Kozak, 1986).

Когнитивното реструктурирање се однесува на:

- Помагање на клиентот да ги открие и преобрати своите крајно негативни размислувања кои водат кон вознемирувачки чувства и оштетено функционирање.
- Насочување на клиентот да ги препознае и преобликува сопствените погрешни толкувања кои го водат кон преценување на заканата, која произлегува од неговото толкување на траумата и нејзините директни последици.
- Разгледување на аргументите за и против таквите толкувања
- Проверка на предвидувањата на клиентот кои произлегуваат од неговите толкувања, со помош на терапевтот, за да тој дојде до многу поприлагодливи решенија.
- Охрабрување на клиентот да ги напушти однесувањата и когнитивните стратегии кои го попречуваат отфрлањето на негативните толкувања.

Договор за домашни задачи:

- Практикување на мускулна релаксација, или техники на дишење, и изложување низ фантазија, односно во живо.

Напредувањето на третманот во финалните сесии се проценува со помош на:

- Преглед на техниките користени во терапијата.
- Проценка на нивната ефикасност.
- Разгледување на прекин на третманот

Десензитизација со движење на очите и репроцесирање (EMDR)

EMDR е психотераписки пристап за намалување на вознемиреноста по трауматски искуства, кои го нарушуваат секојдневниот живот. Основната цел на EMDR е трансформација на дисфункционално поставените доживувања во адаптивни решенија кои го унапредуваат психолошкото здравје. EMDR има за цел да ја активира способноста за справување со страдањето од трауматските сеќавања и да го намали дејството на вознемирувачките мисли и емоции. Исто така, таа може да му помогне на клиентот да мисли различно за себе во врска со сеќавањата за траумата.

Ефикасност

EMDR е базиран на докази метод за третирање на ПТСП (NICE, 2005). Тоа е психолошки третман од прв ред за хроничните ПТСП (Bisson et al., 2007) и е еднакво ефикасен како и ориентираната на траума КВТ (Spates et al., 2009).

Траење на третманот:

Траењето на еден просечен EMDR третман за ПТСП предизвикан со еден клучен трауматски настан може да биде релативно кусо. За проблемите поврзани со една траума, често е доволен ограничен број на сесии (во просек 6 сесии). Сепак, должината на третманот зависи од сложеноста на симптоматологијата поврзана со траумата.

Сесии:

EMDR - изведувањето е високо структурирана процедура со фази кои имаат сличности со многу други форми на терапија, покрај трите единствени EMDR елементи на: десензибилизација, инсталација и скенирање на телото (Spates et al 2009). Типично е и користењето на двострана стимулација, кога вознемирувачката слика се одржува во мислите, и се следи по асоцијациите на клиентот:

Поспецифично, од клиентот се бара по следниот редослед да ги направи овие работи:

- да се усредсреди на специфичното трауматско сеќавање
- да ги препознае вознемирувачката слика која го претставува сеќавањето, поврзаните со неа негативни мисли, и една алтернативна позитивна мисла
- да ги препознае чувствата поврзани со трауматското сеќавање
- да ги препознае телесните сензации поврзани со траумата и да ги одреди нивните места на телото
- Овој процес се квантификува по пат на субјективни индикатори и мерки
- Од клиентот се бара да ја задржи во мислите сликата што го вознемирува покрај негативните сознанија и телесните сензации, додека го следи прстот на терапевтот во ритмички движења напред – назад во видното поле на клиентот, во текот на 20-40 секунди, во просек. (двострана тактилна или звучна стимулација можат да се користат како алтернатива на движењето на очите)
- Од клиентот потоа се бара да направи пауза, да вдише длабоко и накусо да му опише на терапевтот дали дошло до било какви промени во сликите, сензациите, мислите, или чувствата.
- Овој процес се повторува и продолжува се додека клиентот не престане да доживува било каква вознемиреност поради трауматското сеќавање.

Куса еклектичка психотерапија

Кусата еклектичка психотерапија (Brief Eclectic Psychotherapy - BEP) е кратка, ориентирана на проблем психотерапија, заснована на комбинација од теории на психодинамските, когнитивно-бихевиоралните и директивни психотерапии. Таа има за цел да ги намали ПТСП симптомите на клиентите, да им помогне да го интегрираат трауматскиот настан во своите животи, и да ја ре-воспостават контролата над него. BEP протоколот го создаде Gersons во 80-тите и 90-тите години, за лекување на ПТСП кај полициските службеници. (Gersons, 1989, 1992, Gersons & Carlier, 1994).

Ефикасност

Истражувањата со RCT (Random Clinical Trial) методот покажале дека терапијата е ефикасна и во двата случаи, кај полициските службеници, и кај општата популација клиенти со ПТСП, со различен вид на трауматски искуства (Gersons et al. 2000, Lindauer et al., 2005). Значајно напредување, беше откриено и во поглед на биолошките параметри (срцевиот ритам, нивото на кортизол, активноста на мозокот) (Lindauer et al. 2003, Olf et al., 2007).

Траење на третманот:

- 16 сесии од по 45-60 минути

Сесии:

Секоја сесия претставува внимателно осмислен чекор во секој од петте терапевтски стадиуми:

- Психоедукација (1-2 сесии):
Клиентот, со неговиот /нејзиниот партнер учат да ги разберат симптомите на ПТСП, и начиниот на кој се поврзани со трауматскиот настан
- Замислено изложување и употреба на спомените (2-6 сесии):
Замисленото изложување е ориентирано на потиснатите силни емоции, посебно на тагата. Изложувањето во ВЕР се разликува од изложувањето во СВТ ориентирана на траума, во таа смисла што кај ВЕР примарната цел на овој вид имагинарно /замислено/ изложување е да ги ослободи интензивните емоции поврзани со траумата. Во одвоени сесии, клиентите се изложени на различни делови од траумата. Спомените се користат за да се поттикне обновувањето на сеќавањата на трауматскиот настан.
- Пишување писма, интеграција и откривање на значењето (7-12 сесии):
Клиентот пишува писмо упатено до конкретна индивидуа, или до институција која се обвинува за трауматскиот настан, или за неговите последици. Писмото се користи за помош во изразување на агресивните чувства. Во оваа фаза постои можност за поставување на егзистенцијални прашања, како на пример, како настанот ја променил сликата на клиентот за себе, и за светот.
- Ритуал на разделба (13-16 сесии):

Третманот ќе заврши со ритуал на разделба со партнерот (на прим. во кој писмото и/или потсетниците се уништуваат) оставајќи го трауматскиот настан зад себе, што е начин човекот да се сврти кон животот во сегашноста и кон иднината. А истовремено никогаш да не го заборава настанот, кој при тоа никогаш веќе нема да го попречува клиентот во неговиот секојдневен живот.

Фармаколошки третман на ПТСП

Медикаментозниот третман на ПТСП не би требало да се користи рутински, како третман од прв ред, пред да се даде можноста за психолошка терапија ориентирана на траума (NICE, 2005). Доколку ПТСП кај возрасните се третира фармаколошки, високо се препорачува препишувањето на SSRI's (Selective serotonin reuptake inhibitors) посебно на пароксетинот. Лекувањето со антидепресиви – мirtазепамот, фенелзинот (традиционалниот MAO инхибитор), односно амитриптилинот (трицикличен антидепресив) може исто така да даде клинички значајни резултати (NICE, 2005). Во случај на значителни нарушувања на сонот, за куса употреба би можеле да бидат соодветни и хипнотички лекаства (бензодијазепамите и не-бензодијазепамите), но доколку е потребен подолгорочен третман, треба да се разгледа употребата на антидепресиви на самиот почеток, за да може да се намали долгорочниот ризик од зависност.

Индикации за фармаколошки третман на ПТСП:

Фармаколошкиот третман на ПТСП кај возрасни би требало да се разгледува доколку:

- Клиентите со ПТСП не се склони да се вклучат во психолошки третмани насочени на траума.
- Клиентите со ПТСП не можат да започнат со психолошка терапија поради сериозна изложеност на продолжителна закана од натамошна трауматизација (на прим. актуелно домашно насилство)
- Психолошкиот третман ориентиран на траума дава мали или никакви резултати
- Намалена е можноста на клиентот да го искористи психолошкиот третман поради нагласена коморбидна депресија, или претерана будност (како на „штрек“) состојба (т.е. фармакотерапијата е дополние на психолошкиот третман)
- A clients ability to benefit from psychological treatment is decreased because of significant comorbid depression or severe hyperarousal (i.e., pharmacotherapy as an adjunct to psychological treatment)

Со третманот би требало да се бават компетентни лица, со соодветно медицинско образование (како на прим. SSRI и мirtазепинот се даваат за општа употреба; амитриптилинот и фенелзинот само со препорака на стручњаци за ментално здравје)

Ефикасност

Помеѓу фармаколошките третмани, SSRI (selective serotonin reuptake inhibitors) се идојуваат како особено ефикасни во третманот на ПСТП (Stein et al., 2006). Помеѓу SSRI лековите особено добро се поднесува пароксетинот, кој е ефикасен во намалување на симптомите на сите три кластери за ПТСП, споредено со плацебо лекот (Marshall et al., 2007; Stein et al., 2003). Истражувањата од помал обем покажуваат дека клинички важно дејство можат да имаат и мirtазепамот, амитриптилинот и фенелзинот (NICE, 2005).

Траење на третманот:

Позитивното дејство на SSRI на симптомите на ПТСП е присутно помеѓу 8 и 12 недели од третманот. Општо земено, натамошно намалување на симптомите може да се очекува и до шест месеци лекување со SSRI (Marshall et al.), а се одржува и до 52 недели (Kim et al., 2008). Иако се препорачува медикаментозниот третман да трае најмалку шест месеци, сепак општите насоки и клиничките искуства препорачуваат продолжување на третманот со антидепресиви во текот на сите 12 месеци. Што се однесува до хипнотиците (бензодијазепините и небензодијазепините), соодветна е само краткорочната употреба.

Сесии:

Во почетните стадиуми на третман со антидепресиви се препорачува:

- Клиентите со ПТСП, со зголемен ризик од самоубиства, како и сите клиенти на возраст од 18 до 29 години треба да посетат лекар по една недела, и често потоа, се додека ризикот не престане да биде значаен
- Клиентите со ПТСП без зголемен ризик треба да посетат лекар по две недели и потоа во интервали од 2-4 недели во првите три месеца, а потоа и во подолги интервали, доколку реакцијата е добра
- Корисниците со ПТСП треба да бидат информирани за можните споредни дејства од лекувањето, како и за ризикот од прекинување на лекувањето и нагло повлекување на симптомите.

Прекинување на третманот со антидепресиви:

- Вообичаено се одвива со постепено намалување на дозата во период од четири недели
- Доколку симптомите, при прекилот на терапијата се сериозни, треба да се разгледа повторно воведување на првобитно користениот антидепресив и негово постепено укинување, со следење на симптомите.
- Нормално изведено прекинување преку постепено намалување на дозите во период од 4 –недели
- Доколку прекилот /повлекувањето на симптомите е нагло, треба да се разгледа повторно воведување на првобитните антидепресиви и нивно постепено намалување, со истовремено следење на симптомите

Толеранција на антидепресиви:

- Потребно е активно откривање на знаците на акатизија, суицидалните идеи и зголемената анксиозност и агитабилност.
- Потребно е клиентите со ПТСП да бидат информирани за ризиците од овие симптоми во раните стадиуми на лекување, односно да потражат помош веднаш доколку забележат дека тие стануваат вознемирувачки.

Интервенции кај трауматизирани деца и млади

Децата и младите изложени на трауматски настани и катастрофи, бараат посебно внимание и поддршка. Поддршката, скринингот (проценката) и дијагнозата во акутната фаза треба да се одвиваат во присуство на членовите на семејството. Информациите,

помошта и третманот мораат да се темелат на знаењата за ранливоста и изворите на поддршка, соодветни за возраста.

Третман на хронични симптоми на ПТСП кај децата

Се препорачува:

- СBT насочена на траума кај децата со тешко ПТСП, прилагодена на околностите и развојот
- EMDR за постари (7-годишни) деца

Ефикасност

Структурираната терапија е поефикасна во намалување на ПТСП кај децата отколку општата поддршка. Искуствата зборуваат во прилог на ефикасноста на TF-CBT и EMDR (на прим. во EMDR протоколот за деца, поголемо внимание се обрнува на воспоставувањето безбедно место кое предизвикува позитивни чувства, уште пред да почне терапијата)

Траење на третманот

- 8-12 средби во траење на 90 минути редовен третман со истиот терапевт
- Информација за текот на третманот треба да добијат и родителите и децата

Сесии на психолошките третмани (насочени на траума) за деца

- Психоедукација на деца и родители
- Следење на симптомите (прим. водење дневни забелешки за флеш-бекови, ноќни мори, вознемиреност)
- Повторно воспоставување на рутинските активности
- Обуки за вештините на справување
- Постепено изложување – до навикнување
- Враќање на сигурноста и обуки за управувањето со себе

Типичен тек, закрепнување и природа на симптомите поврзани со детската траума

- Речиси сите деца покажуваат голем страв, „лепливост“ за родителите и симптоми на „наметнати“ слики, непосредно по изложеноста на траума.
- Кај мнозинството деца (околу 75%) се јавува постепено повлекување на симптомите во текот на првите месеци.
- Околу 13-25 % од децата развиваат ПТСП по големи несреќи, во рок од 3-6 месеци, доколку не им е пружена никаква помош.
- Депресивните симптоми често се јавуваат подоцна, на прим по 6 – 9 месеци.
- Траумата влијае на вкупниот психосоцијален развој, во вид на:
 - Патолошко тагување
 - Прекумерни стравови
 - Мечтаење, игра, соништа

Ризични фактори, предвесници на ПТСП или друга психопатологија

- Ризични фактори кои постоеле и пред траумата, како: проблеми со менталното здравје во семејството, проблеми во меѓучовечките односи и сл.

- Поранешна изложеност (искуство) на тешка траума
- Во текот на траумата: тешка проценка, беспомошност, прекумерен страв за безбедноста на семејството
- Пост-трауматски чинители /фактори: нарушени односи меѓу родителите, преселбата, негирање и избегнување на стратегиите за справување со катастрофи.

Развојни аспекти

- Деацата можат да бидат ранливи на ПТСП и на психосоцијалните попречувања, на секоја возраст.
- Сместата на траумата, начините на нејзина обработка и изразувањето на симптомите се разликуваат во зависност од возраста на детето:
 - Доенчиња: висока агитабилност и тешкотии да се смират
 - Мали деца: тешкотии во управување со емоциите, прекумерни стравови, нарушување на сонот
 - Предшколски деца: репетитивна игра, тешко контролирање на агресивноста, ноќни стравови
 - Средно детство (преадолесценција) проблеми со концентрација, телесни симптоми, различни врсти стравови
 - Младост (адолесценција): скусено чувство за иднината, потрага по опасности, ризици, симптоми на депресија
- На сите овие возрасти се активираат однесувањата на приврзаност, и потрагата по сигурност
- Тешко трауматизираните деца можат да покажат побавен развој, на прим. пелтечење во претшколската возраст, и зависност во адолесценцијата.

References:

- Ajdukovic D., Ajdukovic 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.
- Ajdukovic D., Ajdukovic 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.
- 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.
- Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) (2007). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- Blanchard E.B., & Hickling E.J. (2004). After the Crash: Psychological Assessment and Treatment of Survivors of Motor Vehicle Accidents (2nd ed.) Washington DC: American Psychological Association.
- Foa E.B. & Rothbaum B.O. (1998). Treating the Trauma of Rape; Cognitive Behavioral Therapy for PTSD. New York: Guildford Press.
- Gersons B.P.R. (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.
- Gersons B.P.R., Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., & Van der Kolk, B.A. (2000). Randomized Clinical Trial of Brief Eclectic Psychotherapy for Police Officers with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (2), 333-347.
- 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
- Lindauer, R.J.L., Gersons, B.P.R., van Meijel E.P.M., Blom K., Carlier I.V.E., 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.
- Lindauer R.J.L. , Vlieger, E.J., Jalink, M., Olf, M., Carlier, I.V.E., Majoie, C.B.L.M., Heeten, den G.J., & Gersons, B.P.R. (2004). Smaller Hippocampal Volume in Dutch Police Officers with Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 56 (5), 356-363.
- Marshall R.D., Beebe K.L., 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.
- 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.
- 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.

Norris H. H., Stevens S.P. (2007) Community resilience and the principles of mass trauma intervention. *Psychiatry*, 70 (4), 320-328.

Olf M., de Vries G.J., Güzelcan Y., Assies J., Gersons B.P. (2007). Changes in cortisol and DHEA plasma levels after psychotherapy for PTSD. *Psychoneuroendocrinology*. 32(6): 619-26.

Resick P.A., & Schnicke M.K. (1993). *Cognitive processing therapy for sexual assault victims: A treatment manual*. Newbury Park CA: Sage Publications.

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.

Shapiro F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

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.

Solomon R. M., & Shapiro F. (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing Model. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2 (4), 315-325.

Somasundaram D., Norris F.H., Asukai N., Murthy R.S. (2003). Natural and technological disasters. In: B. L. Green, M. J. Friedman, J. V. M. T. de Jong, S. D. Solomon, T. M. Keane, J. A. Fairbank, B. Donelan and E. Frey-Wouters (Eds.) *Trauma interventions in war and peace*. New York: Kluwer Academic Plenum Publishers, 291-318.

Spates C.R., Koch E., Cusack K., Pagoto S. & Waller S. (2009). In Foa, E.B., Keane, T.M., & Friedman, M.J., (eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies* (279-305). New York: Guilford Press.

Stein D.J., 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.

Stein D.J., Ipser J., Seedat S., (2006) Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst. Rev.* Issue 1.

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.