



INTERVENCIJE POSLE VELIKIH NESREĆA I KATASTROFA

Evropska mreža za traumatski stres, čiji je osnivač EU, ima za cilj razvijanje evropske mreže stručnjaka za psihosocijalnu pomoć i tretman posttraumatskog stresa kod žrtava nesreća. Cilj TENTS-a je i povećavanje kapaciteta službi za zaštitu mentalnog zdravlja posle nesreća, njihovim razvijanjem u što delotvornije službe čiji je rad zasnovan na dokazima. U tom smislu napravljene su smernice za pružanje psihosocijalne pomoći unesrećenima, u svim evropskim zemljama, s tim da one nisu obavezujući dokument.

Ova brošura je kratki prikaz različitih intervencija za pomoć žrtama nesreća, koje se preporučuju u skladu sa TENTS smernicama i obuhvaćene su i drugim smernicama i naučnim izveštajima (npr., NICE, 2005). Ovde se predstavljaju sledeće intervencije: intervencije u zajednici, na traumatu usmereni psihološki tretmani i farmakološki tretmani za odrasle sa PTSP, kao i intervencije sa traumatizovanom decom i mladima.

Ovu brošuru su napravili dr A. B. Witteveen i dr M. Olf na Odeljenju za psihijatriju Akademskog Medicinskog centra (AMC) u Amsterdamu, a pomoć su pružili i dr F. Orengo-Garcia, gospođa K. Bergh-Johannesson, dr C. Freeman i Dr. J. Bisson, i drugi partneri Evropske mreže za traumatski stres.

Partneri:

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. Ajduković

Saradnici:

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

PSIHOSOCIJALNE INTERVENCIJE U ZAJEDNICI

Psihosocijalne intervencije u zajednici su sve aktivnosti koje pomažu u normalizaciji društvenog, porodičnog i individualnog psihosocijalnog funkcionisanja u zajednici pogođenoj nesrećom. One unapređuju osećaj sigurnosti, poverenje pojedinca u sopstvenu i delotvornost zajednice, povezanost među članovima zajednice, smirujući one koji su veoma uznemireni i povećavajući nadu u oporavak pojedinaca i zajednice.

Intervencije u zajednici posle nesreće uključuju sledeće aktivnosti:

- praktičnu pomoć datu na saosećajan način, emocionalnu podršku i početno vraćanje samopouzdanja veoma uznemirenim pojedincima;
- obezbeđivanje informacija (npr. traganje za članovima porodice, pomoć u nalaženju privremenog smeštaja, hrane, socijalnih davanja, zdravstvenih usluga, pravnih saveta, psihosocijalne pomoći);
- materijalnu pomoć (npr. obezbeđivanje smeštaja, hrane, finansijske pomoći društva, popravka infrastrukture);
- zapošljavanje (npr. ponovna obuka, kako bi se povećala mogućnost zaposlenja i povratila samostalnost);
- organizovanje komemorativnih događaja i podizanje spomenika u saradnji sa onima koji su bili neposredno pogođeni;
- pomoć u međusobnoj podršci i formiranju grupa sa posebnim zanimanjima;
- obezbeđivanje intervencija psihosocijalne pomoći pogođenom stanovništvu.

Ciljne grupe intervencija u zajednici su oni koji su neposredno pogođeni i njihove porodice, svedoci događaja i osoblje službi za hitne intervencije. Ovim ljudima potrebno je omogućiti pristup punom obimu intervencija psihosocijalne pomoći.

Rana praktična i društvena podrška i psihosocijalna pomoć mogu da imaju preventivno dejstvo i da spreče razvitak dugoročnih psiholoških problema.

Psihosocijalna pomoć obuhvata emocionalnu i praktičnu pomoć. Ona se kreće od obezbeđivanja neposrednog olakšanja i praktične pomoći tokom dugoročne psihološke pomoći i brige stručnjaka za traumu. Pojedinci često značajnu podršku dobijaju od porodice, prijatelja i zajednice. Bilo koja formalna reakcija predviđena je kao dopuna navedenom. Svi aspekti psihosocijalne pomoći treba da budu pruženi uz temeljni uvid u šire društveno okruženje pojedinca, a naročito njegovu porodicu i zajednicu.

Potreba za trenutnom, srednjoročnom i dugoročnom psihosocijalnom pomoći trebalo bi da se prepozna od samog početka. Za većinu ljudi uključenih u nesreću pomoć je najčešće potrebna tokom faze spasavanja i neposredno posle nje. Ipak, može postojati potreba da se organizuje posvećeni tim za podršku ili neophodne službe posle incidenta, u trajanju i do tri godine, ili čak duže. Stoga je od suštinske važnosti da se od početka naprave planovi i obezbedi njihovo finansiranje.

Primeri psihosocijalne pomoći u zajednici:

- obaveštavanje ljudi o dostupnoj psihosocijalnoj pomoći, nenametljivo, kroz kanale komunikacije poput štampe, televizije, radija i interneta;
- otvaranje telefonske linije za pomoć koja će pružati emocionalnu podršku, i internet-stranice koja će se baviti psihosocijalnim problemima;
- slušanje, i prihvatanje, izveštaja ljudi o događaju, kao i pomoć da se se uobličí iskustvo nesreće;
- omogućavanje edukacije o reakcijama na traumu i o tome kako se sa njima izboriti, preko letaka koji opisuju najčešća osećanja učesnika nesreće,

unapređuju samopomoć i daju brojeve telefona za one kojima je pomoć potrebna;

- obaveštavanje o tome kako se izboriti s problemima koji nastaju zbog nesreće (npr., ožalošćenost, snažne emocije, porodične teškoće, određeni strahovi, nesanica i problemi na poslu);
- pomoć osoblju lokalnih službi za zaštitu zdravlja, socijalnih i obrazovnih ustanova, da uoče mogućnost pojavljivanja psihopatoloških posledica, i model društvene brige o unesrećenima;
- identifikovanje onih koji imaju psihosocijalne teškoće i procena njihove potrebe za formalnom intervencijom;
- obezbeđivanje pristupa psihološkoj i farmakološkoj proceni stručnjaka i delovanje u tom pravcu, ukoliko je potrebno;
- obezbeđivanje savetovanja i tretmana zasnovanog na dokazima ljudima sa specifičnim potrebama, uz pomoć obučanih savetnika/kliničara koje neko supervizira;
- održavanje aktivnog odnosa sa unesrećenima i njihovim porodicama (npr., uz pomoć telefonske linije za emocionalnu podršku ili savetnika za traumu)
- razvijanje lokalnih kapaciteta radi obezbeđivanja trenutnih i dugoročnih psihosocijalnih usluga.

Visoko ranjive grupe

Ranjive grupe posle nesreće obuhvataju one pojedince koji su naročito zavisni od porodice, zajednice ili stručne podrške. To su:

- deca i mladi kojima je potreba veća podrška, pažnja i ohrabrenje tokom nesreće i neposredno posle nje;
- starije osobe, trudne žene i jednoroditeljska domaćinstva koja često više zavise od drugih ljudi u pogledu pomoći, a njihove potrebe se mogu zapostaviti tokom nesreće i neposredno posle nje;
- hronično bolesne osobe i ljudi sa naročitim režimom ishrane, kojima može biti potrebna naročita pažnja lekara ili pomoć kako bi koristili uobičajene usluge;
- ljudi koji ne razumeju lokalni jezik, službene postupke ili zakonske propise (useljenci, pripadnici manjinskih grupa).

Psihosocijalna pomoć osoblju hitnih službi

Rad u hitnim slučajevima nesreće predstavlja ogroman pritisak za pružaoce pomoći i od suštinske je važnosti da se ne prevede njihove potrebe i ograničenja. Zbog velikih napora na poslu, teških uslova u kojima rade i izloženosti velikom broju uznemirenih korisnika usluga, moraju se isplanirati postupci koji će pomoći u sprečavanju izgaranja i vikarne traumatizacije. Ovi postupci obuhvataju redovne smene, kako ljudi ne bi radili duže nego što je potrebno, tehnički debriefing posle završetka smene i sisteme podrške kao što su redovna supervizija, savetovanje sa kolegama i spoljnim savetnicima, tehnike za izgradnju duha podrške u timu i zajedništva.

Izvori se nalaze na poslednjim stranicama teksta brošure.

PSIHOLOŠKE INTERVENCIJE USMERENE NA TRAUMU ODRASLIH SA PTSP

Tretmani poput kognitivne terapije ponašanja (KBT), desenzibilizacija pokretima očiju i reprocessiranja (EMDR) i kratke eklektičke psihoterapije (BEP) usredsređuju se na sećanje na traumatski događaj i njegovo značenje. Zbog toga se o ovim intervencijama govori kao o psihološkim intervencijama usmerenim na traumu (NICE, 2005). Pre predstavljanja psiholoških tretmana usmerenih na traumu navode se indikacije i kontraindikacije ovih intervencija. Indikacije i kontraindikacije za psihološku pomoć usmerenu na traumu kod dece i mladih, i farmakološko lečenje PTSP, razmatraju se u poslednja dva odeljka.

Indikacije za psihološke tretmane usmerene na traumu

- korisnici koji pate od akutnog ili hroničnog PTSP s izvorom u traumama iz nepredvidljivih traumatskih događaja koje su odrasli ili mladi odrasli iskusili
- u slučaju višestrukih traumatskih doživljaja ili kada su prisutni komorbidni poremećaji ili socijalni problemi, psihološki tretmani usmereni na traumu nisu uvek kontraindikovani, ali je potrebno razmotriti produženje trajanja tretmana.

Kontraindikacije za psihološki tretman usmeren na traumu kod odraslih

Psihološke tretmane usmerene na traumu kod odraslih (CBT, EMDR, BEP), uopšte uzev, ne treba (još) primenjivati ukoliko korisnik pati od:

- teškog depresivnog poremećaja
- teške zavisnosti od supstanci ili adicije
- drugih vrsta teških poremećaja anksioznosti uz PTSP (npr., agorafobije, paničnog poremećaja)
- teških poremećaja ličnosti
- psihotičnih poremećaja
- teških disocijativnih poremećaja
- suicidnosti.

Relativne kontraindikacije za psihološki tretman usmeren na traumu kod odraslih

- blagi poremećaji ili poremećaji sekundarni u odnosu na PTSP, poput blage depresije ili poremećaja anksioznosti.

Važni uslovi tretmana:

- sastanke treba ponuditi redovno i kontinuirano (sedmično)
- terapeut na svim sastancima mora da bude ista osoba
- terapije su obično, i poželjno, usmerene na pojedinca, ali je primena CBT i EMDR osmišljena za grupno lečenje
- potrebno je koristiti strukturisani protokol za sve psihološke tretmane usmerene na traumu
- tretman treba da obavljaju stručne osobe, odgovarajuće obučene. Ove osobe treba da imaju i odgovarajuću superviziju.
- psihološke intervencije usmerene na traumu, uopšt uzev, ne treba kombinovati s lekovima, osim ukoliko to ne iziskuje komorbiditet ili patologija korisnika.
- prepisivanje benzodijazepina ili lekova za spavanje treba da bude što je moguće više ograničeno jer ovi lekovi imaju težnju zamagljivanja svesti.

KOGNITIVNA TERAPIJA PONAŠANJA (CBT) U LEČENJU PTSP

Kognitivna terapija ponašanja (CBT) u lečenju PTSP obuhvata izlaganje traumatskom događaju i cilj joj je kognitivno izbegavanje i izbegavajuće ponašanje u PTSP. CBT je strukturisana intervencija koja, osim usredsređivanja na traumatski događaj, uključuje i komponente poput upravljanja anksionošću (npr., relaksaciju), psihoedukaciju i kognitivne tehnike restrukturisanja. Podtipovi CBT za korisnike sa PTSP obuhvataju terapije izlaganjem, poput Produženog izlaganja (PE) (Foa & Rothbaum, 1998; Creamer et al., 2007), koje se pre svega usredsređuje na suočavanje sa zastrašujućim dražima povezanim s traumom sve dok se anksioznost ne povuče, i terapije usredsređene na kogniciju, poput Terapije kognitivne obrade (Cognitive Processing Therapy, CPT: Resick & Schnicke, 1993) koja pre svega utvrđuje i cilja na problematične kognicije u vezi s traumom, dok se adaptivne kognicije ugrađuju u zamišljeno oživljavanje traume.

Delotvornost

Na traumu usmerena CBT dosledno je pokazala klinički važno dejstvo na svim merenjima PTSP u poređenju sa bolesnicima koji su bili na listi čekanja za taj tretman, savlađivanjem stresa i suportivnim/nedirektivnim terapijama (NICE, 2005; Bisson et al., 2007). Na traumu usmerena CBT preporučuje se kao tretman izbora za žrtve nesreća sa hroničnim ili akunim posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP).

Trajanje tretmana:

- 8-12 sesija od po 45-60 minuta, kada je PTSP nastao zbog izolovanog događaja
- ukoliko se raspravlja o traumatskom događaju sesije treba da budu duže (90 minuta)

Sesije:

Na prvoj sesiji važne su sledeće komponente:

- uspostavljanje terapijskog saveza i psihoedukacija o uobičajenim reakcijama na traumu
- uvod i poučavanje tehnikama opuštanja, poput vežbi disanja
- uvođenje u teorijsku poentu terapije zasnovane na izlaganju

Izlaganje se izvodi obično na dva načina:

Zamišljeno izlaganje ili narativno pisanje:

- emocionalno i detaljno prisećanje:
 - traumatske uspomene u vremenskom sledu u kome su se događaji odvijali
 - misli i osećanja, bilo u imaginaciji dok se daje komentar o tome šta se vizuelizuje, ili u pisanom obliku
- prisećanje na traumu treba ponavljati sve dok
 - više ne izaziva visoke nivoe uznemirenosti
 - se sećanja na traumu doživljavaju više kao sećanje nego kao nešto što se stalno iznova događa

Izlaganje in vivo:

- suočavanje korisnika sa situacijama koje izbegava jer su povezane s traumom i izazivaju snažna osećanja ili telesne reakcije (npr., ponovna vožnja automobilom posle saobraćajne nesreće)
- osoba će shvatiti da situacija koje se boji više nije opasna i da anksioznost s njom u vezi neće postojati zauvek (Foa & Kozak, 1986)

Kognitivno restrukturisanje podrazumeva sledeće aktivnosti:

- pomoć korisniku da prepozna i preoblikuje svoje preterano negativne kognicije koje vode ka uznemiravajućim osećanjima i oštećenom funkcionisanju
- usredsređivanje na prepoznavanje i preoblikovanje pogrešnih tumačenja koja korisnika vode ka doživljaju preterane pretnje, koja ima koren u tumačenju traume i njenih neposrednih posledica
- rasprava o dokazima koji govore u prilog i protiv ovih tumačenja
- provera predviđanja izvedenih iz tumačenja, uz pomoć terapeuta, tako da korisnik stigne do adaptivnijih zaključaka
- ohrabrivanje korisnika da odustane od ponašanja i kognitivnih strategija koje sprečavaju odbacivanje negativnih tumačenja.

Domaći zadaci:

- vežbanje opuštanja mišića ili tehnika disanja i izlaganje u mašti i in vivo

Napredak tretmana na poslednjim sesijama se utvrđuje pomoću:

- pregleda tehnika korišćenih u terapiji
- ocene da li su bile od pomoći
- rasprave o završetku terapije

DESENZIBILIZACIJA POKRETIMA OČIJU I PONOVA OBRADA

EMDR je psihoterapijski pristup za smanjenje uznemirenosti posle traumatskih iskustava koja remete svakodnevni život. Suštinski cilj EMDR obuhvata preoblikovanje disfunkcionalno pohranjenih iskustava u adaptivna rešenja koja pomažu u održavanju psihološkog zdravlja. Cilj EMDR je aktiviranje sposobnosti da se obradi uznemirenost zbog traumatskog sećanja i smanje uznemirujuće misli i osećanja. Ova tehnika korisniku može da pomogne i da drugačije misli o sebi u vezi sa traumatskim sećanjem.

Delotvornost

EMDR je metod zasnovan na dokazima za tretman PTSP (NICE, 2005). To je psihološki tretman prvog izbora za hronični PTSP (Bisson et al., 2007), a jednako je delotvoran kao i na traumu usmerena CBT (Spates et al., 2009).

Trajanje tretmana

Trajanje prosečnog EMDR tretmana PTSP izazvanog jednim ključnim traumatskim događajem može biti relativno kratko. Za probleme nastale posle jednog traumatskog događaja obično je dovoljan ograničeni broj sesija (u proseku šest). Međutim, dužina tretmana zavisi od složenosti simptomatologije povezane s traumom.

Sesije

EMDR obrada je visoko strukturisani pristup s fazama koje imaju dosta zajedničkog sa mnogim drugim oblicima terapije, kao i tri jedinstvena EMDR elementa takozvane desenzibilizacije, instalacije i skeniranja tela (Spates et al., 2009). Tipično je korišćenje obostrane stimulacije kada se uznemirujuća slika održava u umu, i sledi posle asociranja korisnika. Određenije, korisnika treba zamoliti da, ovim redom, uradi određene stvari:

- usredsredi se na specifično traumatsko sećanje
- prepozna uznemirujuću sliku koja predstavlja sećanje, sa njom povezane negativne kognicije, i kogniciju alternativnog stava
- prepozna osećanja povezana sa sećanjem na traumu
- prepozna telesne osećanja relevantne za traumu i njihova mesta na telu
- ovaj proces kvantifikuje se upotrebom subjektivnih pokazatelja ili mera
- korisnika treba zamoliti da drži u umu uznemirujuću sliku zajedno sa negativnim kognicijama i sa njima povezanim telesnim osetima, dok prati prste terapeuta levo-desno u svom vidnom polju, ritmički, tokom 20-40 sekundi (obostrana taktilna stimulacija ili zvuci mogu se koristiti kao alternativa pokretima očiju)
- korisnika zatim treba zamoliti da napravi pauzu i duboko udahne, i da ukratko opiše terapeutu ako je bilo nekih promena slike, osećanja, misli ili osećanja
- ovaj proces se nastavlja i ponavlja dok korisnik ne doživljava više nikakvu uznemirenost zbog sećanja na traumu.

KRATKA EKLEKTIČKA PSIHOTERAPIJA

Kratka eklektička psihoterapija (Brief Eclectic Psychotherapy – BEP) je kratka, na problem usmerena psihoterapija, zasnovana na kombinaciji teorija iz psihodinamičke, kognitivno-bihejvioralne i direktivne psihoterapije. Njen cilj je da smanji simptome PTSP kod korisnika, pomogne im da integrišu traumatski događaj u svoj život i povrate nad njim kontrolu. BEP protokol napravio je Gersons u poslednje dve decenije XX veka, radi lečenja PTSP kod policijskih službenika (Gersons, 1989, 1992; Gersons & Carlier, 1994).

Delotvornost

Randomizirana kontrolirana istraživanja su pokazala da je terapija delotvorna i kod policijskih službenika i u opštoj populaciji korisnika sa PTSP, s različitim vrstama traumatskih iskustava (Gersons et al., 2000; Lindauer et al., 2005).

Postignuto je i značajno poboljšanje bioloških parametara (otkucaji srca, nivo kortizola, moždana aktivnost) (Lindauer et al., 2003; Olf et al., 2007).

Trajanje tretmana:

- 16 seansi, u trajanju od 45 do 60 minuta

Sesije:

Svaka seansa predstavlja pažljivo osmišljen korak u jednom od pet terapijskih stadijuma:

- Psihoedukacija (seanse 1-2)
Korisnik, uz partnera, uči da razume simptome PTSP, i način na koji su povezani sa traumatskim događajem.
- Zamišljeno izlaganje i upotreba uspomena (seanse 2-6)
Zamišljeno izlaganje usmereno je na potisnute snažne emocije u određenom tugovanju. Izlaganje u BEP razlikuje se od izlaganja u CBT usmerenoj na traumu u tom smislu što je u BEP prevashodni cilj ove vrste zamišljenog izlaganja da se oslobode snažna osećanja povezana s traumom. Korisnici se izlažu različitim delovima traume, u odvojenim seansama. Uspomene se koriste radi podsticanja sećanja na traumatski događaj.
- Pisanje pisma, integracija i dosezanje smisla (seanse 7-12)
Korisnik piše pismo nekoj osobi ili ustanovi koje okrivljava za traumatski događaj ili za njegove posledice. Pismo se naročito koristi kao pomoć u izražavanju agresivnih osećanja. U ovoj fazi postoji mogućnost postavljanja egzistencijalnih pitanja, poput – kako je događaj promenio korisnikovo viđenje sebe i sveta oko sebe.
- Ritual opraštanja (seanse 13-16)
Tretman se završava ritualom opraštanja s partnerom (npr. tako što se pismo i uspomene na događaj spale) kako bi se traumatski događaj ostavio za sobom, što je način da se čovek okrene sadašnjem životu i budućnosti, a da istovremeno nikada ne zaboravi događaj, koji ga pri tom više nikada ne blokira u svakodnevnom životu.

FARMAKOLOŠKO LEČENJE PTSP

Lečenje PTSP kod odraslih lekovima ne bi trebalo da bude lečenje prvog izbora u odnosu na psihološku terapiju usmerenu na traumu (NICE, 2005). Ukoliko se PTSP kod odraslih leči farmakološki, veoma je preporučljivo prepisivati SSRI, a naročito paroksetin. Lečenje antidepresivima: mirtazepin, fenelzin (tradicionalni MAO inhibitor) ili amitriptilin (triciklični antidepresiv) može da donese klinički važno poboljšanje (NICE, 2005). U slučaju značajnih poemećaja sna, za kratkoročnu upotrebu mogu se primeniti hipnotici (benzodijazepini i nebenzodijazepini), ali, ukoliko je potrebno dugotrajnije korišćenje lekova, treba razmotriti upotrebu odgovarajućih antidepresiva u početnom stadijumu, kako bi se smanjio kasniji rizik od sticanja zavisnosti.

Indikacije za farmakološko lečenje PTSP

Farmakološko lečenje PTSP kod odraslih treba razmotriti ukoliko:

- korisnici sa PTSP nisu skloni da se upuste u psihološki tretman usmeren na traumu
- korisnici sa PTSP nisu u stanju da započnu sa psihološkom terapijom zbog ozbiljne tekuće pretnje daljom traumom (npr., aktuelno nasilje u porodici)
- psihološki tretman usmeren na traumu nije doveo do naročitog poboljšanja
- je smanjena mogućnost korisnika da ima koristi od psihološkog tretmana zbog značajne komorbidne depresije ili prevelike pobuđenosti (tj. farmakoterapija je pridružena psihološkom tretmanu)

Tretmanom se moraju baviti kompetentni pojedinci, s odgovarajućim medicinskim obrazovanjem (tj., SSRI i mirtazepin u opštoj upotrebi; amitriptilin ili fenelzin samo uz preporuku stručnjaka za mentalno zdravlje).

Delotvornost

Među farmakološkim tretmanima, naročito su SSRI (selektivni inhibitori preuzimanja serotonina) delotvorni kod PTSP (Stein et al., 2006). Među SSRI lekovima, naročito se dobro podnosi paroksetin, i delotvoran je u smanjivanju simptoma na sva tri klastera za PTSP, u poređenju s placebo lekom (Marshall et al., 2007; Stein et al., 2003). Istraživanja manjeg obima ukazuju da klinički važno dejstvo mogu da imaju i mirtazepin, amitriptilin i fenelzin (NICE, 2005).

Trajanje tretmana:

Positivno dejstvo SSRI na simptome PTSP obično je prisutno između 8 i 12 nedelja tretmana. Uopšte uzev, dalje smanjivanje simptoma može se očekivati još do šest meseci tretmana sa SSRI (Marshall et al., 2007) a održava se do 52 nedelje (Kim et al., 2008). Preporučljivo je da farmakološki tretman traje najmanje 6 meseci, ali smernice i klinička iskustva preporučuju nastavak tretmana antidepresivima tokom 12 meseci. Što se tiče hipnotika (benzodijazepini i nebenzodijazepini) prikladna je samo kratkoročna upotreba.

Sesije:

Početni stadijumi tretmana antidepresivima:

- korisnici sa PTSP s povećanim rizikom od samoubistva i svi korisnici uzrasta između 18 i 29 godina treba da posećuju lekara posle jedne nedelje, sve dok se rizik više ne smatra značajnim
- korisnici sa PTSP bez povećanog rizika treba da posećuju lekara posle dve nedelje, a zatim u intervalima od 2 do 4 nedelje u prva tri meseca, a kasnije u dužim razmacima, ukoliko je reakcija dobra
- korisnici sa PTSP treba da budu obavešteni o mogućim sporednim dejstvima i o riziku prekida lečenja i povlačenja simptoma

Prekid tretmana antidepresivima:

- uobičajeno se obavlja postepenim smanjivanjem doze u periodu od četiri nedelje
- ukoliko su simptomi prilikom prekida terapije ozbiljni treba razmotriti ponovno uvođenje prvobitno korišćenog antidepresiva i njegovo postepeno ukidanje, uz posmatranje simptoma

Tolerancija na antidepresive:

- potrebno je aktivno tragati za znacima akatizije, samoubilačkih zamisli i povećane anksioznosti i agitacije
- korisnike sa PTSP potrebno je obavestiti o riziku od ovih simptoma u ranim stadijumima lečenja, kao i da odmah potraže pomoć ukoliko su oni i dalje uznemirujući.

INTERVENCIJE SA TRAUMATIZOVANOM DECOM I MLADIMA

Na decu i mlade izložene traumatskim događajima i nesrećama potrebno je usmeriti posebnu pažnju i pružiti podršku. Podrška, skrining i dijagnoza u akutnoj fazi treba da se odvijaju u prisustvu članova porodice. Informacije, pomoć i tretman moraju se zasnivati na znanju o uzrasno važnim ranjivostima i izvorima podrške.

Preporučeni tretman za hronične simptome PTSP kod dece

- CBT usmerena na traumu sa teškim PTSP, prilagođena okolnostima i daljem razvoju događaja
- EMDR za stariju decu (sedmogodišnjake)

Delotvornost

Strukturisana terapija je delotvornija u smanjivanju PTSP kod dece nego uopštena podrška. Dokazi govore u prilog delotvornosti TF-CBT i EMDR (tj., EMDR protokol za decu stavlja veći naglasak na uspostavljanje sigurnog mesta koje izaziva pozitivna osćanja pre nego što počne terapija).

Trajanje tretmana:

- 8-12 seansi u trajanju od 90 minuta redovnog tretmana, sa istim terapeutom
- informaciju o toku tretmana treba pružiti i roditeljima i deci

Sesije psiholoških tretmana (usmerenih na traumu) za decu

- psihoedukacija dece i roditelja
- posmatranje simptoma (npr., dnevnicu flešbekova, noćnih mora, uznemirenosti)
- ponovno uspostavljanje rutinskih aktivnosti
- obuka u veštinama suočavanja s problemima
- postepeno zlaganje – do privikavanja
- obuka u postizanju sigurnosti i upravljanju sobom

Tipičan tok, oporavak i priroda simptoma povezanih sa traumom od dece

- skoro sva deca pokazuju veliki strah, „kaćenje“ za roditelje i simptome intruzije neposredno posle izlaganja traumi
- većina (oko 75%) pokazuje postepeno povlačenje simptoma tokom prvih meseci
- oko 13-25% razvija PTSP posle velike nesreće u roku od tri do šest meseci ukoliko im nije pružena pomoć
- simptomi depresije često mogu da se jave kasnije, npr., posle 6-9 meseci
- trauma utiče na ukupni psihosocijalni razvoj:
 - patološka tuga
 - prekomerni strahovi
 - maštanje, igra, snovi

Činioci rizika za nastanak PTSP ili druge psihopatologije

- činioci koji su postojali pre traume: problemi s mentalnim zdravljem porodice i problemi u međuljudskim odnosima
- ranija izloženost teškoj traumi
- tokom traume: teška procena, bespomoćnost, izuzetan strah za bezbednost porodice
- činioci posle traume: poremećeni odnosi među roditeljima, preseljenje, poricanje i izbegavanje kao strategije za savladavanje teškoća

Razvojni aspekti

- deca mogu da budu ranjiva na PTSP i psihosocijalne smetnje u svakom uzrastu

- smisao traume, načini da se ona obradi i ispoljavanje simptoma razlikuju se u zavisnosti od uzrasta deteta
 - odojčad: visoka pobuđenost i teškoća da se smiri
 - mala deca: teškoće u regulaciji emocija i prekomerni strahovi, poremećeni san
 - predškolska deca: repetitivna igra, teško obuzdavanje agresije, noćni strahovi
 - srednje detinjstvo: problemi s koncentracijom, telesni simptomi, različiti strahovi
 - mladost: skraćeni osećaj za budućnost, traganje za opasnošću, simptomi depresije
- u svim uzrastima aktiviraju se ponašanja privrženosti i traženja sigurnosti
- teško traumatizovana deca mogu da imaju sporiji razvoj, npr., mucanje u predškolskom dobu i nezavisnost u mladosti.

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.