Posttraumatski stresni poremećaj

Glavaš, Vlatko

Professional thesis / Završni specijalistički

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Catholic Faculty of Theology / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:120:174780

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

Repository of the Chatolic Faculty of Theology

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku
Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu

Poslijediplomski specijalistički studij Pastoralne teologije
Smjer: Pastoral kriznih situacija

Vlatko Glavaš

POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ

Specijalistički rad

Mentor: Doc. dr. sc. Suzana VULETIĆ

Đakovo, 2017.

Sadržaj

Popis tablica i slika ... 4
Sažetak ... 5
Summary ... 6
Uvod ... 7
I. POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ ... 8
1.1. Stres i trauma ... 8
1.2. Povijesni razvoj PTSP-a ... 11
1.3. Etiologija PTSP-a ... 13
1.4. Epidemiologija PTSP-a ... 14
1.5. Komorbiditet PTSP-a ... 15
1.6. Klinička slika PTSP-a ... 16
1.7. Čimbenici koji pridonose razvoju PTSP-a ... 18
1.8. Simptomi PTSP-a ... 19
1.8.1. *Fizički simptomi* ... 21
1.8.2. *Nametljivi simptomi* ... 22
1.8.3. *Simptomi izbjegavanja* ... 22
1.8.4. *Disocijacija, naučena bespomoćnost i prinuda ponavljanja* ... 23
1.9. Diferencijalna dijagnoza PTSP-a ... 25
1.10. Dijagnostički kriterij za PTSP-a ... 25
1.11. Teoretski model PTSP-a ... 29
1.12. Akutni i kronični oblik PTSP ... 30
1.12.1. *Akutna faza* ... 30
1.12.2. *Kronična faza* ... 31
1.13. Psihologija PTSP-a ... 32
1.13.1. *Racionalna samokontrola* ... 32
1.13.2. *Zasnivanje zdravih međuljudskih odnosa* ... 33
1.13.3. *Smisao života* ... 34
1.14. Biologija PTSP-a ... 37
1.14.1. *Opetovanje prinudne radnje i ovisničko ponašanje* ... 38
1.14.2. *Biokemijske promjene izazvane traumatskim događajem* ... 40
1.15. Socijalni aspekt PTSP-a ... 41

II. LIJEČENJE PTSP-a 42
2.1. Prevencija PTSP-a 42
2.2. Terapija PTSP-a 42
2.3. Kognitivno-bihevioralna terapija PTSP-a 46
2.4. Grupna psihoterapija 56
2.5. Liječenje PTSP-a uzrokovanog ratom 59
2.5.1. *Faza krizne intervencije* 60
2.5.2. *Faza traume* 61
2.5.3. *Faza integracije* 61
2.6. Farmakoterapija u liječenju PTSP-a 63
2.6.1. *Antidepresivi u terapiji PTSP-a* 63
2.6.2. *Stabilizatori raspoloženja* 65
2.6.3. *Antiadrenergički ljekovi* 65
2.6.4. *Banzodiazepini* 66
2.6.5. *Antipsihotici* 66
2.7. Oporavak od PTSP-a 67
III. PASTORALNO SAVJETOVANJE I PSIHOTERAPIJA 70
3.1. Pastoralno savjetovanje i pastoral Crkve 70
3.1.1. *Povijest pastoralnog savjetovanja* 71
3.1.2. *Karakteristike pastoralnog savjetovanja* 72
3.1.3. *Metode savjetovanja i psihoterapije* 73
3.1.4. *Izobrazba i trening pastoralnih savjetnika i psihoterapeuta danas* 74
3.1.5. *Stav Crkve prema osobama s duševnim poteškoćama* 76
3.1.6. *Izdavaštvo na temu pastoralnog savjetovanja u Hrvatskoj* 77
3.2. Teologija i duhovnost u liječenju PTSP-a 78
3.3. Hagioterapija u liječenju PTSP-a 80
3.4. Pastoralni modeli rada sa osobama oboljelim od PTSP-a 82
3.4.1. *Uloga kluba u liječenju PTSP-a* 82
3.4.2. *Valpovački model liječenja PTSP-a* 83
3.4.3. *Đakovački model rada s osobama oboljelim od PTSP-a* 84
3.4.4. *Struktura rada Povjerenstva* 86
3.4.5. *Domišljanje i organiziranje sustavne crkvene skrbi* 91
3.4.6. *Obitelj kao važna stanica u radu sa stradalnicima Domovinskog rata* 97
3.4.7. *Osvrt na rad Povjerenstva i budućnost* 98

Zaključak 100
Literatura 102

Popis tablica

Tablica 1. Simptomi PTSP-a 21
Tablica 2. Dijagnostički kriterij za postavljanje dijagnoze PTSP-a prema MKB-10 27
Tablica 3. Dijagnostički kriterij za postavljanje dijagnoze PTSP-a prema DSM-IV 28
Tablica 4. Kognitivna iskrivljenja u procjeni okoline kod PTSP-a 49
Tablica 5. Disfunkcionalna vjerovanja u vezi s traumom 50
Tablica 6. Kognitivna konceptualizacija klijenta 52

Popis slika

Slika 1. Teoretski model PTSP-a 29
Slika 2. Biokemijske promjene zbog traumatskog događanja 40
Slika 3. Algoritam za terapiju PTSP-a 46
Slika 4. Kognitivni model funkcioniranja pojedinca 47
Slika 5. Slikovni prikaz kognitivnog shvaćanja utjecaja traumatskog iskustva 50
Slika 6. Međuodnos kognicije, emocija i ponašanja 53

Sažetak

Ritam života današnjeg čovjeka ubrzan je i mnogi ne obraćaju pažnju na vlastito psihološko stanje. Posljedica toga je nakupljanje traumatskih ili stresnih događaja u ljudima. Stres ili trauma tumači se kao događaj izvan uobičajenog ljudskog iskustva. Jedan oblik bolesti koji se u vezi s time javlja je posttraumatski stresni poremećaj (PTSP).

PTSP zahvaća oboljelu osobu u cjelini djelujući na sve aspekte razvoja osobe, odnosno biološke, psihološke i socijalne aspekte. Na biološkom planu dolazi do promjena u funkcioniranju živčanog sustava, poremećeno je lučenje neurotransmitera kao što su kortizol, epinefrin, endorfini, itd., a to dovodi do promjena u raspoloženju i funkcijama našeg organizma. U psihološkoj sferi žrtva očituje brojne simptome kao što su disocijacija, naučena bespomoćnost, nametljivi snovi i sjećanja, emocionalna tupost, povučenost, depresija, itd. U socijalnom okruženju, naročito u obitelji, dolazi do velikih disfunkcija. Žrtva nepovoljno djeluje na svoju okolinu koja ujedno predstavlja, ili bi barem trebala, potpornu strukturu pri prevladavanja poteškoća. Žrtve PTSP-a žive teškim životom u kojem je svaki novi dan početak borbe sa samim sobom. Ono što se smatra uobičajenim i normalnim, poput mogućnosti samokontrole, osjećaja sigurnosti ili želje za otkrivanjem novih stvari, žrtvama PTSP-a predstavlja izuzetan napor i mukotrpan posao.

Kognitivno-bihevioralna terapija efikasan je oblik psihoterapije čija je učinkovitost dokazana brojnim kliničkim studijima u liječenju različitih psihičkih poremećaja. Stoga je nepobitna važnost provođenja tretmana kako bi se oboljele osobe mogle što lakše nositi sa danom situacijom.

Uz podršku obitelji, razumijevanje okoline, sudjelovanje u terapijama te pastoralnim modelima koje Crkva pruža i koje može pružiti u duhovno-psihološkoj pomoći žrtva poremećaja može raditi na samome sebi i tako očekivati pozitivne pomake u nošenju s bolesti.

Ključne riječi: *posttraumatski stresni poremećaj, liječenje, pastoralna pomoć*

Summary

The rhythm of today's life is accelerated and many people do not pay attention to their own psychological state. The consequence of this is the accumulation of traumatic or stressful developments in people. Stress or trauma is interpreted as an event beyond normal human experience. One form of illness that is associated with this is post-traumatic stress disorder (PTSD).

PTSD engages the affected person as a whole by acting on all aspects of person's development, that is, biological, psychological and social aspects. Biological plan includes the changes in the functioning of the nervous system, disruption of neurotransmitters such as cortisol, epinephrine, endorphins etc., which leads to changes in the mood and functions of our organism. In the psychological sphere, the victim manifests numerous symptoms, such as dissociation, learned helplessness, intrusive dreams and memories, emotional dullness, solitariness, depression, etc. In the social environment, especially in the family, large dysfunction occur. The victim unfavourably affects his or her environment, which at the same time represents, or at least it should represent, the supporting structure in overcoming the difficulties. The victims of PTSD live a difficult life in which each new day represents the beginning of a struggle with oneself. What is considered ordinary and normal, like self-control, sense of security or desire to discover new things, respresents a remarkable effort and hard work to the victims of PTSD.

Cognitive-behavioral therapy is an efficient form of psychotherapy whose effectiveness is proven by numerous clinical studies in the treatments of various psychological disorders. Therefore, the importance of conduction of treatments in order to enable the ill persons to deal with the situation in the easiest possible way is incontestable.

With family support, understanding environment, participating in therapies and pastoral models which are provided by the Church and which can be provided with spiritual-psychological assistance, the victim of the disorder can work on himself or herself and thus expect positive steps in dealing with the illness.

***Key terms**: posttraumatic stress disorder, treatment, pastoral assistance*

Uvod

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) ubraja se u kategoriju psihijatrijskih poremećaja. U ljudskoj povijesti postoji od samog početka, no tek mu se u zadnjem desetljeću pridaje više pozornosti. Posttraumatski stresni poremećaj se razvija nakon proživljene traume ili bilo kakvog za život ugrožavajućeg iskustva, kao što su razne traume iz djetinjstva, psihičko, fizičko, seksualno ili obiteljsko nasilje, prirodne katastrofe, ratne traume i slično. „Može se definirati kao odgođeni ili produljeni odgovor na stresogeni događaj ili situaciju iznimno jake ugroženosti ili katastrofalne prirode koja može izazvati sveprožimajuću uznemirenost kod gotovo svake osobe".

U suživotu s građanima Vukovara i susrećući se s osobama koje su prošle ratna stradavanja u Domovinskom ratu, uvidio sam koliko je to utjecalo na njihove živote. Mnogi su oboljeli upravo od PTSP-a. Razgovarajući s braniteljima uvidio sam veliku potrebu za pomoći, ponajviše za psihološko-duhovnom koju im jedino Crkva može pružiti. Neki suod njih bili sudionici pastoralnog modela koje je provodila tada Đakovačko-srijemska biskupija.

Upravo ću zbog toga u ovom radu nastojatipribližiti razloge nastanka PTSP-a i čimbenike koji na njega utječu, simptome koje žrtva očituje te kakvo je liječenje potrebno osobama oboljelim od ovog poremećaja. Kako bi osobe mogle normalno funkcionirati u svom okruženju, neizbježna je odgovarajuća terapija. Uz farmakoterapijsko liječenje vrlo su važni i drugi oblici liječenja kao što je kognitivno-bihevioralna terapija i grupne terapije koje su se pokazale učinkovitima. Također ću se na PTSP osvrnuti i s biološko-psihosocijalnih aspekata kako bih ukazao kroz što žrtva prolazi i na koje se sve faktore treba djelovati u prevenciji i liječenju PTSP-a.

Kroz analizu pastoralnih modela rada sa osobama oboljelim od PTSP-a, posebno želim istražiti đakovačko-srijemski model rada sa stradalnicima Domovinskog rata te napraviti komparaciju različitih modela prisutnih u pastoralnom radu Crkve.

Cilj mi je istražiti učinkovite modele i na temelju njih ponuditi pastoralni model koji bi bio najučinkovitiji za oboljele od PTSP-a.

I. POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ

Na početku ovoga rada želim prikazati što je stres te koje su njegove posljedice i utjecaji na posttraumatski stresni poremećaj. Budući da je posttraumatski stresni poremećaj najčešće vezan uz rat, kroz povijesni ću pregled prikazat kako je došlo do većeg interesa za ovaj problem.

Predstavit ću i problem PTSP-a te njegove oblike. Uz to, želim približiti medicinski pogled na PTSP, ali također i psihološki, biološki i socijalni aspekt PTSP-a.

1.1. Stres i trauma

Pojam stresa označava vanjsku silu koja djeluje na neki predmet i izaziva napetost (umor) materijala, te strukturalne promjene u predmetu. Glavno obilježje Akutnog stresnog poremećaja je razvoj karakterističnih anksioznih, disocijativnih i drugih simptoma koji se javljaju 1 mjesec nakon izloženosti ekstremnom traumatskom stresoru. Prilikom proživljavanja traumatskog događaja ili nakon njega osoba ima najmanje tri od navedenih disocijativnih simptoma: subjektivni osjećaj tuposti, ravnodušnost ili odsutnost emocionalnog odgovora, reduciranu svjesnost o svojoj okolini, derealizaciju, depersonalizaciju ili disocijativnu amneziju. Nakon traume, traumatski događaj se neprestano proživljava, osoba vidljivo nastoji izbjeći poticaje koji mogu probuditi sjećanja na traumu, ima očite simptome anksioznosti i povišenog uzbuđenja.[1]

Simptomi moraju izazivati klinički značajne smetnje i ometati normalno funkcioniranje ili oštetiti sposobnost pojedinca da obavi potrebne poslove. Poremećaj traje najmanje 2 dana, ali ne dulje od 4 tjedna nakon traumatskog događaja. Simptomi nisu posljedica neposrednog fiziološkog učinka psihoaktivne tvari ili općeg zdravstvenog stanja, ne mogu se bolje objasniti Kratkim psihotičnim poremećajem i nisu egzacerbacija prijašnjeg duševnog poremećaja.[2]

Kao odgovor na traumatski događaj osoba razvija disocijativne simptome. Osoba s Akutnim stresnim poremećajem ima sniženi emocionalni odgovor, često ne uživa u prijašnjim, rado prakticiranim aktivnostima i često se osjeća krivom zbog obavljanja uobičajenih poslova.[3] Također može imati poteškoće u koncentriranju, osjećati se odvojenim od tijela, doživljavati svijet kao nestvaran ili kao iz snova, otežano se prisjećati pojedinih detalja traumatskog događaja.

[1] AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, Međunarodna verzija s MKB – 10 šiframa*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1996., str. 440.
[2] Isto.
[3] Isto. str. 441.

Uz to, prisutan je barem jedan simptom iz svake skupine simptoma potrebnih za dijagnozu posttraumatskog stresnog poremećaja. Kao prvo, traumatski događaj se stalno ponavlja, proživljava (prisjećanje, slike, misli, snovi, iluzije, flashback epizode, osjećaj uzbuđenosti kod izloženosti podsjetnicima na događaj). Drugo, izbjegava se sve što podsjeća na traumu (mjesta, ljudi, aktivnosti). Konačno, prisutna je pretjerana uzbuđenost u odgovoru na podsjetnike traume (smetnje spavanja, razdražljivost, slaba koncentracija, hipervigilitet, motorički nemir, pretjeran odgovor na iznenadne podražaje).[4]

Različita su definiranja stresa, liječnik Hans Selye definira stres kao nespecifičan sklop tjelesnih promjena poznat kao opći adaptacijski sindrom. Selye smatra da postoje dvije vrste tjelesnih reakcija na štetne podražaje iz okoline, a ovise o osobinama podražaja (specifične reakcije), koje su različite s obzirom na to je li organizam izložen gladi, žeđi, toplini, hladnoći, infekciji, ranjavanju itd. Druga skupina su nespecifične tjelesne promjene, koje štite organizam od štetnih podražaja ili mu pomažu da im se prilagodi, a nazivamo ih opći adaptacijski sindrom.[5]

On se razvija kroz tri faze:

1. faza alarma u kojoj dolazi do mobilizacije organizma
2. faza otpora u kojoj brojne hormonalne i kemijske promjene potiču tjelesne obrambene mehanizme
3. faza iscrpljenja u kojoj je štetno djelovanje okolnih podražaja spriječeno ili je organizam odustao od borbe, što dovodi do privremene nemogućnosti organizma da normalno funkcionira. U drastičnim okolnostima u fazi iscrpljenja može doći i do smrti.[6]

Drugi pristup je teorija životnih promjena koju donosi Dohrenwend, prema kojoj je stres odgovor na zbivanja koja pojedinac sa svojim sposobnostima prilagodbe ne može svladati. Životni događaji razlikuju se s obzirom na to koliko pojedinac mora uložiti napora da bi im se prilagodio, i kolike će promjene izazvati u njegovom životu. U takve promjene ubrajaju se svi događaji koji od pojedinca zahtijevaju određeni stupanj prilagodbe (npr. zaposlenje, brak, rođenje djeteta, razvod braka, bolest, završetak školovanja itd.). Pokazalo se da se neki događaji češće javljaju u razdobljima koja prethode pojavi bolesti, te da s povećanjem broja životnih promjena raste i učestalost pojave bolesti.[7]

---

[4] AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, Međunarodna verzija s MKB – 10 šiframa*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1996., str. 441.

[5] Usp. J. PREGRAD (ur.), *Stres, trauma i oporavak*, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb, 1996., str. 93.

[6] Isto.

[7] Usp. M. HAVELKA (ur), *Zdravstvena psihologija*, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1990., str. 60.

U suvremenim teorijama stresa koje tvrde da postoji interakcija između pojedinca i njegove okoline, odnosno onoga što se objektivno događa, spada sljedeća teorija psihologa Richarda S. Lazarusa i suradnika.

Psiholog Lazarus definira stres kao "stanje koje se javlja u situaciji nesklada između zahtjeva koje okolina postavlja pred pojedinca i njegovih mogućnosti reagiranja na te zahtjeve", stres je rezultat svjesne procjene pojedinca o tome da je njegov odnos s okolinom poremećen. Bez takve procjene nema stresa, bez obzira na to kakva je objektivna opasnost iz okoline.[8]

Stresor ili izvor stresa može se definirati kao događaj ili niz događaja za koje procjenjujemo da ugrožavaju naš život i/ili život nama važnih ljudi, materijalna dobra, samopoštovanje i sl., odnosno kao događaj za koji smatramo da može poremetiti (izmijeniti) uobičajeni, svakodnevni tijek našeg života. Stresor je, dakle, vanjski događaj , dok je stres unutrašnje stanje ili doživljaj.[9]

Primarna procjena određuje hoće li podražaj ili situacija djelovati kao stresor ili neće, a sekundarna se odnosi na procjenu vlastitih sposobnosti i mogućnosti savladavanja određene situacije. Sekundarna procjena utječe na primarnu tako da se "prijetnja" može pretvoriti u "izazov", a "izazov" u "prijetnju".

Psiholog Petz definira stresor kao "svaki vanjski ili unutarnji podražaj, koji od organizma traži udovoljavanje određenim zahtjevima, rješavanje problema i pojačanu aktivnost ili jednostavno neki novi oblik prilagodbe ".[10]

Psiholozi Lazarus i Cohen klasificiraju psihološke stresore u tri opće kategorije[11]:

1. Kataklizmički stresori, koji djeluju naglo, snažno i univerzalno na većinu ljudi (npr. prirodne nepogode, ratovi, nuklearne katastrofe);
2. Osobni stresori (npr. smrt bliske osobe, gubitak zaposlenja.) koji zahtijevaju velike adaptivne napore
3. Svakodnevni stresori koji se odnose na dugotrajne repetitivne (ponavljajuće) događaje koji su dio svakodnevnog života (događaji u obitelji, na radnom mjestu)

Suočavanje usmjereno na problem uključuje mehanizme pomoću kojih se nastoji djelovati na situaciju, tj. na sam stresor. S druge strane suočavanje usmjereno na emocije ima funkciju lakšeg podnošenja čuvstvenog uzbuđenja izazvanog stresnom situacijom.

---

[8] Usp. J. PREGRAD (ur.), *Stres, trauma i oporavak*, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb, 1996., str. 95.

[9] Usp. M. HAVELKA (ur), *Zdravstvena psihologija*, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1990., str. 61.

[10] Usp. B. PETZ (ur.), *Psihologijski rječnik*, Prosvjeta, Zagreb, 1992., str. 471.

[11] Usp. M. KRIZMANIĆ (ur), *Psihološka pomoć u ratu*, Katedra za zdravstvenu psihologiju, Viša medicinska škola, Medicinski fakultet, Zagreb, 1991., str. 86-87.

Istraživanja su pokazala da ljudi u stresnim situacijama najčešće koriste obje skupine načina suočavanja, a koja će od njih prevladati ovisi o osobi, te o sadržaju i kognitivnoj procjeni situacije.[12] Reakcije do kojih dolazi u povodu nekog stresnog događaja mogu se svesti na tri osnovna oblika[13]:

1. toleriranje ili podnošenje djelovanja stresora i stanja stresa
2. kontroliranje, tj. djelovanje na stresor ili simptome stresa
3. rezignacija, tj. odustajanje od pokušaja da se situacija svlada

Stresni događaji dovode do traumatskih događaja koji mogu izazvati posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), a uključuju smrt ili ranjavanje ili prijetnju po vlastiti ili tuđi tjelesni integritet, te nakon kojih se javlja intenzivan strah, bespomoćnost ili užas. Traumatski događaj se razlikuje od stresnoga, jer zbog svog intenziteta i vrste dovodi do patnje većine ljudi, neovisno o tome u kakvom su psihofizičkom stanju bili prije takvog događaja i bez obzira na raspoložive načine suočavanja. Reakcije na traumatsko iskustvo smatraju se neizbježnima i univerzalnima, tj. opći oblik posttraumatskih reakcija je sličan kod svih ljudi.

Uz različite prirodne katastrofe, rat je jedna od kolektivnih stresnih situacija, no njegovi psihološki efekti su različiti od efekata mirnodopskih stresora. Rat je namjeran ljudski čin, što ostavlja teže psihološke posljedice (kod 80% žrtava katastrofa izazvanih ljudskim djelovanjem ostaju dugotrajne posljedice u doživljavanju i ponašanju).[14] Dovodi do katastrofa ogromnih razmjera koji pogađa, većim ili manjim intenzitetom, cjelokupno stanovništvo. Posljedice su u tolikoj mjeri traumatične da znatno prelaze sposobnosti većine ljudi da se s njima suočavaju.

1.2. Povijesni razvoj PTSP-a

Jedan od prvih opisa stresnih poremećaja povezanih s borbenom aktivnošću nalaze se u Homerovim opisima povratka trojanskih ratnih veterana.

Tijekom 19. stoljeća u Europi je bilo više željezničkih nesreća, nakon kojih su preživjeli imali simptome koje bismo danas dijagnosticirali kao PTSP, a koji su se tada označavali pojmom „željeznička moždina“ (engl. *railroad spine*), jer se smatralo da su ovi simptomi prouzročeni pritiskom na leđnu moždinu.[15]

---

[12] Usp. J. PREGRAD (ur.), *Stres, trauma i oporavak*, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb, 1996.

[13] Usp. M. KRIZMANIĆ (ur), *Psihološka pomoć u ratu*, Katedra za zdravstvenu psihologiju, Viša medicinska škola, Medicinski fakultet, Zagreb, 1991., str. 4-5.

[14] Usp. M. KRIZMANIĆ (ur.), *Ublažavanje i uklanjanje psiholoških posljedica rata*, Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet, Zagreb, 1993., str. 22.

[15] Usp. G. ARBANAS, *Metabolički sindrom osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem*, Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, 2012., str. 1-2.

Njemački neurolog Herman Oppenheim prvi je upotrijebio termin "traumatska nuroza" za koji je pretpostavljao da je organskog podrijetla, odnosno da je rezultat molekularnih promjena u središnjem živčanom sustavu. Posttraumatski stresni poremećaj je prvo opisan u vojnika koji su sudjelovali u američkom građanskom ratu. Učestale teškoće vezane uz kardiovaskularni sustav u traumatiziranih vojnika, začetak su duge tradicije povezanosti posttraumatskog stresnog poremećaja i "srčane neuroze". Psihičke poremećaje u vojnika u I. svjetskom ratu stručnjaci tog doba smatrali su funkcionalnim pa su ih označavali terminom "šok od granate" , nazivom koji je uveo Charles Samuel Mayers, britanski vojni psihijatar. Međutim, "šok od granate" javljao se i u vojnika koji nisu bili izloženi granatiranju te se postupno iskristaliziralo razmišljanje o emocijama kao uzroku simptoma. Myers je igrao važnu ulogu u tumačenju povezanosti "ratne neuroze" i organskih čimbenika, pri čemu je uzroke simptoma nalazio u molekularnim komocijama mozga.[16]

Godine 1922. mladi A. Kardiner vratio se u New York s jednogodišnjeg boravka u Beču gdje ga je analizirao Freud. Kardiner je u New Yorku otvorio prvu psihoanalitičku privatnu praksu i odlazio raditi i na psihijatrijsku kliniku Ureda za ratne veterane gdje je vidio mnoge muškarce s ratnom neurozom. Mučila ga je ozbiljnost njihovih simptoma i vlastita nesposobnost da ih izliječi. Kardiner se dugo borio da teoriju ratne neuroze razvije unutar psihoanalize. Pod utjecajem psihoanalitičke teorije uveden je pojam "traumatska neuroza", a smatralo se da je ona rezultat reaktiviranja nerazriješenih konflikata u predisponiranih osoba. II. svjetski rat donio je nova klinička iskustva, a pogotovo istraživanje tegoba osoba koje su proživjele strahote koncentracijskih logora te se uvodi "sindrom koncentracijskog logora" (anksioznost, psihomotorni nemir, ustrašenost, poremećaj sna, noćne more, umor, fobičke reakcije, zaokupljenost uspomenama doživljenog mučenja). Kod silovanih žena, isti ovaj sindrom tijekom 1970-ih pojavljivao se pod nazivom sindrom traume silovanja (Arbanas, 2012.).

Neuroze veterana iz II. svjetskog rata dovele su do definiranja kategorija velike stresne reakcije u prvom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (DSM-I) 1952. godine. Problemi proučavanja ratnih veterana iz Vijetnama te klinički rad sa žrtvama katastrofa konačno je doveo do definiranja posttraumatskog stresnog poremećaja u DSM-III, 1980. godine.[17]

[16] Usp. R. GREGUREK, Povijest psihotraume, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva,* R. Gregurek - E. Klain (ur.), Zagreb, 2000., str. 3.

[17] Usp. R. GREGUREK, Povijest psihotraume, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva,* R. Gregurek - E. Klain (ur.), Zagreb, 2000., str. 4.

Veći interes za PTSP od druge polovice 20. stoljeća proizlazi iz činjenice da se različiti oblici traumatskih događaja pojavljuju sve češće, a kao posljedice kojih može se razviti PTSP, npr. prometne nesreće, ratovi, teroristički napadi, ubojstva, silovanja, itd.

1. 3. Etiologija PTSP-a

PTSP je jedan od rijetkih mentalnih poremećaja koji je definiran njegovim uzrokom: bez značajnog stresogenog događaja ova dijagnoza se ne može postaviti. Svakako da sama trauma nije dovoljan uvjet, nego i osobnost osobe kod koje će se razviti PTSP. Relativni značaj i predisponirajući elementi traume nisu još uvijek dovoljno razjašnjeni.

Etiološki model ovog poremećaja ne može biti potpun bez sagledavanja vulnerabilnosti osobe prije traume, njenog doživljaja traume i posttraumatskih čimbenika. Jedan od problema se sastoji u operacionalizaciji intenziteta ili prirode stresogenog događaja. U više studija je nađeno da je težina traume povezana sa težinom simptoma, kao i da je trajanje i intenzitet izlaganja traumatskom događaju pozitivno povezano sa težinom PTSP.[18]

U nekim studijama se izvješćuje o čimbenicima koji doprinose razvoju ovog poremećaja, kao što su, prethodno izlaganje istom tipu trauma, anamneza o poremećaju ponašanja tijekom djetinjstva, starost u vrijeme traume, premorbidne karakteristike osobnosti. Među čimbenicima u posttraumatskom periodu ističu se, socijalna podrška i izlaganje drugim stresogenim događajima koji potiču ponovno proživljavanje traume. Međutim, neke studije o ratnim veteranima pokazuju da ovi čimbenici imaju malu diskriminativnu snagu kada intenzitet traume raste: visoko izlaganje borbama dovodi do visoke stope PTSP, nezavisno od premorbidnih čimbenika.[19]

U drugim studijama nalazi su oprečni, nađeno je da se kod mnogih pojedinaca ne razvijaju simptomi poremećaja i pokraj izlaganja najtraumatičnijim situacijama. Osim toga, među onima kod kojih se razvijaju simptomi neposredno nakon traumatskog događaja, samo će se kod nekih razviti kronični PTSP.

Iz navedenih razloga postavljena je hipoteza da razvoj PTSP proistječe iz kombinacije čimbenika od kojih su samo neki direktno povezani sa izlaganjem traumi.[20]

---

[18] Usp. V. FOLNEGOVIĆ ŠMALC, Posttraumatski stresni poremećaj, u: *Medix - specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 16 (71) 2010., 134-137.

[19] Usp. G. C. DAVISON, J. M. NEALE, *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1999., str. 184-185.

[20] Usp. Isto.

1. 4. Epidemologija PTSP-a

Epidemiološki podatci o PTSP-u vrlo su različiti od istraživanja do istraživanja. Razlog tome je prije svega različita metodika pojedinih istraživanja, ponajprije vezanih za definiciju ispitivane populacije, ali i za dijagnostičke kriterije. Zbog toga je pri svakom iznošenju epidemioloških podataka vezanih uz PTSP obavezno navoditi klasifikaciju koja se primjenjuje, definirati populaciju u kojoj se ispituje i vrijeme kad se ispituje PTSP. Velike razlike se dobivaju u prevalenciji PTSP-a ako ga ispitujemo u općoj populaciji ili ako ga ispitujemo u populaciji psihotraumatiziranih osoba. Razlike u pojavljivanju PTSP-a dobit ćemo ako primjenjujemo različite dijagnostičke kriterije. Obavezno je navesti govori li se o životnoj prevalenciji ili pojavnosti poremećaja u određenom vremenskom intervalu.

Učestalost PTSP-a u općoj populaciji smatra se da je manja od 1%. U DSM-IV klasifikaciji navodi se da se prevalencija PTSP-a tijekom života u općoj populaciji kreće od 1 do 14%, ovisno o metodama prikupljanja podataka i uzorku. Iako se u prijašnjim definicijama stresnog događaja inzistiralo na činjenici da stresor mora biti "izvan uobičajenog ljudskog iskustva", studije u općoj populaciji pokazuju da su takva iskustva relativno česta. Smatra se da će u današnje doba otprilike 1/3 opće populacije tijekom svoga života barem jednom biti izložena stresnom događaju. S druge strane pripadnici nekih profesija svakodnevno imaju veću mogućnost da budu izloženim katastrofičnim situacijama ili značajnim događajima. Jedan od uzroka nastanka PTSP-a je i tzv. kućno nasilje. Navodi se da ono postoji u 16% svih brakova godišnje, odnosno u 50-60% svih brakova tijekom cjelokupnog njihovog trajanja.[21]

U DSM-IV klasifikaciji navodi se da se prevalencija PTSP-a za rizične skupine (npr. vojne veterane, žrtve vulkanskih erupcija, kriminalnog nasilja) kreće od 3 do 58%. Među rizičnim skupinama nedvojbeno najekscesivnije su proučavani vojni veterani i ratni zarobljenici. Navodi se prevalenciju PTSP-a od 15,2% za sve muške veterane vijetnamskog rata, a 8,5% za žene veteranke vijetnamskog rata. Kada su izdvojili samo one vijetnamske veterane koji su bili sudionici teških borbi onda je prevalencija PTSP-a iznosila 36%. U veterana britanske vojske, koji su sudjelovali u falklandskom ratu, PTSP je nađen u 22%.[22]

Prema istraživanjima provedenim kod nas učestalost PTSP-a u nekim izbjegličkim i prognaničkim kampovima 30-40%, među razmijenjenim zarobljenicima oko 55%, dok je među politramatiziranim ženama, koje su bile silovane ili su prisustvovale silovanju drugih učestalost

[21] Usp. J. R. T. DAVIDSON, D. HUGES, D. G. BLAZER, Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study, u: *Psychological Medicine* 21 (1991.), str. 713-721.

[22] Usp. V. FOLNEGOVIĆ ŠMALC, Epidemiologija posttraumatskog stresnog poremećaja, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva*, R. Gregurek - E. Klain (ur.), Zagreb, 2000., str. 41-43.

PTSP-a čak 70%. U literaturi se navodi da je prevalencija PTSP-a viša u žena. Domaća istraživanja upućuju da je prevalencija PTSP-a u korelaciji s brojem psihotrauma, tj. da se PTSP češće javlja u osoba koje su višestruko traumatizirane, ali i da pojedine psihotraume češće dovode do javljanja PTSP-a nego druge. Tako npr. silovanje češće dovodi do PTSP-a nego gubitak voljene osobe, prisustvovanje ubijanju i ranjavanju drugih osoba češće dovodi do PTSP-a nego vijesti o ubijanju ili ranjavanju.[23]

Komar i Vukušić na velikom uzorku od 3217 hrvatskih veterana zabilježili su postojanje PTSP-a u 16,22% veterana, a za daljnjih 25% veterana ocijenili su da imaju parcijalni PTSP. Domaća istraživanja ukazuju, da se PTSP rjeđe javlja u osoba s višom naobrazbom nego u osoba s nižom naobrazbom.

1. 5. Komorbiditet PTSP-a

Prema Arbanasu vrlo je visoka stopa komorbiditeta kod PTSP-a. Procjene se kreću od 45 do 99%.44,48 Jedan od najčešćih jest komorbiditet s depresijom, i procjenjuje se da 16-70% oboljelih od PTSP-a ima depresiju. Postavlja se pitanje je li depresija čimbenik rizika za razvoj PTSP-a, je li PTSP čimbenik rizika za razvoj depresije, ili jedan od ovih poremećaja dovodi do egzacerbacije onog drugog. Također je poznato da depresija može biti posljedica izloženosti stresnoj situaciji; a u slučajevima ekstremnog nasilja češća posljedica je depresija nego PTSP. [24]

Ostaje otvoreno pitanje jesu li PTSP i depresija međusobno povezane ili međusobno neovisne posljedice traume. Zbog preklapanja nekih od simptoma depresije sa simptomima PTSP-a katkad je teško razlučiti da li određena klinička slika govori u prilog postojanju komorbidne depresije ili se radi „samo“ o simptomima PTSP-a. Također je čest komorbiditet sa štetnom upotrebom i ovisnošću o alkoholu i drugim psihoaktivnim tvarima (u 17-73% slučajeva), agorafobijom, paničnim poremećajem (osobito kod žena) i opsesivno-kompulzivnim poremećajem, somatizacijom, graničnim i antisocijalnim poremećajem ličnosti, disocijativnim poremećajem.[25]

Komorbidna depresija i anksiozni poremećaji dva su puta češći kod žena oboljelih od PTSP-a nego kod muškaraca.

---

[23] Usp. V. FOLNEGOVIĆ ŠMALC, Epidemiologija posttraumatskog stresnog poremećaja, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva,* R. Gregurek - E. Klain (ur.), Zagreb, 2000., str.141-143.

[24] Usp. G. ARBANAS, *Metabolički sindrom osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem*, Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, 2012.,str. 9.

[25] Usp. Isto.

Razlozi za ovakvu visoku stopu komorbiditeta mogu biti: preklapanje simptoma PTSP-a sa simptomima drugih poremećaja, vulnerabilnost za PTSP u slučaju premorbidnih drugih poremećaja ili ovi komorbidni poremećaji mogu predstavljati komplikaciju PTSP-a. Moguće je i da više ovih čimbenika djeluje istodobno. Drži se da su upravo ova komorbidna stanja odgovorna za ograničeni uspjeh liječenja PTSP-a.

Julić je na uzorku od 375 hrvatskih ratnih stradalnika našao da se komorbiditetna bolest javlja u 85,3% slučajeva te da je najčešće riječ o anksioznosti (46,9%) i depresivnom poremećaju (32,5%).[26]

Osim psihijatrijskog komorbiditeta, postoji i značajan komorbiditet s tjelesnim bolestima, te povišene stope mortaliteta, prijevremene smrti i učestalosti korištenja zdravstvene zaštite. Zbog ove veze, neki smatraju da PTSP predstavlja vezu između traume (traumatskog događaja) i sekundarnih kardiovaskularnih, metaboličkih i autoimunih stanja, preko neuroendokrino - imunoloških nenormalnosti. Istraživanja pokazuju da više od 55% oboljelih ima neki od somatskih komorbiditeta, a najčešće se radi o degenerativnim koštanim bolestima, hipertenziji, šećernoj bolesti.

1.6. Klinička slika PTSP-a

U suvremenim klasifikacijama, PTSP se nalazi u različitim kategorijama. U međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB 10) on se nalazi u kategoriji „reakcije na teški stres i poremećaji prilagodbe“ (uz akutnu reakciju na stres i poremećaje prilagodbe), koja je dio glave „Neurotski poremećaji, poremećaji vezani uz stres i somatoformni poremećaji“ (u kojoj se nalaze i fobično anksiozni poremećaji, drugi anksiozni poremećaji, opsesivno-kompulzivni poremećaj, disocijativni poremećaji, somatoformni poremećaji i drugi neurotski poremećaji); dok je u DSM-IV-TR on dio anksioznih poremećaja, a koji ne uključuju somatoformne i disocijativne poremećaje.[27] U prijedlogu je za DSM-V da se izdvoji posebna kategorija traumatskih poremećaja i poremećaja vezanih uz stres, u kojoj skupini bi, osim PTSP-a, bili i poremećaj reaktivnog vezanja, poremećaj dezinhibiranog socijalnog uključivanja, akutni stresni poremećaj, te poremećaji prilagodbe.[28]

---

[26] Usp. V. FOLNEGOVIĆ ŠMALC, Epidemiologija posttraumatskog stresnog poremećaja, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva,* R. Gregurek - E. Klain (ur.), Zagreb, 2000.,str. 43.

[27] Usp. G. ARBANAS, *Metabolički sindrom osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem*, Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, 2012., str. 1-2.

[28] AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*, *Međunarodna verzija s MKB – 10 šiframa*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1996., str. 440.

Simptomi i potpuno razvijena klinička slika PTSP-a mogu se javiti odmah nakon stresnog događaja, ili ubrzo nakon njega, ali se prvi simptomi i psihičke teškoće mogu javiti i mnogo godina nakon traume. Ukoliko se radilo o reakciji na borbeni stres, PTSD se može nastaviti na ovu reakciju. Obično se odmah nakon traume razvijaju anksiozna i depresivna stanja, a simptomi emocionalnog susprezanja karakteristični su za kroničnu formu PTSP-a. Ponekad su potrebne i godine da bi se razvila potpuna slika PTSP-a.[29]

Najznačajnija karakteristika PTSP-a je stalno ponovno doživljavanje traumatskog događaja. Bolesniku se obično nameću, bez poticaja iz okoline, mučna i neželjena sjećanja na traumatskog događaja. Ta intruzivna sjećanja praćena su odgovarajućom mučnom emocionalnom reakcijom. Ponekad se javljaju teški snovi koji bolesnika po nekoliko puta tijekom noći bude. Bolesnik se može iznenada početi ponašati ili osjećati kao da se traumatski događaj ponovno zbiva, odnosno kao da ga on proživljava. Za to su primjeri iluzije, halucinacije i disocijativne (flashback) epizode. Događaji koji simboliziraju ili podsjećaju na traumatski događaj mogu izazvati intenzivnu psihološku patnju.[30]

Bolesnik nastoji izbjegavati poticaje vezane uz traumu ili se javlja otupjelost opće reaktivnosti. Nastoji izbjegavati misli ili osjećaje vezane uz traumu ili aktivnosti i situacije koje pobuđuju sjećanja na traumu. Može se javiti nemogućnost sjećanja nekog važnog aspekta traume (psihogena amnezija) ili izrazito smanjenje zanimanja za značajne aktivnosti. Mogu se javiti osjećaji odvojenosti ili otuđenosti od drugih, zatim ograničen spektar afekata ili osjećaj uskraćene budućnosti.[31]

Javljaju se i simptomi pojačane pobuđenosti koji nisu postojali prije traumatskog doživljaja. Pojavljuju se smetnje sna, prekomjerna napetost i preosjetljivost, smetnje koncentracije, hipervigilnost, reakcija pretjeranog straha, a može se javiti i fiziološka reaktivnost uslijed izloženosti događajima koji simboliziraju traumatski događaj. Mogu se javiti i agresivne reakcije različitog intenziteta.[32]

Osim opisanih simptoma karakterističnih za PTSP, i mnogi drugi simptomi mogu biti prisutni u osoba s ovim psihičkim poremećajem. Učestali su tako simptomi anksioznosti s tremorom i nemirom. Često se javlja osjećaj krivnje te osjećaj stida. Simptomi depresije ili anksioznosti ponekad mogu biti tako izraženi da je potrebno postaviti dijagnozu depresivnog ili anksioznog sindroma.

---

[29] Usp. D. BEGIĆ, *Psihopatologija*, Medicinska naklada, Zagreb, 2014., str. 306-307.

[30] Usp. V. JUKIČ, Klinička slika posttraumatskog stresnog poremećaja, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva,* R. Gregurek - E. Klain (ur.), Zagreb, 2000., str. 22-23.

[31] Isto.

[32] Usp. D. KOZARIĆ KOVAČIĆ, Z. KOVAČIĆ, L. RUKAVINA, Posttraumatski stresni poremećaj, u: Medix - specijalizirani medicinski dvomjesečnik, 13 (2007) 71, str. 102-106.

Progresija depresivnih osjećaja može dovesti do suicida, a anksioznost može postavljati osnovu za nastajanje ovisnosti o alkoholu ili drogama. Opisane su eksplozije nasilnog ponašanja u ratnih veterana.[33] Maligni oblik PTSP-a kod ratnih veterana karakteriziran je nasilnim , eksplozivnim ponašanjem, socijalnom izopćenošću i izolacijom, gnušanjem prema samom sebi i prezistentnim ponovnim doživljavanjem ratne traume.

U takvih bolesnika mogu se javiti i simptomi organskog psihosindroma kao što su teškoće u pamćenju, koncentracije, emocionalne labilnosti, glavobolje i vrtoglavice. Somatske tegobe su čest simptom koji prati PTSP, a najčešće se opisuju glavobolja, bol u prsima, impotencija. Katkad su ti simptomi toliko izraženi da se može postaviti dijagnoza psihosomatskog poremećaja. Nisu rijetki slučajevi pojave paničnih napada.

PTSP se može javiti i u male djece. Djeca mogu pokazivati smanjen interes za značajnije aktivnosti. U djece se ubrzo nakon traume mogu javiti uznemirujući snovi koji mogu prijeći u strašne more. Mala djeca nemaju osjećaj da ponovno proživljavaju prošlost; ponovno proživljavanje traume događa se u akcije, kroz dramu koja se ponavlja.[34]

Simptomi PTSP-a u djece može biti izrazita promjena stava prema budućnosti - imaju osjećaj uskraćene budućnosti. U neke djece javlja se "formiranje zlih slutnji", tj. uvjerenje u sposobnost proricanja nepovoljnih događaja. Djeca mogu imati simptome glavobolje, bol u želucu ili nekih drugih tjelesnih simptoma koji prate specifične simptome PTSP-a.[35]

1.7. Čimbenici koji pridonose razvoju PTSP-a

Činjenica je da svaka osoba koja proživi neku traumu ne razvije posttraumatski stresni poremećaj. Postavlja se pitanje koji su to faktori rizika koji neku osobu čine ranjivijom i povećavaju vjerojatnost razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja?

Na to pitanje nastojale su odgovoriti psihologinje Mary P. Koss i Mary R. Harvey nabrajajući sljedeće čimbenike: osobni čimbenici, čimbenici koji se odnose na sam traumatski događaj te čimbenici koji se tiču okoline.

Osobni čimbenici podrazumijevaju različite biološko psihosocijalne karakteristike neke osobe. Tu se ubrajaju biološke predispozicije koje se odnose na činjenicu da su neke osobe od rođenja predodređene da se lakše uzbude. Takve osobe će najvjerojatnije i na nasilje ili neki drugi tip traume reagirati intenzivnije.

[33] V. JUKIČ, Klinička slika posttraumatskog stresnog poremećaja, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva,* R. Gregurek - E. Klain (ur.), Zagreb, str. 2000., str. 23.
[34] Isto.
[35] Isto.

Sljedeći čimbenici su dob i stupanj razvoja žrtve, pri čemu vrijedi da kod mlađih i nezrelijih osoba koje su proživjele traumu postoji veća vjerojatnost da će imati dugotrajnije negativne posljedice. Poremećena obitelj u kojoj dijete nije naučilo normalno se suočavati sa stresom također predstavlja jedan od rizičnih čimbenika za razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja, kao i zlostavljanje u prošlosti, kod kojeg vrijedi da što je osoba mlađa bila zlostavljana, a trauma se nije liječila, njezin je živčani sustav osjetljiviji što dovodi do neadekvatnog reagiranja u određenim situacijama. Također su važne predtraumatske vještine suočavanja sa stresom te postojanje određenog smisla u životu.[36]

Čimbenici koji se odnose na traumatski slučaj su priroda, težina, čestoća i trajanje događaja te prisustvovanje drugih u tom događaju. Žrtva će, primjerice, kod izloženosti zlostavljanju lakše podnijeti kada je pretučena, nego kada je silovana. Ukoliko neko zlostavljanje značajnije ugrožava žrtvin život, događa se često i/ili kroz duži period vremena, tada se povećava vjerojatnost oboljenja od posttraumatskog stresnog poremećaja. ono što može biti korisno za žrtvu neke traume je da prilikom tog događaja ona nije bila sama, nego postoji više žrtava. Tako ta osoba dobiva određenu osjećajnu potporu koja nam je svima potrebna u teškim trenutcima.[37]

O čimbenicima okoline uvelike ovisi hoće li osoba nakon proživljene traume razviti posttraumatski stresni poremećaj. Tu ubrajamo sigurnost i zaštitu žrtve nakon traume, postojanje određenih usluga, odnosno pružanje adekvatne pomoći u zajednici i vrijednosti zajednice, tj. spremnost zajednice da pomogne žrtvi, bez predrasuda prema njoj.[38]

1.8. Simptomi PTSP-a

Klasičan sklop simptoma PTSP-a uključuje nametajuće misli o traumatskom iskustvu i psihički napor da se izbjegnu znakovi ili "podsjetnici" na traumu. U budnom stanju nametajuće misli se pojavljuju kao žive slike (flashback) ili kao snažan osjećaj proživljavanja traumatskog događaja, pri čemu se reaktivira izvorni traumatski strah i psihički pritisak. K tome, nametanje se može pojaviti u obliku noćnih mora. Do izbjegavanja (ili bijega) dolazi onda kad traumatizirane žrtve osjete neugodu zbog koje odvraćaju pozornost sa znakova u okolini koji ih podsjećaju na traumatsko iskustvo.

[36] AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, Međunarodna verzija s MKB – 10 šiframa*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1996., str.

[37] Usp. M.P. KOSS, M.R. HARVEY, *The Rape Victim: Clinicaland Community Interventions.* Newbury Park, California: Sage Publications, 1991., str. 27.

[38] J. W. WORDEN, *Savjetovanje i terapija u tugovanju*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2005., str. 93.

Traumatizirane osobe mogu uz pomoć negativnog potkrepljenja naučiti kako da se uspješno klone bolnih traumatskih simbola. Ovi obrasci nametanja i izbjegavanja obično su prisutni i u privremenoj, prirodnoj fazi tugovanja neposredno poslije smrti bliske osobe. No, kada je riječ o PTSP-u dolazi do zaustavljanja prirodnog procesa kojim se žalost i druge snažne emocije postupno stišavaju upotrebom uobičajenih načina suočavanja.

Simptomi PTSP-a očituju se na fiziološkoj, spoznajnoj i bihevioralnoj razini. Autonomno tjelesno uzbuđenje pri susretu s znakovima u okolini koji podsjećaju na traumu pojavljuje se u približno dvije trećine ratnih veterana s dijagnozom PTSP-a. Premda druge traumatizirane skupine još nisu laboratorijski ispitane s obzirom na fiziološku reaktivnost u podudarnim okolnostima, žrtve često izvješćuju o pojačanoj pozornosti, o reakcijama trzanja, i o znakovima panike.[39] Čini se opravdanim pretpostaviti da i u tim slučajevima postoji naglašena fiziološka pobudljivost na traumatske znakove.

Traumatizirane osobe često su i kognitivna iskrivljavanja povezana s "narušenim životnim shvaćanjima". Poslije traumatskog iskustva značajno se mogu promijeniti ključna uvjerenja o osobnoj ranjivosti, ravnopravnosti i životnoj pravednosti te o vlastitoj vrijednosti. Samookrivljavanje, nepovjerenje prema drugima i stalan strah za osobnu sigurnost mogu postati tako snažni da se traumatizirane žrtve teško mogu riješiti navike stalnog motrenja socijalne i fizičke okoline tražeći pritom znakove opasnosti.

Izbjegavanje "podsjetnika" na traumu pretvara se u životni stil onih žrtava koje nisu mogle svladati neposredne reakcije na traumu. Prijeteći podražaji koji izazivaju reakcije bijega ili izbjegavanja ne ograničavaju se samo na fizičku okolinu. Jako negativne emocije poput bijesa, tuge, snažne tjeskobe ili panike, mogu izazvati odgovore slične izvornim traumatskim reakcijama (ponovno proživljavanje). Stoga se izbjegavajuće ponašanje može proširiti na mnogo veći broj situacija.[40]

Psiholog Raymond B. Flannery, Jr. donosi nam znakove ili simptome PTSP-a koji su navedene u tablici 1. Ovi se simptomi mogu pojaviti tijekom traumatskog događaja, ili u nekoj od faza PTSP-a.[41]

[39] Usp. D. W. FOY, *Liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja, kognitivno-bihevioralni postupci*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1994., str. 15.

[40] Isto.

[41] R.B. Jr. FLANNERY, *Posttraumatski stresni poremećaj.* IZVORI, Nakladni zavod Evanđeoske Crkve, Osijek, 1998., str. 21.

TABLICA 1.

Simptomi PTSP-a:

Fizički simptomi	Pojačana budnost Pretjerana plašljivost Poremećaji spavanja Teškoće s koncentracijom i pamćenjem Razdražljivost (promjene raspoloženja) - posebice srdžba i depresija
Nametljivi simptomi	Vraćanje na događaj (misli, sjećanja, snovi, noćne more, bljeskovi sjećanja) Fizička i psihička uznemirenost na događaj koji simbolizira traumu Tugovanje i osjećaj krivice preživjelog
Simptomi izbjegavanja	Izbjegavanje specifičnih misli, osjećaja, aktivnosti ili situacija Gubitak interesa za značajne aktivnosti Sužen raspon osjećaja (tupost)

1.8.1. Fizički simptomi

Prva grupa simptoma koji se odnose na fiziološki poremećaj. Osoba se nalazi u kontinuiranom stanju pojačane budnosti i opreza iako više nema krize. Toliko je preokupirana svojom sigurnošću da se uopće ne može opustiti. Neke osobe pokazuju pretjeranu plahost, skačući i na najmanji zvuk, čak i kada nema nikakve opasnosti. Pojačana budnost i pretjerana plahost su česte pojave u žrtava koje se nakon traume nisu liječile.

Česte su i smetnje spavanja, a posebice problemi zaspivanja i održavanja sna. Žrtve mogu imati i poteškoća s koncentracijom na obične rutinirane sadržaje. Ponekad se teško nečega prisjete, ili se nikako ne mogu osloboditi prisjećanja na neke prošle događaje, ili im se naizmjenično događa i jedno i drugo.

Žrtve nasilja su ponekad razdražljive, imaju napade srdžbe kada za to nema vidljivog razloga, a često se doimaju potištenima.[42]

[42] Usp. R. B., Jr. FLANNERY, *Posttraumatski stresni poremećaj.* IZVORI, Nakladni zavod Evanđeoske Crkve, Osijek, 1998., str. 22.

1.8.2. Nametljivi simptomi

Kada osoba doživi psihičku traumu, mozak naizmjence obnavlja bolni događaj da bi se bolje razumio što se dogodilo (nametanje) i nadugo zaboravlja i događaj i bol povezan s događajem (izbjegavanje). Oba procesa imaju vlastiti skup simptoma.

Nametljive simptome sačinjavaju neželjena obnavljanja bolnih događaja. Misli, prisjećanja, snovi, noćne more i bljeskovi sjećanja (poseban oblik sjećanja koja se zovu disocijacija) su uobičajeni oblici vraćanja na svakodnevno prinudno, nametljivo iskustvo traumatskog događaja. Neke žrtve, primjerice, stalno razmišljaju o događaju, druge znaju da svaka noć donosi moru koja na scenu vraća nasilje kroz koje su prošli. Neke žrtve depersonaliziraju događaj i razvijaju osjećaj kao da se traumatska epizoda dogodila nekom drugom. Kao da su bili u kazalištu u publici i na sceni promatrali nasilje koje im se dogodilo. Kod drugih se javlja problem zaborava, odnosno amnezije, a zbog kojeg su potpuno izgubili pamćenje u svezi s određenim događajem ili određenim razdobljem u svom životu. Događaji koji simboliziraju prošlo traumatsko iskustvo mogu trenutačno izazvati tjelesnu i psihičku bol.[43]

Žaljenje i krivica preživjeloga su posljednja vrsta nametljivih simptoma. Žrtve često osjećaju tugovanje zbog gubitka uzrokovanog traumatskim događajem. Izvori žalovanja mogu biti gubitak kuće u prirodnoj katastrofi, gubitak nevinosti u incestu, gubitak fizičkog integriteta u premlaćivanju kao i gubitak voljene osobe u umorstvu, bitci ili iznenadnoj smrti. Žalovanje je nametajući tip simptoma, jer nas kontinuirano podsjeća na gubitak. Krivica preživjelog je poseban oblik žalovanja. Žrtva se osjeća krivom što je preživjela, a drugi nisu. Takvim žalovanjem preživjeli i dalje ima osjećaj zajedništva s preminulima i odaje počast uspomeni na njih. Krivica preživjelog je često način obrane od beznađa.[44]

1.8.3. Simptomi izbjegavanja

Treću skupinu simptoma čine oni u kojima žrtva izbjegava sve specifične misli, osjećaje, aktivnosti ili situacije koje bi je mogle podsjetiti na traumatski događaj i mimo njene volje vratiti bolna, nametljiva sjećanja. Žrtve izbjegavaju gužvu, prijatelje, eksponiranje, zabavu i slične prilike, zbog kojih se inače uživa u životu. Zbog takvog izbjegavanja nestaje interesa za važne, ali i za ugodne aktivnosti i reducira se opseg osjećaja.

[43] Usp. R. B., Jr. FLANNERY, *Posttraumatski stresni poremećaj.* IZVORI, Nakladni zavod Evanđeoske Crkve, Osijek, 1998., str. 22.

[44] Isto.

Svi su ti simptomi po svojoj naravi neugodni, a popraćeni su poremećajima sna, noćnim morama, i bljeskovima sjećanja, sačinjavajući tako temeljne simptome PTSP-a.[45]

1.8.4. Disocijacija, naučena bespomoćnost i prinuda ponavljanja

Ovo su tri dodatna psihička procesa koji su često temeljni problem žrtava traume.

Disocijacija

Disocijacija je čudan i još ne sasvim jasan proces kojim mozak bolan događaj stavlja "na čekanje", odvajajući ga od normalne svjesne budnosti. To je poseban oblik nametljivog simptoma.

U normalnom procesu svijesti svjesni smo svega što radimo i možemo se sjetiti svakog koraka u zadatku kojeg upravo obavljamo. Primjer, svakog jutra peremo zube. Znamo gdje je četkica, znamo kako četkati zube i uspješno obavljamo taj zadatak. Ova se epizoda pranja zubi učvršćuje u našem sjećanju u onom prostoru koji čuva iskustvo pranja zubi. Ovo iznova formirano sjećanje je zbog toga dostupno našem budnom mozgu sljedeće jutro. Nismo izgubili sjećanje i možemo ga kad god želimo pronaći. Svjesna budnost i sjećanje mogu se, suočeni sa silinom traumatskog događaja, uvelike razlikovati od ovog normalnog procesa. Što se, primjerice, događa vojniku koji u jeku borbe mora proći između dijelova tijela svojih palih suboraca čak i kada progoni neprijatelja? Jedna od stvari koji se mogu dogoditi jest da će mozak ući u proces disocijacije. Ta disocirana svijest ima vlastite osjećaje, vlastite misli, vlastite fizičke pokrete tijela. U nekim slučajevima žrtva "zaboravi", odnosno razvije amneziju za disocirano iskustvo, ali se ono, isto tako, u nekim kasnijim situacijama koje simboliziraju traumu može vratiti samo od sebe.[46] Primjer, vojni veteran zna da su njegova ratna iskustva zastrašujuća, ali ih se sjeća samo općenito. Može se dogoditi da jednoga dana ide ulicom i začuje kako se autobus iznenada upali uz prasak. Taj zvuk simbolizira njegovo ratno iskustvo, disocirano sjećanje se vraća i on se baca iza parkiranog auta, počne se skrivati od neprijatelja i živo se obnavljaju sjećanja na njegove pale suborce. To vraćanje disociranog pamćenja je nametljivi simptom zvan bljesak sjećanja, živa slika i česta je pojava kod žrtava raznih trauma.[47]

---

[45] Usp. Ž. PAVLINA, Z. KOMAR, *Vojna psihologija, Priručnik za hrvatske časnike*, Ministarstvo obrane Republike Hrvatske, Zagreb, 2003., str. 408.

[46] D. KOCIJAN-HERCIGONJA, *Biološke osnove i terapija ponašanja.*, Školska knjiga, Zagreb, 2006., str. 47.

[47] Usp. D. W. FOY, *Liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja, kognitivno-biheviоralni postupci*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1994., str. 29.

Naučena bespomoćnost

Žrtve traume ne mogu učiniti nikakav korak koji bi krizu trenutno riješio. Neke žrtve i dalje povećavaju problem gubitka kontrole u trenutku krize, stvaranjem krivih pretpostavki: pretpostavljaju da zato što nisu ništa mogle učiniti glede traumatskog događaja, ne mogu ništa učiniti ni sa svojim životom. Sve manje vjeruju u povezanost između svog djelovanja i oblikovanja svijeta prema vlastitim potrebama. Netočno generaliziraju s jedne situacije na sve situacije. Više ne pokušavaju ovladati okolinom, i naprosto nauče na bespomoćnost. Takva je bespomoćnost rjeđa u žrtava koje su u životu bile izložene jednoj traumi, a često kod osoba koje su bile opetovano zlostavljane.

Bespomoćne žrtve vjeruju da u nekoj razumnoj mjeri ne mogu kontrolirati ili ovladati svojim životom. Takve osobe pretpostavljaju da će propasti svaki napor oblikovanja okoline prema vlastitim potrebama. Takve osobe naprosto prestaju sa svakim pokušajem suočavanja sa stvarnošću, a neke se u rješavanju problema potpuno oslanjaju na druge. Druga karakteristika bespomoćnosti je stanje pasivnosti ili neuključivanje u svijet. Bespomoćni ljudi se osobno ne posvećuju nikome i ničemu što bi životu dalo smisao. Bespomoćna osoba se ne uključuje u karijeru, obitelj, podizanje djece, aktivnosti šire zajednice i slično. Treća karakteristika bespomoćnosti su smetnje pri obavljanju svakodnevnih poslova. Bespomoćne osobe imaju problema u planiranju tjednih ili dnevnih uobičajenih poslova. Ne jedu redovito, ne spavaju redovito. Mogu raditi samo povremeno. Na sličan način je poremećen i interes za seksualnost, rekreaciju, i ostale normalne užitke u životu.[48]

Konačno, bespomoćne osobe su često socijalno izolirane. One izbjegavaju društvo na poslu, kod kuće, i široj zajednici. Zbog naravi traume su ostali zatvoreni, ako ne i otvoreno nepovjerljivi prema drugima i povlače se u sebe. Krajnji rezultat ove četiri karakteristike je bolno stanje depresije koje može trajati godinama. Sve dok je osoba bespomoćna, teško se može očekivati da će se depresija povući, jer sama karakteristika bespomoćnosti ne dopušta osobi nikakve obaveze, na način koji će prekinuti taj zatvoreni krug.

Prinuda ponavljanja

Netko bi mogao pomisliti da će se žrtva nakon traume i faza PTSP-a i njegovih bolnih simptoma povući da si ume predah za odmor. Često je istina suprotna: neke žrtve upravo traže situacije koje ih podsjećaju na traumu. One traže da ponove ili opet odigraju traumu.

[48] R. B., Jr. FLANNERY, *Posttraumatski stresni poremećaj.* IZVORI, Nakladni zavod Evanđeoske Crkve, Osijek, 1998., str. 28-29.

Primjerice, neke žrtve silovanja postaju prostitutke ili djeca alkoholičara mogu i sami postati ovisni o alkoholu ili drogama, neki ratni veterani vikendima izazivaju tuče u kafićima i obično izvlače kraći kraj. Raymond B. Flannery, Jr. razlog za takvo ponašanje pronalazi u biokemiji traume. Naime, prilikom ponovnog proživljavanja traume u našem mozgu se luče neurotransmiteri endorfini, koji izazivaju osjećaj ugode i smirenosti. Prinuda ponavljanja je izgleda pokušaj da se povrati razumno ovladavanje situacijom, koje je prvotna trauma prekinula. Takvi pokušaji žrtvi omogućuju ponovno ovladavanje situacijom tako da se u samom događaju potraži neki smisao.

1.9. Diferencijalna dijagnoza PTSP-a

U bolesnika koji su proživjeli teške traume potrebno je misliti i na druge psihičke poremećaje, a ne ograničiti se samo na PTSP. Poznato je da traumatski doživljaj može potencirati ili reaktivirati već otprije postojeći psihički poremećaj. Sekundarni problemi kao zlouporaba alkohola i droga, nasilničko ponašanje, izljevi bjesa, kronična bol i slično, zahtijevaju minucioznu rekonstrukciju svih simptoma zbog postavljanja prave dijagnoze.

Gotovo 80% bolesnika s PTSP-om ima tegobe koje zadovoljavaju kriterije za još jednu ili dvije konkretne psihijatrijske dijagnoze. U slučaju njihova postojanja te dijagnoze treba i postaviti uz dijagnozu PTSP-a. Najčešće popratne dijagnoze su depresija, fobični poremećaj, psihoorganski poremećaj. Ti se poremećaji mogu često predvidjeti, a mogu biti i dominantni pa prikriti postojanje PTSP-a. Diferencijalno dijagnostički je značajan poremećaj adaptacije. Rentne (kompenzacijske) neuroze su značajan diferencijalno dijagnostički problem.[49] Na njih treba obratiti posebnu pažnju. U SAD-u se i sada javljaju "veterani" s PTSP-om koji su naučili simptome ove bolesti i koji govore o sebi kao o ratnim stradalnicima koji pate od posljedica ratnih trauma, a da u ratu nikad nisu ni bili. U postavljanju prave dijagnoze znatno pomaže psihološko testiranje pa ga u dvojbenim slučajevima treba primijeniti.

1.10. Dijagnostički kriteriji za PTSP

Posttraumatski stresni poremećaj se, zajedno s paničnim poremećajem, agorafobijom, specifičnim i socijalnim fobijama, opsesivno - konpulzivnim poremećajem i općim anksioznim poremećajem ubraja u veliku skupinu takozvanih anksioznih poremećaja.

[49] V. JUKIČ, Klinička slika posttraumatskog stresnog poremećaja, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva,* R. Gregurek - E. Klain (ur.), Zagreb, 2000., str. 23-24.

Osnovno obilježje tih poremećaja je pojava patološke anksioznosti. Premda su se brojne ugledne psihološke teorije bavile objašnjavanjem i razumijevanjem pojave anksioznosti, ubrzani razvoj psihijatrije ukazao je na zajedničku biološku osnovu, narušene ravnoteže serotoninergičkog i noradrinergičkog neurotransmitorskog prijenosa. Biološka osnova, koja je pronađena kod većine anksioznih poremećaja, stoga predstavlja temelj za dijagnostiku i klasifikaciju. Psihološke teorije danas veću ulogu imaju u tretmanu anksioznih poremećaja.[50]

Osnovna obilježje posttraumatskog stresnog poremećaja je razvoj karakterističnih simptoma, kao odgovor na stresni događaj ili situaciju iznimno prijeteću ili katastrofične naravi. Stresno iskustvo koje prethodi razvoju PTSP-a može biti posljedica ratnih stradanja, tortura, terorizma, silovanja, kriminala, prometnih nesreća ili svjedočenja nasilju. Traumatsko iskustvo mora biti izvan uobičajenog iskustva, a osoba ima intenzivan strah, bespomoćnost i užas.[51]

Postaviti ispravnu dijagnozu posttraumatskog stresnog poremećaja u kliničkom radu nije uvijek lako i jednostavno. Danas su u opticaju dvije vrste dijagnostičkih kriterija: prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, 10 revizija (MKB-10) i prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku Američkog udruženja psihijatra, IV. revizija (DSM-IV). Premda se ove dvije skupine kriterija u mnogočemu preklapaju, ipak valja istaknuti i bitne razlike koje postoje i koje ponekad predstavljaju razlog za dijagnostičko razmimoilaženje.[52] Dijagnostički kriterij za PTSP (F43.1) prema MKB-10 (Tablica 3.) ističu da je riječ o poremećaju koji se mora razviti unutar šest mjeseci od stresnog iskustva, te da je tijek u malom broju slučajeva kroničan, a da se u većini slučajeva očekuje oporavak.[53] Onaj manji broj s kroničnim tijekom obično prelazi u trajnu promjenu ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja (F62.0). Zanimljivo je istaknuti da trajna promjena ličnosti isključuje postojanje simptoma PTSP-a, te ove dvije dijagnoze ne bi trebale stajati zajedno, što će se u kliničkoj praksi često naći.[54]

Činjenica da se prema MKB-10, PTSP mora razviti unutar šest mjeseci od traumatskog iskustva, onemogućuje postavljanje dijagnoze kroničnog PTSP-a.

Premda smo se prema prihvaćenim pravilima Hrvatskog fonda za zdravstveno osiguranje obvezatni koristiti dijagnostičkim kriterijima prema MKB-10, u svakodnevnom kliničkom radu često su prisutni i dijagnostički kriteriji za PTSP (309.81) prema DSM-IV (Tablica 4.)

---

[50] AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, Međunarodna verzija s MKB – 10 šiframa*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1996., str. 440.

[51] Usp. G. C. DAVISON, J. M. NEALE, *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1999., str. 180-184.

[52] AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Nav. Dj.*, str. 440.

[53] A. MIHALJEVIĆ-PELEŠ, Dijagnostički kriterij za posttraumatski stresni poremećaj, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva,* R. Gregurek - E. Klain (ur.), Zagreb, 2000., str. 25-26.

[54] AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Nav. Dj.*, str. 440.-444.

Dijagnostički kriteriji prema DSM-IV u znatnijoj mjeri zadovoljavaju potrebe kliničara, naročito pri postavljanju dijagnoze PTSP-a u znanstvenim istraživanjima. Važno obilježje tih kriterija je da simptomi moraju trajati najmanje jedan mjesec. Nadalje, razlikuju se tri oblika PTSP-a: 1. Akutni PTSP, 2. Kronični PTSP, 3. Odgođeni PTSP. U DSM-IV jasno su definirani pojmovi akutno i kronično, što nam osim dijagnostike olakšava individualniji terapijski pristup.[55] Dijagnostički entitet odgođenog PTSP-a pokriva onaj dio bolesnika, koji su prve simptome bolesti iskusili dugo vremena nakon proživljene traume, štio u kliničkoj praksi nije rijedak slučaj.

Iz svega navedenog mogu se razumjeti razlozi zašto su u kliničkoj praksi u primjeni obje skupine kriterija. Smatramo da za sigurno postavljanje dijagnoze PTSP-a treba poznavati obje skupine kriterija.

Tablica 2.

Dijagnostički kriteriji za postavljanje dijagnoze PTSP-a prema MKB-10

A. Izloženost iznimnom mentalnom ili tjelesnom stresoru, kratkog ili produženog trajanja.
B. Ustrajno prisjećanje ili proživljavanje stresora nametnutim sjećanjima (flashback), snovima koji se ponavljaju, proživljavanjem patnje prilikom izlaganja okolnostima koje podsjećaju na stresor ili su povezane s njim.
C. Stvarno ili željeno izbjegavanje okolnosti koje podsjećaju na stresor ili su povezane s njim, koje nije postojalo prije izloženosti stresoru
D. Ili 1. psihogena amnezija (djelomična ili potpuna) za neke važne aspekte u razdoblju izloženosti stresoru Ili 2. trajni simptomi povećane psihološke osjetljivosti i uzbuđenosti (nepostojeći prije izlaganja stresoru) prisutni u bilo koja dva od sljedećih simptoma: - teškoće pri uspavljivanju ili spavanju - razdražljivost - teškoće koncentracije - rastresenost - povećana nervoza i ustrašenost

[55] AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Nav. Dj.*, str. 440.-444.

Tablica 3.

Dijagnostički kriteriji za postavljanje dijagnoze PTSP-a prema DSM-IV

A. Osoba je bila izložena traumatskom događaju u kojem su oba od sljedećih kriterija bila prisutna:
1. osoba je iskusila ili bila svjedokom u događaju gdje je prijetila opasnost od smrti ili ozbiljnog ozljeđivanja, odnosno postojala je prijetnja osobnom ili tuđem tjelesnom integritetu
2. osoba je iskusila intenzivan strah, bespomoćnost i užas (u djece se takvo stanje može izraziti dezorganiziranim ili agitiranim ponašanjem)

B. Traumatsko se iskustvo ponovno proživljava na jedan ili više od sljedećih načina:
1. ponavljajuća intruzivna sjećanja na događaj koja uključuju slike, misli ili opažanja (u male djece vidljivo je ponavljanje igre u kojoj je izražena tema traume)
2. ponavljanje uznemirujućih snova o događaju (u djece se javljaju zastrašujući snovi, bez prepoznatljivog sadržaja)
3. osjećaj da se traumatski događaj ponavlja, uključujući iluzije, halucinacije ili "flashback" epizode koje se događaju u budnom stanju intoksikacije (u male djece javlja se igranje koje oponaša traumatski događaj)
4. intenzivan psihološki distres pri izloženosti vanjskom ili unutarnjem podražaju koji simbolizira podsjeća na neki aspekt traumatskog događaja
5. psihološki odgovor na izlaganje unutrašnjem ili vanjskom podražaju koji simbolizira neki aspekt traumatskog događaja.

C. Stalno izbjegavanje stimulusa povezanih s traumatskim događajem i nemogućnost izražavanja osjećaja (što nije bilo prisutno prije traume), a prisutno je u tri ili više od sljedećih simptoma:
1. nastojanje da se izbjegnu misli, osjećaj ili razgovor povezan s traumatskim događajem
2. nastojanje da se izbjegnu radnje, mjesta i osobe koji mogu podsjećati na traumu
3. nesposobnost da se prisjeti nekih važnih dijelova traume
4. značajan gubitak interesa za sudjelovanje u raznim aktivnostima
5. osjećaj odvojenosti ili otuđenosti od drugih osoba
6. gubitak sposobnosti izražavanja osjećaja
7. osjećaj besperspektivnosti (npr. ne očekuje da će imati karijeru, brak, djecu i sl.)

D. Stalni simptomi pojačane pobuđenosti (koji nisu bili prisutni prije traume), a izražavaju se u barem dva, ili više od sljedećih simptoma:
1. teškoće usnivanja i prosnivanja
2. iritabilnost ili osjećaj bezrazložnog gnjeva
3. teškoće koncentracije
4. hipervigilitet
5. pretjerane reakcije iznenađenja

E. Trajanje simptoma pod B, C, i D dulje od jedan mjesec.

F. Poremećaj uzrokuje znatan poremećaj u socijalnom, radnom ili drugom važnom funkcioniranju.
Akutni PTSP: trajanje simptoma manje od tri mjeseca
Kronični PTSP: trajanje simptoma duže od tri mjeseca
Odgođeni PTSP: početak simptoma barem šest mjeseci nakon traumatskog događaja.

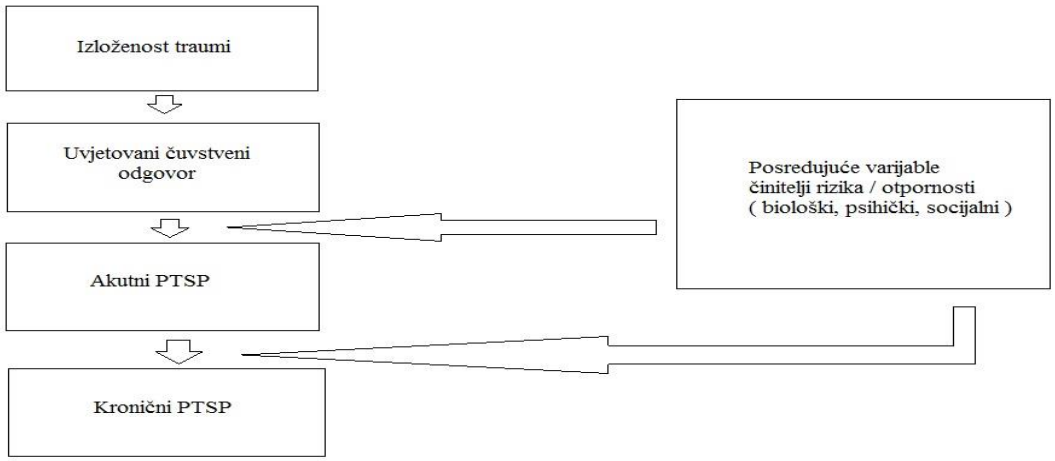
1. 11. Teoretski model PTSP-a

PTSP usko je povezan s vrstom, intenzitetom, trajanjem i drugim obilježjima traumatskog događaja. Bez traumatskog iskustva poremećaj se neće pojaviti. Poznato je da ni izlaganje najtraumatičnijim događajima neće nužno u svih ljudi naknadno dovesti do psihotraumatskih tegoba. S druge strane, događaji koji na većinu neće ostaviti ozbiljnijeg traga, mogu za određenog pojedinca imati ozbiljne posljedice. U procesu oporavka od akutnog stresa i posttraumatskog poremećaja u većine se može očekivati uspješan i razmjerno brz napredak, dok će u nekih oporavak trajati znatno dulje, prelazeći u kronični poremećaj, a mogu se javiti novi, ovisnički problemi,trajne negativne promjene osobnosti, što u konačnici može dovesti i do samoubojstva.

Dosadašnje spoznaje o fenomenu PTSP-a nedvojbeno ukazuju da njegov nastanak i daljnji tijek nije ovisan isključivo o traumatskom događaju, već i o okolnostima prije, tijekom i nakon njega, životnom iskustvu i osobnosti traumautiziranog, stavovima i ponašanju bližnjih kao i šire društvene zajednice, obilježjima pružene stručne pomoći (tretmana) i drugim čimbenicima. Suvremeni teoretski modeli PTSP-a uvažavaju posredujući utjecaj okolinskih i drugih čimbenika, te nastanak i daljnji tijek poremećaja tumače međudjelovanjem traumatskog iskustva i tzv. posredujućih inačica. Jedan od njih je model PTSP-a američkog psihologa Davida Foy-a i suradnika, prikaz na slici 1.[56]

Slika 1.

Teoretski model PTSP-a



[56] Usp. D. W FOY, *Liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja, kognitivno-bihevioralni postupci*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1994., str. 16.

Kao što se može vidjeti izloženost traumi (traumatski događaj, stresor) predstavlja "okidač" za nastanak uvjetovanog čuvstvenog odgovora. Uvjetovani čuvstveni odgovor predstavlja normalno, uobičajeno reagiranje čovjeka na iznenadna prijeteća zbivanja i on je jači što je opasnost veća. Najčešći, gotovo nezaobilazan čuvstveni odgovor je intenzivan strah, praćen različitim fiziološkim promjenama. Snažna potresenost može izazvati i akutni stresni poremećaj koji je prolaznog značaja (traje do četiri tjedna nakon traume) i također se tumači kao sastavni dio procesa oporavka od šoka.[57]

Akutni PTSP, međutim, pojavljuje se (ili izostaje) tek pod utjecajem posredujućih varijabli odnosno čimbenika rizika (ili otpornosti) na stres. Jednako tako, posredujući čimbenici znatno određuju hoće li akutni oblik prijeći u kronični PTSP, te kako će teći i koliko će biti uspješan oporavak od poremećaja. U modelu PTSP-a posredujući čimbenici razvrstani su u tri podskupine: biološke, psihičke i socijalne čimbenike.

1. 12. Akutni i kronični oblik PTSP-a

PTSP može imati akutni ili kronični oblik. Kod akutnih slučajeva simptomi se razvijaju u roku od šest mjeseci, te traju do šest mjeseci. Većina simptoma spontano nestane. Tu je riječ o posljedicama relativno blagog stresora. Ukoliko poremećaj traje dulje od šest mjeseci govori se o kroničnom PTSP-u, a prognoza je nepovoljnija i može rezultirati težim oštećenjima ličnosti.

1.12.1. Akutna faza

Za akutnu fazu su prvenstveno karakteristični anksioznost i strah. Traumatski događaj je potpuno dezorganizirao život žrtve i ona će ostati jako tjeskobna, čak mahnita, sve dok strah ne popusti, dok ne povrati barem minimum reda. S vremenom se početna intenzivna tjeskoba može razviti u opći osjećaj zabrinutosti. Ponekad je prisutna i srdžba. Srdžba zapravo pomaže žrtvama, na način da mobilizira njihove potencijale suočavanja sa stvarnošću i tako im olakšava povratak normalnom životu. Prvi puta pretučena supruga, primjerice, može opsesivno čistiti kuću i time povratiti neki osjećaj neposredne samokontrole. Kasnije se njezin početni strah može preobraziti u konstruktivnu primjenu srdžbe, kojom će ograničiti zlostavljanje ili prosvjedovati na neki drugi, jednako koristan način.[58]

[57] Usp. Ž. PAVLINA, Z. KOMAR, *VOJNA PSIHOLOGIJA, Priručnik za hrvatske časnike,* Ministarstvo obrane Republike Hrvatske, Zagreb, 2003., str. 413-414.

[58] Usp. D. KOZARIĆ KOVAČIĆ, Z. KOVAČIĆ, L. RUKAVINA, Posttraumatski stresni poremećaj, u: *Medix - specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 13 (2007) 71., str. 102-106.

Uz osjećaje straha, tjeskobe i srdžbe, akutnu fazu karakteriziraju pokušaji uspostave samokontrole, zasnivanja adekvatnih veza s drugim osobama i određivanja životnog smisla.

Pokušaji ponovne uspostave samokontrole uključuju poziv policije, potragu za adekvatnim pravnim sredstvima, podizanje tužbe ili odštetnog zahtjeva i vraćanja na mjesto zločina, stvarno ili u sjećanju, tako da žrtva može rekonstruirati što se dogodilo i razmotriti što se moglo učiniti drugačije.

Žrtve također traže kontakte s drugim osobama kako bi olakšale svoje stanje, pronašle utjehu i podijelile s nekim svoje teške osjećaje. Često puta ti slučajni susreti pružaju žrtvi nove mogućnosti reagiranja na trenutnu krizu. Nazočnost drugih koji pokazuju skrb i brigu pomaže žrtvi pri obnavljanju svijeta kakvog je poznavala ranije, odnosno pri uspostavi barem dijela onoga što je sačinjavalo njezinu dnevnu rutinu. Te drage osobe koje pokazuju brigu i skrb, čine značajni dio potpore.

Početni tjedni su razdoblje u kojem žrtva nastoji razumjeti što se dogodilo. Osjećaj značenja, smisla u životu i osnovno poimanje dobra u životu su pokidani u dijelove. Žrtva je često svladana samim zlom zlobnog ljudskog akta: Kako jedno ljudsko biće može tjelesno i / ili psihički ozlijediti drugo ljudsko biće? U akutnoj fazi se često preispituju vlastite temeljne vrijednosti kako bi se našlo neko objašnjenje zbog čega je događaj uslijedio.[59]

1.12.2. Kronična faza

Ako se tijekom prvih šest mjeseci traumatski događaj i njegove posljedice uspješno ne liječe, žrtva ulazi u drugu fazu PTSP-a, znanu kao kronična faza. Strah i srdžba akutne faze ustupaju svoje mjesto osjećajima povlačenja, izolacije, obamrlosti i depresije. Tijelo ne može neograničeno izdržavati neprekidno razdoblje srdžbe i prosvjeda i ono svoj problem rješava fizičkim ili psihičkim ograničavanjem kapaciteta reakcije. Ako je žena opetovano zlostavljana nekoliko mjeseci ili godina, ona prolazi pojačane aktivnosti održavanja kuće ili njegovanja djece, no s vremenom se vjerojatno socijalno izolira, duboko deprimira i rezignira nad svojom sudbinom. Kao žrtva, doživljava razdoblje tuposti na događaje u svom životu jer je akutna faza opće pometnje uzmakla pred kroničnim problemima prilagodbe.

Samokontrola , zasnivanje adekvatnih međuljudskih odnosa i pitanje smisla, tretiraju se vrlo različito u slučaju kada se žrtva nalazi u kroničnoj fazi.[60]

[59] Usp. D. BEGIĆ, *Psihopatologija*, Medicinska naklada, Zagreb, 2014., str. 306-307.
[60] Usp. J. W. WORDEN, *Savjetovanje i terapija u tugovanju*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2005., str. 93.

Što se tiče samokontrole, žrtve napuštaju one aktivnosti u kojima su ranije uživale. Javljaju se znaci slabije motivacije za iskušavanje novih sadržaja i općeg suženja mišljenja. Umjesto potrage za adaptivnim rješenjima, kako bi se ovladalo traumatskim događajem i njegovim posljedicama, na sceni se pojavljuju uska orijentacija na preživljavanje od trenutka do trenutka.

Žrtve se u fazi tuposti mogu također povući u sebe i postati socijalno izolirane. Ponekad se povlače jer svako okupljanje izaziva osjećaj neugode. Često se povlače jer više ne vjeruju drugima. Više nema potpore sa strane koja bi im pomogla u oporavku.

Mnoge žrtve i dalje, kao i neposredno nakon traume, doživljavaju svijet kao opasno mjesto te u sebi zadržavaju sav strah vezan uz takav pogled na svijet. Osjećaj svrhe života, koji je neophodan za opće zdravlje i osjećaj dobrobiti je nestao. Osjećaji su reducirani i kvalitetom i kvantitetom. Uživanje, smijeh, čak i srdžba, su većinom zamijenjeni osjećajem tuposti. Kroničnu fazu često karakterizira opće stanje neprekidne depresije, a netretirana tupost može potrajati čitav život.[61]

1.13. Psihologija PTSP-a

Zašto sve osobe koje prožive neku traumu ili su često izložene stresu ne razviju posttraumatski stresni poremećaj? Što je to što ih razlikuje od osoba oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja? Dobar odgovor na ova pitanja ponudio nam je Raymond B. Flannery Jr. uspoređujući osobe otporne na stres sa osobama koje su razvile posttraumatski stresni poremećaj. On izdvaja tri glavne karakteristike osoba otpornih na stres: racionalna samokontrola, zasnivanje zdravih međuljudskih odnosa i smisao u životu.

3.1. Racionalna samokontrola

Svijet je složen, zamršen i često iznad naše pune kontrole, no vještine otpornosti na stres kao racionalna samokontrola, izbori razboritih životnih stilova i smisao za humor mogu neizmjerno pomoći pri razvijanju učinkovitog osjećaja osobne kontrole ili općeg samosvladavanje.

Osobna kontrola - osobe koje učinkovito rješavaju svoje probleme u naporima da postignu pravi osjećaj samokontrole koriste petostupanjski proces.

[61] Usp. R. B., Jr. FLANNERY, *Posttraumatski stresni poremećaj*. IZVORI, Nakladni zavod Evanđeoske Crkve, Osijek, 1998., str. 19-20.

Prvo, najprije jasno označuju specifični problem koji trebaju rješavati, skupljaju informacije kako bi problem riješili na licu mjesta, razmišljaju o mogućim strategijama rješenja, razvijaju i odabiru, po načelu prioriteta, neke od strategija, aktivno primjenjuju moguća rješenja i konačno ocjenjuju predložena rješenja ukoliko su bila djelotvorna. Nisu svi problemi rješivi. Neke veze naprosto ne funkcioniraju, neke promocije nisu utemeljene na zaslugama, neki su ciljevi iznad naših mogućnosti i tako dalje. Oni koji dobro rješavaju problem znaju kako prihvatiti kao dano ono što ne mogu promijeniti, a takav stav prihvaćanja oslobađa energiju koju usmjeruju prema korisnijim ciljevima.

Izbori životnih stilova - osobe otporne na stres održavaju svoju racionalnu samokontrolu, nastojanjem da svoje tijelo i duh održavaju u dobrom skladu. One izbjegavaju stimulatore kao kofein i nikotin, redovito sudjeluju u aerobičkim vježbama svakoga tjedna, a stanoviti dio vremena svakodnevno provode upražnjavajući neki oblik relaksacije. Aerobičke vježbe mogu trajati kratko od svega tri do dvanaest minuta tjedno, a relaksacija se može svesti na petnaestak minuta dnevno.

Humor - osobe koje se učinkovito nose sa životnim poteškoćama, očituju uvijek svojevrsni osjećaj humora, ili su vrlo bliski s takvim osobama. Smijeh reducira fiziološka očitovanja stresa i pomaže u održavanju dobre životne perspektive. Traumatski događaji nisu smiješni, no biti u stanju smijati se svakom životnom paradoksu je vrlo dobrodošao lijek.[62]

3.2. Zasnivanje zdravih međuljudskih odnosa

Privrženost nekome predstavlja vrlo koristan način zasnivanja zdravih odnosa s drugim osobama. Takve su veze vrlo korisne po zdravlje obiju strana. Naš kardiovaskularni sustav, naš imuno - sustav koji se bore protiv nekih vrsta infektivnih bolesti, i naš sustav s unutarnjim izlučivanjem koji proizvodi endomorfin, djeluje daleko učinkovitije kada se nalazimo u dragim i ugodnim odnosima koji uključuju angažman na određenim zadacima, socijalnu potporu ili skrb za dobrobit drugih.

Angažman na određenim zadatcima - svakom je potreban razlog življenja. U životima svakoga od nas mora biti nešto čemu ćemo biti osobno predani, a čineći to, ispunjavat ćemo smisao svoga života i postojanja. Napredovanje u karijeri, podizanje djece, poslovi na određenim projektima u užoj sredini samo su neki od primjera mogućih ciljeva.

[62] Usp. R. B., Jr. FLANNERY, *Posttraumatski stresni poremećaj.* IZVORI, Nakladni zavod Evanđeoske Crkve, Osijek, 1998., str. 39-40.

Dakako da ispunjavanje takvih ciljeva neće uvijek biti lako. No takvi nas ciljevi motiviraju da se uključimo u život i bitno određuju naše svakodnevne interakcije s drugim osobama.

Socijalna potpora - oni koji učinkovito rješavaju problem nisu socijalno izolirani. Oni shvaćaju psihološke koristi koje proizlaze iz prijateljstva. Uspostavljanje srdačnih i zdravih odnosa može nam pružiti osjećajnu potporu kada nam se dogodi nesreća u životu. Takva nam potpora pomaže da s nekim podijelimo ono što nam se dogodilo, da umanji naš osjećaj osamljenosti kako bismo lakše nastavili dalje. Takvi nam odnosi mogu pružiti informaciju o tome kako ćemo rješavati probleme i kada ćemo obustaviti takve napore. Biti srdačan s drugima može nam pružiti različite tipove pomoći u obliku novčane potpore, materijalnih dobara, političkih štićenika i društva za život. Dijeliti s drugima svoje dane pomaže pri smanjenju osjećaja bespomoćnosti i usamljenosti, a pruža i smisao događajima iz svakodnevnog života.[63]

Zalaganje za vjerske / etičke vrijednosti skrbi za druge - Treći način kako osobe koje probleme rješavaju na prilagodljiv način razvijaju srdačne i zdrave odnose s drugim osobama sastoji se u poštivanju temeljnog psihičkog načela svih velikih svjetskih religija: Zlatnog pravila. "Sve, dakle, što želite da ljudi vama čine, činite i vi njima" (Mt 7,12). Ta briga za dobrobit drugih , kada se ugradi u specifične akcije, izgrađuje sveze s drugima i pomaže pri pronalaženju smisla u životu. Pomažući članu obitelji, priskačući susjedu u pomoć, pružajući pomoć strancu u nevolji - sve to može dovesti do novih ili sve čvršćih odnosa sa svim fizičkim i psihičkim zdravstvenim prednostima koje smo do sada uočili.[64]

3.3. Smisao života

Osobe otporne na stres su nas naučile da je svakome od nas potreban određeni razlog za život. Takvi razlozi pružaju smisao životu i nude motive za budućnost, a osobito u tamnim trenutcima kada poželimo sve napustiti, uključujući i sami sebe.

Osjećaj dosljednosti - sociolog Aaron Antonovsky je pisao o važnosti dosljednosti u životu svakog od nas. Naš se osjećaj dosljednosti odnosi na način kako doživljavamo svijet i on nam pruža izvjesnu perspektivu o svemu što se ljudima događa. Prvo, osjećaj dosljednosti izaziva u nama osjećaj uspješnosti, uvjerenje da možemo razumno kontrolirati svoju okolicu i oblikovati je tako da do izvjesnog stupnja možemo polučiti ciljeve za kojima u životu težimo. Drugo, osjećaj dosljednosti mora pomoći da se svijet učini razumljivim na način da nam to pomogne u shvaćanju i predviđanju događaja u našem životu uz neki razumni stupanj točnosti.

[63] Usp. V. GRUDEN, *Ožiljci na duši Hrvatske*, Medicinska naklada, Zagreb, 1996., str. 215-222.
[64] Usp. Isto, str. 227-231.

Uzete zajedno, komponente osjećaja dosljednosti nam pomažu da životne događaje živimo u izvjesnoj perspektivi orijentirani prema budućnosti. Osim toga, u tome nam procesu priroda pokušava pomoći pomoću tri blage iluzije ili preuveličanih uvjerenja o nama samima. To se sve zbiva u okviru normalnih okolnosti rasta i pomaže nam u zaštiti od životnih stresova. Prva iluzija je iluzija samoprocjenjivanja. Većina sebe procjenjuje u mnogo boljem svijetlu, nego to jamče objektivni pokazatelji. Druga iluzija je pretjerano uvjerenje u osjećaj kontrole nad sobom. Osjećamo da smo sposobniji nositi se s nekim situacijama, nego što smo to stvarno u stanju činiti. Treće blago pretjerivanje je nerealni optimizam glede naše budućnosti[65]. Većina nas realno očekuje bolje ishode u životu, nego što sam život objektivno može pružiti. Te blage iluzije u normalnih osoba ne dovode do arogancije, to je prije prirodni način da ostanemo uspravni u situacijama kad nastupe loša vremena, ta nam uvjerenja pomažu da učvrstimo svoj osjećaj dosljednosti.

Skrb za druge - osobe otporne na stres, zdravije i stabilnije pronaći će izvor svog smisla u razvijanju srdačnih odnosa s drugima. Svoj osjećaj smisla u životu takve osobe nalaze u radu, socijalnoj potpori i skrbi za dobrobit drugih. Te se tri karakteristike odnose na brigu za druge - život za druge, davanje drugima i na uljepšavanje svijeta za druge. Pojedinačni smisao života na neki transcendentni način ukorijenjen u brigu za dobrobit drugih. Medicinske evidencije izvješćuju da postojanje transcendentalne svrhe u životu rezultira u boljem zdravlju i blagostanju. Takva transcendencija pruža smisao životu čak i u slučajevima patnje, nesposobnosti, teških gubitaka, nevolja koje nam nanose drugi, pa čak i u slučaju suočavanja sa smrću. Samokontrola, razvijanje zdravih odnosa s drugim osobama i transcedentni smisao tvore tako temeljne psihološke komponente zdravog fizičkog i duševnog zdravlja.[66]

Upravo te tri vještine su kod osoba sa posttraumatskim stresnim poremećajem poremećene.

Svi mi želimo imati kontrolu nas svojom sudbinom. Osjećaj da upravljamo vlastitim životom potreban nam je kako bi normalno funkcionirali. Nakon doživljene traume, žrtva gubi osjećaj kontrole nad svojim životom. Osjeća se bespomoćno, ranjivo i uplašeno. Postoji više načina na koje žrtva pokušava vratiti izgubljenu samokontrolu. Jedan od tih načina je da pokušava u potpunosti kontrolirati svoj život, što je nemoguće, i to često prerasta u pretjeranu kontrolu i žrtvu čini frustriranom i nesretnom. Ponekad žrtva optužuje samu sebe za to što joj se dogodilo.

[65] Usp. V. GRUDEN, *Ožiljci na duši Hrvatske*, Medicinska naklada, Zagreb, 1996., str. 231.

[66] Usp. R. B., Jr. FLANNERY, *Posttraumatski stresni poremećaj.* IZVORI, Nakladni zavod Evanđeoske Crkve, Osijek, 1998., str. 40-41.

Time implicira da ima kontrolu nad svojim životom jer smatra da se drugačije ponašala da se događaj ne bi dogodio ili bi ishod bio drugačiji. Iako joj daje prividan osjećaj samokontrole, optuživanje sebe kod žrtve izaziva loše samopoštovanje, pretjeranu budnost, osjećaj stida i depresiju.

Do stanja depresije također može dovesti i žrtvino odustajanje od uspostave samokontrole i vjerovanje da se ništa ne može učiniti, a težnja da se kontroliraju biokemijske reakcije uzrokovane traumatskim događajem može dovesti do ovisničkog ponašanja.[67]

Žrtve fizičkog nasilja, silovanja ili osobe koje su bile izložene nasilju u ratu gube povjerenje u druge ljude i povlače se u sebe. One generaliziraju svoje nepovjerenje na čitavu ljudsku zajednicu što im onemogućuje zasnivanje kvalitetnih međuljudskih odnosa i korištenje onoga što im druge osobe mogu ponuditi pri prevladavanju stresa vezanog uz traumu.

Kod većine žrtava ovo nepovjerenje nestane u kratkom razdoblju nakon traume, no kod nekih ono se pretvara u izobličeno i veoma rigidno poimanje čitave ljudske zajednice. Takve osobe ne uviđaju da dijeljenje svojih osjećaja i razmišljanja sa drugima može biti od velike pomoći i smanjiti naš osjećaj usamljenosti. One postaju socijalno izolirane ili uspostavljaju neadekvatne veze koje su škodljive i/ili štetne za zdravlje, primjerice veze u kojima dolazi do verbalnog i fizičkog nasilja, zanemarivanja, pretjerane kontrole, itd.[68]

Osjećaj smisla u životu potreban nam je kako bi normalno funkcionirali i bili motivirani za budućnost. Postojanje smisla u životu će biti presudno u onim trenutcima kada osjećamo usamljenost, bol, strah i kada želimo odustati od svega, a upravo se tako osobe oboljele od posttraumatskog stresnog poremećaja često osjećaju.

Kada dođe do traume žrtva mijenja svoj pogled na svijet. Pretpostavka o sigurnosti i osjećaj zaštićenosti gube se. Žrtva uviđa kako je zapravo nemoćna pred životnim nasrtajima i da je život često nepravedan i neuređen.

Kada ona pokuša ponovno osmisliti svoj život i razumjeti što joj se desilo mogući su i negativni ishodi, primjerice, počinje vjerovati da će svi budući događaji poći krivo zbog jednog traumatskog iskustva ili uvećava svoje propuste, dok pozitivne karakteristike i ishode događaja odbacuje.

[67] Usp. R. B., Jr. FLANNERY, *Posttraumatski stresni poremećaj*. IZVORI, Nakladni zavod Evanđeoske Crkve, Osijek, 1998., str. 40-41.

[68] Usp. V. GRUDEN, *Ožiljci na duši Hrvatske*, Medicinska naklada, Zagreb, 1996. ,str. 96-101.

1.14. Biologija PTSP-a

Znamo da je živčani sustav građen od živčanih stanica, odnosno neurona. Njegova uloga je primanje informacija iz okoline i ostatka tijela preko osjetnih stanica, procesiranje tih informacija u kori velikog mozga, te djelovanje na okolinu i ostatak tijela pomoću eferentnih vlakana živčanih stanica. Poruka se od jednog neurona do drugog prenose električnim putem, kroz živčanu stanicu, te kemijskim putem preko sinaptičke pukotine. U sinaptičku pukotinu se ispuštaju kemijske tvari neurotransmiteri koje djeluju na receptore na postsinaptičkom neuronu i tako se poruka prenosi na taj neuron.

Psihička trauma mijenja neke od tih neurotransmitera u tijelu i mozgu žrtve. U uvijetima traumatske krize informacija ne teče ravnomjerno i osoba ne funkcionira optimalno.

Raymond B. Flannery, Jr. izdvaja pet neurotransmitera koji se bitno mijenjaju tijekom i nakon traumatskog događaja te tako uzrokuju promjene u našem funkcioniranju.[69] To su:

Epinefrin - nusprodukt nadbubrežne žlijezde mobilizira tijelo kako bi se nosilo sa stresom do kojeg dolazi povodom traume. On regulira i mobilizira otkucaje srca, disanje, mišićnu napetost, šećer u krvi i ostale funkcije koje žrtvu pripremaju za novonastalu krizu.

Kortizol - također izlučuje nadbubrežna žlijezda. Za vrijeme opasnosti ili nesigurnosti on stvara energiju oslobađajući šećer u krvi te reparira oštećeno tkivo u slučaju ozljede.

Norepinefrin - taj neurotransmiter je, također, jedan od nusprodukata nadbubrežne žlijezde i putem krvi se prenosi u mozak. Norepinefrin djeluje u mozgu kao generalni facilitator, pojačavajući budnost i učinkovitost pri rješavanju problema.

Serotonin - transmiter koji se proizvodi u samom mozgu. Kada je nazočan u odgovarajućim količinama, osoba je smirena, opuštena i općenito zadovoljna. Kada razina serotonina značajno opadne, osoba postane razdražljiva, bijesna, nesretna i krajnje potištena.

Endorfini - proizvode se u mozgu. Kada aktivno cirkuliraju, osoba se osjeća opuštenom i sabranom i često se osjeća jako dobro. Njihov značajni pad u cirkulaciji može izazvati razdraženost, bijes i osjećaj nesretnosti.

Ti neurotransmiteri imaju glavnu ulogu u funkcioniranju organizma koji reagiraju zbog izvanrednih stanja, odnosno u razvoju različitih simptoma PTSP-a i ovisničkog ponašanja koji se javljaju kao posljedica takvih stanja. Oni predstavljaju ključ za razumijevanje stranog jezika PTSP-a.

[69] Usp. R. B., Jr. FLANNERY, *Posttraumatski stresni poremećaj*. IZVORI, Nakladni zavod Evanđeoske Crkve, Osijek, 1998., str. 41-42.

Osim tih neurotransmitera, navodi kako utjecaj na razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja također imaju i kora velikog mozga i limbički sustav. Kora velikog mozga predstavlja našu svijest i zadužena je procesiranje informacija. Ovisno o načinu na koji su informacije procesirane, stvaraju se odluke o reakciji mozga na određenu situaciju. Tu se također i pohranjuju naša sjećanja. U doživljavanju svijeta veliku ulogu igra limbički sustav upravljajući osjećajima i instinktima važnima za preživljavanje. Limbički sustav leži u sredini mozga ispod kore i veličine je jednog običnog naprstka. Ovaj mali dio mozga igra vrlo veliku ulogu u našem doživljavanju svijeta. On našem životnom iskustvu dodaje dimenziju osjećanja svijeta. Sve poruke koje dolaze iz osjetilnih receptora (prijemnika) na svom putu do mozga, gdje će biti procesirane i gdje će nastati adekvatna reakcija, prolaze limbički sustav. Limbički je sustav zapravo vodič osjećaja i instikata koji su iznimno značajni za naše preživljavanje koje uključuje hranjenje, borbu, bijeg i seksualno ponašanje. Strah, bijes, spokoj, radost - svi su jednim svojim dijelom određeni živčanim stanicama i neurotransmiterima u limbičkom sustavu. I kora velikog mozga i limbički sustav igraju vrlo važnu ulogu u našem doživljavanju terora traume i njezinih PTSP posljedica.[70]

Prilikom doživljavanja traumatskog događaja epinefrin i kortizol aktiviraju sustav koji reagira na izvanredna stanja te dolazi do povećanog lučenja norepinefrina, koji aktivira koru velikog mozga tako da pronalazi najbolju reakciju za preživljavanje i osobu drži budnom. Nakon toga, mozak izlučuje endorfine koji opuštaju te tako omogućuju jasno razmišljanje i sabranost prilikom reagiranja na opasnosti. Traumatski događaj uzrokuje manifestiranje fizičkih simptoma čemu doprinosi povećano lučenje norepinefrina. Simptomi izbjegavanja posljedica su smanjenja količine norepinefrina, endorfina i serotonina. Nakon traume, zbog malog porasta količine norepinefrina može doći do povećane uzbuđenosti, pa osoba i prilikom doživljavanja uobičajenih svakodnevnih stresora, ali i ugodnih iskustava, može osjećati neugodna uzbuđenja i pojačanu budnost. Ukoliko je osoba doživjela opetovano zlostavljanje ili je bila izložena produženom stresu, često dolazi do ponavljajućih prinudnih radnji i ovisničkog ponašanja.

1.14.1. Opetovane prinudne radnje i ovisničko ponašanje

Kada govorimo o biokemijskoj osnovici ponašanja, treba napomenuti da nedavna istraživanja ukazuju da opetovane prinudne radnje imaju svoju biološku osnovicu, a uz to igraju i određenu psihološku ulogu u poboljšanju budućeg prevladavanja sličnih događaja.

[70] http://www.istrazime.com/klinicka-psihologija/o-bioloskoj-podlozi-i-simptomatologiji-ptsp-a/, (07.08.2016.)

Teški traumatski stres može proizvesti trajno uzbuđenje na način da male količine norepinefrina iniciraju niz PTSP simptoma. Taj se proces dalje komplicira povećanom potrošnjom endorfina što dovodi do pojave simptoma izbjegavanja. Kada traumatska kriza prođe, količina endorfina zajedno s norepinefrinom i serotoninom opada. Žrtve ulaze u fazu u kojoj dolazi do nestanka endorfina, slično kao i u slučaju nestanka opijata i manifestiraju apstinencijske simptome kao psihomotorni nemir, opću uznemirenost, drhtavice slabijeg intenziteta i ostale simptome kao u slučaju gripe. Da stvar bude još gora mnoge se žrtve zbog pojave takvih simptoma jako uplaše. To ima za posljedicu povećanje manjih količina norepinefrina te dolazi do povećane uzbuđenosti i žrtva počinje doživljavati navalu nametljivih tjelesnih simptoma. I tako nastaje začarani krug.[71] Netretirane žrtve nose se s takvim beskonačnim začaranim krugom na sljedeće načine: prvo, žrtva može dopustiti da osjećajno uzbuđenje naraste do točke kad biokemijski procesi u njenom mozgu, glede razine epinefrina, postanu potpuno slični onima u vrijeme kada se dogodio traumatski događaj. Smatra se da to ponovno stvaranje originalnog stanja pojačava memoriju i dovodi do rješenja problema. Teorijski, na kraju bi žrtva mogla ponovno doživjeti nametljiva sjećanja i započeti s preradom bolnog događaja u pokušaju da ga prevlada. No, takav je pristup opterećen određenim poteškoćama. Ako žrtva odjednom ponovno doživljuje svu silinu sjećanja na traumu, izlaže se riziku da psihički bude potpuno utučena, a biokemijski ponovno traumatizirana.

Druga strategija karakterizira žrtve koje same tretiraju apstinencijske simptome na način da se opredijele za ovisničko ponašanje koje pojačava prisutnost endorfina u mozgu. Seksualne ovisnosti, borbe šakama, samoozljeđivanje, uzimanje kokaina, vratolomna vožnja i slični postupci proizvode mali no intenzivni porast endorfina. Ti učinci traju otprilike sat do sat i pol i privremeno će "tretirati" apstinencijske simptome. Problem ove strategije se sastoji u tome da će žrtva tražiti dodatnu količinu endorfina kada se prva iscrpi. Tijekom vremena ovisničko se ponašanje pogoršava, a trauma ostaje neizliječena.

Treća strategija koju bi žrtva eventualno mogla primijeniti, je pokušaj da se neugodna stanja, izazvana apstinencijskim simptomima, ublaže alkoholom ili drogom. To je, također, primjer samoliječenja, čiji je cilj ublažavanje nelagode. Primjena alkohola i droga kao i blažih umirujućih sredstava koja se koriste u tretmanu tjeskobe, ili barbiturata zbog nesanice - sve je to samo još jedno neučinkovito rješenje jer se žrtva ponovno nalazi pred povećanim rizikom da završi u ovisnosti.

[71] M. JAKOVLJEVIĆ, Biološki aspekti posttraumatskog stresnog poremećaja, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva,* R. Gregurek - E. Klain (ur.), Zagreb, 2000., str. 53-57.

Četvrta i bolja strategija sastoji se u tome da se promijeni biokemija traumatskog događaja na mnogo adaptivniji način koji za posljedicu neće imati ovisničko ponašanje.[72]

1.14.2. Biokemijske promjene izazvane traumatskim događajem

Slika 2. prikazuje kratak pregled biokemijskih promjena u mozgu. Kada se dogodi trauma, neurotransmiteri epinefrin i kortizol aktiviraju sustav koji reagira na izvanredna stanja. Istodobno norepinefrin i endorfini mobiliziraju reakciju mozga, što dovodi do tjelesnih i nametljivih simptoma, uključujući i iskustvo disocijacije. Kad dođe do smanjenja razine norepinefrina, endorfina i serotonina, pojavljuju se simptomi izbjegavanja koji se povezuju s potištenošću i osjećajem beznađa. Produženi stres ili opetovano zlostavljanje mogu prouzročiti apstinencijski sindrom, sličan sindromu koji se javlja kod ovisnika o opijatima, a što može imati za posljedicu opetovane prinudne radnje i ovisničko ponašanje. Produženi stres ili kronično zlostavljanje mogu na koncu dovesti do permanentnih promjena u limbičkom sustavu koje se mogu očitovati u jakom i trajnom uzbuđenju.[73]

Slika 2.

Biokemijske promjene zbog traumatskog događaja

Traumatski događaj	
Povećana razina norepinefrina i endorfina	Tjelesni simptomi Nametljivi simptomi (disocijacija)
Smanjena razina norepinefrina endorfina i serotonina	Simptomi izbjegavanja (beznađe)
Snažno uzbuđenje (opijatski) Snažno uzbuđenje	Opetovane prinudne radnje

[72] Usp. R. B., Jr. FLANNERY, *Posttraumatski stresni poremećaj*. IZVORI, Nakladni zavod Evanđeoske Crkve, Osijek, 1998., str. 69-70.

[73] Usp. Isto, str. 70-73.

1.15. Socijalni aspekt PTSP-a

Posttraumatski stresni poremećaj ne pogađa samo osobu koja je oboljela, nego indirektno pogađa i cijelu njegovu obitelj te socijalnu okolinu. Poremećaj djeluje na gotovo sve aspekte obiteljskog života, stoga supružnici pate na seksualnom planu, manje su međusobno bliski i intimni. Djeca u obitelji pate jer odjednom njihov roditelj postaje prezatvoren i nezainteresiran ili pak, s druge strane, previše iritabilan, napadan te ponekad i agresivan. Često se sve aktivnosti u obitelji podređuju oboljelome te jedan supružnik preuzima na sebe jako veliku odgovornost što može dovesti do frustracije i preopterećenosti. Oboljeli od posttraumatskog stresnog poremećaja trebaju podršku obitelji u velikoj mjeri. Emocionalna potpora obitelji, obiteljska ljubav, briga, zajedništvo, savjetovanje, utjeha te ohrabrenje predstavljaju najvažnije stavke prilikom oporavka oboljelih. No, često prilikom suživota s osobom koja boluje od posttraumatskog stresnog poremećaja, posljedice poremećaja djeluju i na samu obitelj, njene članove te njenu dinamiku. Takav utjecaj poremećaja na obitelj nazvan je sekundarna traumatizacija. „U užem smislu izraz sekundarna traumatizacija odnosi se na prijenos noćnih mora, intruzivnih misli, bljeskova prisjećanja i ostalih simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja koje tipično doživljavaju traumatizirani pojedinci, na osobe u njihovoj blizini“.[74]

Partneri oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja često doživljavaju tzv. „pregorijevanje“. Nastaje „nagomilavanjem stresora koji uništavaju pojedinčeve visoke ideale, motivaciju i posvećenost životnim ciljevima“.[75]

Ono je rezultat prevelike empatije, želje i angažiranosti u pomoći oboljelima i svim ostalim članovima obitelji, posebno djeci ili nemogućnosti pronalaska rješenja. Djeca čiji je roditelj obolio od posttraumatskog stresnog poremećaja češće imaju probleme i poremećaje u ponašanju nego djeca čiji roditelj nije obolio. Oni su nerijetko depresivni, osjećaju nepotrebnu odgovornost i krivnju, često su ljuti i nasilni te imaju problema s autoritetom. Odnos između oboljelog roditelja i djeteta često je opisivan kao nestabilan i zamršen, ili je preemocionalan ili potpuno distanciran.[76]

Okolina bi trebala imati ulogu potpore obitelji u kojima se nalazi oboljeli od posttraumatskog stresnog poremećaja jer će tako lakše prebroditi sve teškoće s kojima se moraju susresti na putu do oporavka te neće osjetiti društvenu izoliranost.

[74] Usp. M. KLARIĆ, T. FRANČIŠKOVIĆ, A. SALČINOSANTRINO, *Obitelj i psihotrauma*, Medicina fluminensis, 46 (2010.) 3., str. 309-317.

[75] Isto.

[76] Usp. V. GRUDEN, *Ožiljci na duši Hrvatske*, Medicinska naklada, Zagreb, 1996. ,str. 271.

2. LIJEČENJE POSTTRAUMATSKOG STRESNOG POREMEĆAJA

U ovom se poglavlju prvenstveno želim baviti načinima liječenja oboljelih osoba od PTSP-a. Prvi korak je prevencija u kojoj liječnik obiteljske medicine treba prepoznati radi li se o ozbiljnim simptomima nekog traumatskog događaja ili je pacijentu dovoljna psihosocijalna podrška. U temi terapije osoba oboljelih od PTSP-a predstavit ću koje im se mogućnosti i modeli pružaju te koja je uloga terapeuta. Naglasak će biti na kognitivno-bihevioralnoj terapiji koja se pokazala u kliničkim studijama vrlo učinkovitom u liječenju različitih psihičkih poremećaja. Također ću progovoriti i o značenju grupne pishoterapije, liječenju PTSP-a uzrokovanim ratom i važnosti farmakoterapije kao i ciljevima i tretmanskim koracima u samom oporavku osobe oboljele od PTSP-a.

2.1. Prevencija PTSP-a

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

Iako će razvoj PTSP-a ovisiti o različitim čimbenicima, nakon proživljene traume važnu preventivnu ulogu igra upravo pravilna i pravodobna psihoedukacija. Time se podiže razina znanja psihotraumatizirane osobe o poremećaju, njegovim simptomima i vlastitom ponašanju. Liječnici obiteljske medicine trebali bi prilikom psihoedukacije poticati bolesnika na razgovor s obitelji i prijateljima o proživljenom traumatskom iskustvu, te posebno naglasiti koliko je važno podijeliti vlastite emocije s osobama kojima vjeruje. jedna od psihoterapijskih metoda koje se mogu primijeniti neposredno nakon traume jest i debrifing. Iako je njeno pozitivno djelovanje na akutni stres kod žrtava traume već otprije poznato, učinkovitost u smanjenju učestalosti razvoja PTSP-a još uvijek nije potvrđena dovoljnim brojem istraživanja. Medicinska mišljenja o pružanju simptomatske terapije bolesnicima koji pate od nesanice zasad su podijeljena, a dokazi nedostatni.

2.2. Terapija PTSP-a

Uspješno pružanje psihološke pomoći traumatiziranoj osobi zahtijeva odgovarajuće medicinsko i psihološko znanje o normalnim i patološkim reakcijama, ali također i odgovarajuće empatijske sposobnosti kao i mogućnost uživljavanja i kontejniranja traume.

Potreba za sveobuhvatnim razumijevanjem čovječanstva i traume osniva se na filozofskim i moralnim konceptima proizašlim ponajprije iz židovsko-kršćanske kulture, a posebno na razumijevanju stalnosti ljudske patnje i njezinog ponovnog proživljavanja. Ovdje će biti riječi o mogućnostima i modelima pomoći ljudima koji su proživjeli patnju.

Psihološka trauma pogađa ljude na različite načine. Svjedocima individualne traume kao i sudionicima velikih nesreća primarno se može pomoći preko grupa za samopomoć i mreža socijalne skrbi, a tek sekundarno primarnom zdravstvenom zaštitom, kriznim centrima, psihijatrijskom skrbi i centrima za posttraumatski stresni poremećaj.

Psihološka pomoć ima različite razine. Informiranje i savjetovanje je uvijek važno za ljude koji su bili izloženi traumatskim doživljajima. Informacije moraju biti adekvatne, pružene na vrijeme i razumljive. Posebno je važno istaknuti pravodobnost informiranja o mogućim posljedicama izloženosti traumatskim situacijama. Psihološki suport, krizne intervencije, debrifing i ostale psihoterapijske metode kao i psihofarmakološki tretman često su nužne za žrtve traumatskih događaja. Važno je i osigurati odgovarajući doživljaj sigurnosti i povjerenja za vrijeme terapijskog procesa.

Potreba za psihološkom/psihijatrijskom pomoći u vezi je sa samim traumatskim događajem. Dva najvažnija činitelja koji određuju model pružanja adekvatne pomoći traumatiziranim osobama; prvo je psihološka pripremljenost osobe za sam traumatski događaj, a drugo intenzitet traumatskog događaja.[77]

- Kada je traumatski događaj manjeg intenziteta, a psihološka reakcija slabije izražena nema potrebe za terapijskim interveniranjem, osim, eventualno, socijalne potpore.
- U situacijama kada ista osoba doživi nekoliko uzastopnih traumatskih događaja, ona ima potrebu za potporu prijatelja, a samo u nekim situacijama i eksperata.
- Ponekad u situacijama kad osoba zbog osobnih psiholoških predispozicija čak i u uobičajenim životnim situacijama reagira neadekvatno, nužna je psihoterapijska ili medikamentna intervencija, pa čak ponekad i hospitalizacija.
- Iskustvo ozbiljnih, iznenadnih traumatskih doživljaja, čak i uz dobru psihološku pripremljenost često rezultira potrebom za psihijatrijskom skrbi i u početku medikamentnom, a kasnije psihoterapijskom.

[77] Usp. R. GREGUREK, E. KLAIN, Terapija posttraumatskog stresnog poremećaja, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva,* R. Gregurek - E. Klain (ur.), Zagreb, 200., str. 65-67.

Terapijski pristup posttraumatskom stresnom poremećaju vrlo je raznolik, ovdje smo prikazali samo neke od terapijskih mogućnosti u pristupu oboljelim od posttraumatskog stresnog poremećaja.

Odluka o odgovarajućem terapijskom modelu ovisit će ponajprije o dobroj procjeni podobnosti traumatizirane osobe za neku od terapijskih tehnika. Zbog toga odabir terapijskog modela o dobrom kontaktu s pacijentom i intervjuu tijekom kojeg se trebaju prikupiti podatci na temelju kojih se donosi odluka o najadekvatnijem terapijskom pristupu. Psihoterapijski intervju zbog toga je možda najvažniji trenutak u liječenju osobe s traumatskim iskustvom jer se na temelju dobrog psihoterapijskog intervjua donosi odluka o načinu liječenja.[78]

Psihoterapijski intervju je akt komunikacije u kojem jedna osoba traži informaciju, a druga ju daje. Intervju, je dakle, komunikacija. Ima svoj cilj - pribavljanje informacija. On ima sve karakteristike racionalnog, ali teži realizaciji emocionalnog, a samim tim i terapijskog. Intervju je psihološki pristup i emocionalno prihvaćanje pacijenta od terapeuta, te razvijanje verbalne i neverbalne interakcije uz kreiranje pozitivne prijenosne situacije. Psihološki pristup omogućava doživljaj pacijenta kao osobe, subjekta, a ne kao skup simptoma i nosioca receptora. Ako se emocionalno prihvate ponuđene emocije od pacijenta nužno će se razviti interakcija između pacijenta i terapeuta. Kreiranje dobrog odnosa pacijenta i terapeuta ovisi o razumijevanju kompleksnih interpersonalnih čimbenika kao što su prijenos i protuprijenos.[79]

Pozitivna prijenosna reakcija omogućit će da pacijent doživi terapeuta kao pozitivan lik iz svoje obitelji. O terapijskoj vrijednosti intervjua evolucijski psiholog Dunbar kaže: "Terapija počinje prvim pokretima, riječima i pogledima izmijenjenim između liječnika i pacijenta."

Značenje prvog intervjua je u tome što on u znatnoj mjeri određuje daljnji tijek liječenja. Prvi intervju ima svoj tijek:

- formalni početak
- početno upoznavanje s problemom
- detaljno ispitivanje
- završetak.

Početak prvog intervjua samo je na prvi pogled jednostavan. Važno je da od početka terapeut osigura dovoljnu osnovicu za smanjenje nelagode koju pacijent proživljava. Terapeut mora ukazati dovoljno pažnje i interesa za pacijenta kao osobu i za ono što pacijent govori. Opće ponašanje terapeuta treba biti s osjećajem slobode i s nuđenjem topline i ohrabrenja.

[78] Usp. R. GREGUREK, E. KLAIN, Terapija posttraumatskog stresnog poremećaja, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva,* R. Gregurek - E. Klain (ur.), Zagreb, 2000., str. 65-67.

[79] Usp. L. ARAMBAŠIĆ, *Gubitak, tugovanje, podrška*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2005., str. 40.

Psihoterapijski intervju ujedno uključuje i dijagnostički intervju tijekom kojeg se procjenjuje podobnost pacijenta za terapiju, odnosno za odgovarajuću terapijsku tehniku.

Tijekom psihoterapijskog intervjua nužno je utvrditi neke sposobnosti pacijenta navodi psihijatar Coltart:

1. sposobnost pružanja podataka o sebi, a istodobno, tijekom intervjua, pacijent postaje sve sređeniji i sadržajniji u davanju podataka
2. sposobnost da to čini bez pretjeranog poticanja
3. sposobnost da donosi sjećanja s odgovarajućom afektivnom pratnjom
4. sposobnost za eksploracijom nesvjesnog, odnosno sposobnost za razumijevanje nesvjesnog
5. sposobnost da se odvoji od trenutačnog i da se promatra
6. sposobnost za preuzimanje odgovornosti prema sebi i okolini
7. sposobnost da mašta, sanja i razumije metafore
8. sposobnost da postigne uspjeh i ostvari realno samopoštovanje
9. sposobnost da ostavi dojam socijalne, intelektualne, osmišljene i kompetentne osobnosti koja svoje simptome smatra stranim.[80]

Ispunjavanje ovih zahtjeva za pacijenta nije nimalo laka zadaća te je nužno obavljanje razgovora u nekoliko navrata kako bi se na kraju mogla donijeti konačna dijagnostiča procjena i mišljenje o daljnjem liječenju.

Zadaća terapeuta u prvom intervju je da:

1. dobije podatke o bolesti, osobnost pacijenta i njegovom općem socijalnom funkcioniranju i interpersonalnim odnosima
2. uspostaviti odnose koji omogućuju daljnje liječenje i osobno terapijsko djelovanje
3. zadovolji potrebe pacijenta koje su u skladu s načelima i ciljevima liječenja.

Na temelju dobrog psihoterapijskog intervjua može se donijeti odluka o najprihvatljivijem terapijskom modelu za osobu s iskustvom traume. Koja će se tehnika koristiti ovisi o pacijentu, njegovom premorbidnom funkcioniranju, komorbiditetu, psihoseksualnom razvoju, fiksacijama, snagama ega, obranama, sposobnosti za razumijevanjem psihološkog, kao i o traumatskom događaju, ali i o edukaciji terapeuta.[81]

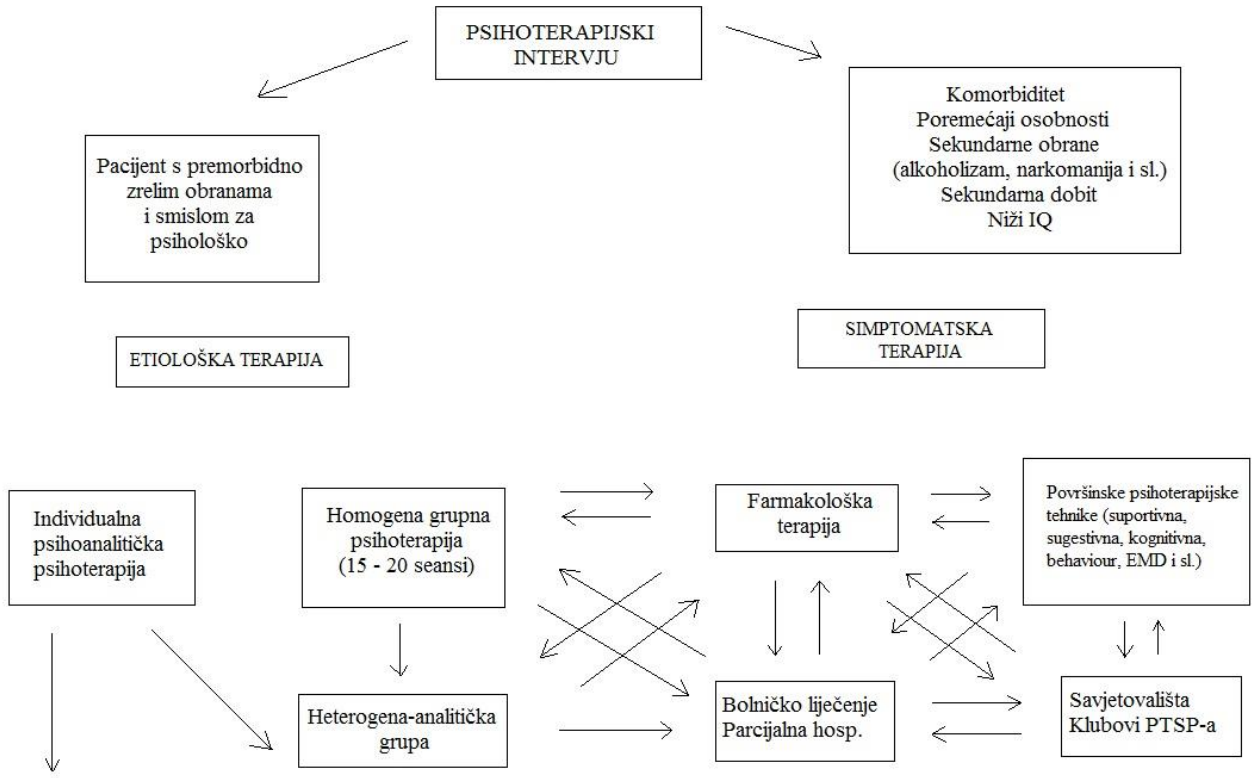
[80] Usp. N. COLTART, The Assessment of Psychological-Mindedness in the Diagnostic Interwiew, u: *The British Journal of Psychiatry* 153 (1988.) 819., str.153.

[81] Usp. R. GREGUREK, E. KLAIN, Terapija posttraumatskog stresnog poremećaja, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva,* R. Gregurek - E. Klain (ur.), Zagreb, 2000., str. 66-67.

Na slici 3. shematski je prikazan algoritam, odnosno smjernice za terapiju posttraumatskog stresnog poremećaja, a same terapijske tehnike opisat ćemo u sljedećim poglavljima.[82]

Slika 3.

Algoritam za terapiju PTSP-a



2.3. Kognitivno-bihevioralna terapija PTSP-a

Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) efikasan je oblik psihoterapije čija je učinkovitost dokazana brojnim kliničkim studijima u liječenju različitih psihičkih poremećaja. Korijeni KBT-a sežu u razvitak bihevioralne terapije u ranom 20. stoljeću, koreliraju sa razvojem kognitivne terapije u 1960-im godinama i posljedičnom spajanju ovih tehnika.

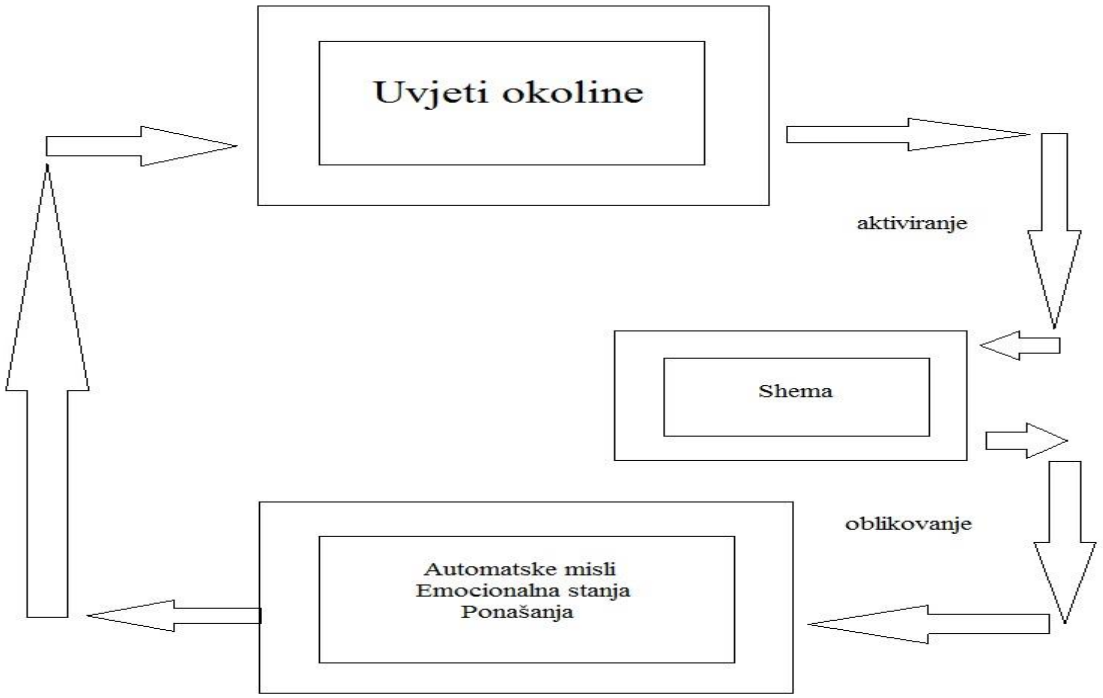
U konceptualizaciji PTSP-a u kognitivno-bihevioralnoj terapiji polazi se od paradigme da svaki pojedinac prima i prorađuje podatke iz okoline na svoj naročiti i jedinstveni način. U skladu s percipiranim podatcima, tumačenjem njihove važnosti, razumijevanjem uzročno-posljedičnih veza i značenja koje događaj ima za njega osobno, pojedinac prilagođuje svoje ponašanje.

[82] Usp. R. GREGUREK, E. KLAIN, Terapija posttraumatskog stresnog poremećaja, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva,* R. Gregurek - E. Klain (ur.), Zagreb, 2000., str. 66-67.

To će reći da sam događaj nema za pojedinca "objektivno" značenje nego se on percipira, tumači, pamti i vrednuje u odnosu na sebe u skladu s vlastitom kognitivnom aktivnošću.[83]

Slika 4.

Kognitivni model funkcioniranja pojedinca



Za bolje razumijevanje ovog pristupa treba navesti da svaki pojedinac, tijekom životnog razvoja, razvija svoj specifični način gledanja na sebe i svijet oko sebe. Taj karakterističan način označava se kao shemato. Individualna shema može se predočiti kao osobni filter kroz koji pojedinac vidi sebe, svijet oko sebe i sve njemu važne događaje. Jedan te isti događaj u skladu s osobnim kognitivnim filtrom pojedinac može vidjeti i doživjeti kao za sebe nepovoljan, dok druga osoba vidi isto kao neutralan ili čak pozitivan.[84]

Primjerice, u praksi susrećemo veterane koji svoje traumatsko ratno iskustvo doživljavaju kao nešto pozitivno sebe vide kao heroja, kao zaslužnog, očekuju priznanje društva, posebno status i sl.; suprotno, neki drugi veteran slična iskustva procjenjuje kao trajno oštećenje, kao nešto što je narušilo njegovo psihičko zdravlje i mogućnost proživljavanja sretnog i ispunjenog života.

[83] Usp. http://www.cybermed.hr/clanci/kognitivno_bihevioralna_terapija, (09.08.2016.)

[84] Usp. N. ANIĆ, N. JOKIĆ BEGIĆ, Kognitivno-bihevioralna terapija posttraumatskog stresnog poremećaja, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva,* R. Gregurek - E. Klain (ur.), Zagreb, 2000., str. 134-135.

U kognitivnoj terapiji, prilikom početne procijene utvrđuje se koja vjerovanja, pretpostavke i tumačenja ima pojedinac o sebi i svom problemu ili teškoćama. Osobito se s pozornošću ispituju one kognicije koje moduliraju ili podupiru postojeće teškoće. Identificiraju se kognitivne distorzije koje pogoduju održavanju disfunkcionalnosti. Pod kognitivnim distorzijama mislimo na iskrivljenja u percipiranju, pamćenju, procjeni važnosti događaja iz naše okoline.

Primjerice, karakteristična iskrivljavanja u percipiranju odnose se na selektivnu usmjerenost percepcije. Tako će depresivni biti usmjereni na percipiranje događaja koji uključuju gubitak (gubitak ljubavi, materijalnih vrijednosti, statusa, samopoštovanja), paranoidni na percipiranje ugrožavajućih ponašanja od drugih ljudi, anksiozni na percipiranje opasnosti. Osim percepcije i pamćenja, distorzije se nalaze i na planu mišljenja. Karakteristične pogreške u mišljenju kod osoba s PTSP-em navedene su u Tablici 4.[85]

Prema bihevioralno-kognitivnom modelu reakcije pojedinaca nisu određene samo vrstom i intezitetom nekog događaja nego ujedno i vlastitom procjenom i značenjem tog događaja za pojedinca.

U primjeru traumatskog iskustva, trauma, njezin intenzitet, trajanje i interpersonalni odgovor drugih, čine okolnosti koje aktiviraju sheme pojedinca. To su dugotrajne i relativno stabilne bazične pretpostavke o sebi, svijetu oko sebe, kao i o odnosima prema drugim ljudima. Aktivacijska shema potiče javljanje automatskih negativnih misli koje utječu na raspoloženje i ponašanje. Kod osoba s PTS poremećajem aktiviraju se i tipična vjerovanja u vezi s traumom. Sklonost da reagiraju na znakove opasnosti pomiče se prema sve slabijim znacima, tako da njihov osobni alarm za opasnost "diže uzbunu" često bez potrebe.

Kakvo će značenje pridavati neki pojedinac svojim teškoćama u samokontroli, hoće li ih interpretirati kao nešto na što ima pravo zbog traumatskih iskustava, ili će ih tumačiti kao znakove poremećaja, ovisi o osobnom načinu kako vidi i procjenjuje sebe i svijet oko sebe.

U skladu s tim pojedinci sa sličnim teškoćama u samokontroli imat će i različitu motivaciju za terapijom.

[85] Usp. N. ANIĆ, N. JOKIĆ BEGIĆ, Kognitivno-bihevioralna terapija posttraumatskog stresnog poremećaja, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva,* R. Gregurek - E. Klain (ur.), Zagreb, 2000., str. 134-135.

Tablica 4.

Kognitivna iskrivljenja u procjeni okoline kod PTSP-a (prema Scott i Stradling, 1992.)[86]

Sve ili ništa mišljenje - "Ili mogu kontrolirati što je oko mene ili ne mogu"
Pretjerano generaliziranje - "Svi su muškarci potencijalni silovatelji"
Mentalno filtriranje ili uočavanje samo jednog negativnog dijela situacije - "Mogao sam tamo poginuti"
Automatsko umanjivanje pozitivnih aspekata situacije - "Samo sam izvršavao svoju dužnost spašavajući i ranjenog suborca"
Prebrzo zaključivanje - "Čim mi je rekla da donesem još jednu potvrdu, znao sam da neću dobiti ništa"
Preuveličavanje i umanjivanje - "Od traume tako sam razdražljiv u obitelji i na poslu da ne mogu to izdržati, a ako mi je koji put lakše to je zanemarivo"
Emocionalno rezoniranje - "Budući da se tako lako uzrujam, sigurno ću završiti u ludnici"
''Moranja'' - "Otkud su me napali u dućanu, uvijek tražim da me netko prati. Morala bih ići sama"
Etiketiranje i pogrešno etiketiranje - "Prije rata bio sam veseljak, pun života i optimizma, a sada sam nikakav"
Personalizacija odnosno preuzimanje potpune odgovornosti za događaj - "Da sam bolje kontrolirao situaciju, oni ne bi poginuli."

Osim navedenih kognitivnih distorzija važna su i disfunkcionalna vjerovanja. Ovaj se termin rabi za vjerovanje koje ljudi imaju o sebi i o drugim ljudima (npr. "Ja zaslužujem da svi prema meni budu ljubazni"), koja su duboko ukorijenjena, obično oblikovana u ranom djetinjstvu i znatno utječu na ponašanje pojedinca i njegove interakcije s drugima.

Za primjer navodimo disfunkcionalna vjerovanja u vezi s traumom.[87]

[86] Usp. J. M. SCOTT, S. G. STRADLING, *Counselling for Post-Traumatic Stress Disorder*, Sage Publication, London, 1995. str. 78.

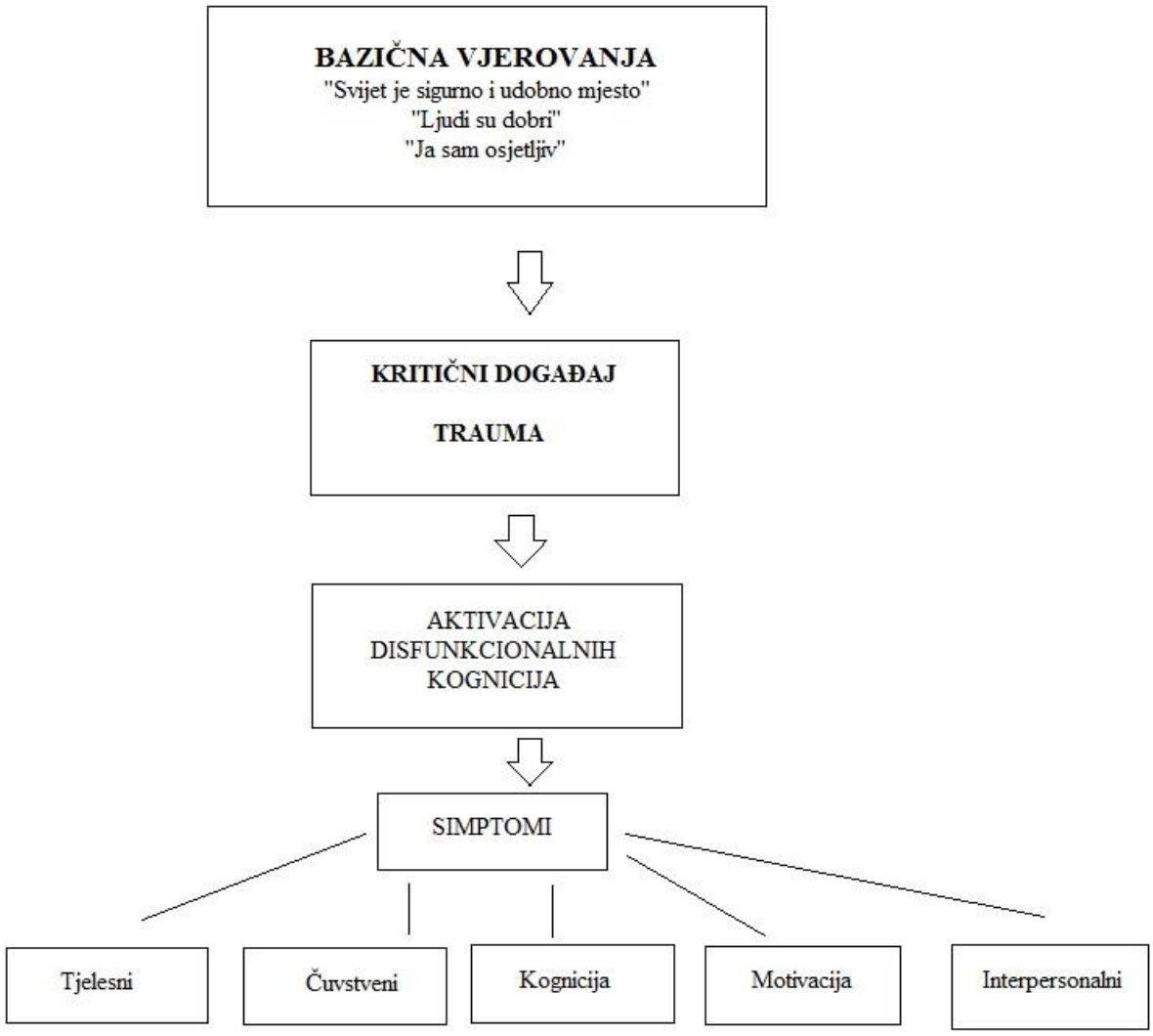
Tablica 5.

Disfunkcionalna vjerovanja u vezi s traumom

Nikada neću moći normalno živjeti, šteta je trajna
U svijetu nema ničega dobrog
Ja vjerujem da sam pretjerano reagirao na ono što mi se dogodilo
Više nije važno što mi se događa u životu

Slika 5.

Slikovni prikaz kognitivnog shvaćanja utjecaja traumatskog iskustva



[87] Usp. N. ANIĆ, N. JOKIĆ BEGIĆ, Kognitivno-bihevioralna terapija posttraumatskog stresnog poremećaja, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva,* R. Gregurek - E. Klain (ur.), Zagreb, 2000., str. 136.

U bihevioralno-kognitivnoj terapiji jedna od mogućih zadaća terapeuta je da pomogne klijentu u mijenjanju disfunkcionalnih vjerovanja, iskrivljenih percepcija i pogrešaka u mišljenju.

Druga najtipičnija zadaća terapeuta je da pomogne klijentu usvojiti razne tehnike za prevladavanje stresnih situacija. Na taj način u kognitivnom tretmanu klijent se "oprema" tehnikama i strategijama koje mu pomažu i kod uznemirujućih vanjskih okolnosti i kod uznemirujućih vlastitih kognicija.

BK tretman anksioznosti može se podijeliti u dvije osnovne grupe: terapije izlaganjem (*exposure therapy*) i vježbanje ovladavanja anksioznošću (*Anxiety managment training*). Od tipično kognitivnih postupaka u tretmanu anksioznosti primjenjuje se kognitivna restrukturacija.

Prva od navedenih grupa pomaže pojedincu da se suoči sa zastrašujućom situacijom. Prilikom izlaganja aktiviraju se sjećanja na traumu s namjerom da se modificiraju postojeće patološke asocijacije i stvore nove, nepatološke. U tom se postupku namjerno aktivira anksioznost.

Druga grupa postupaka, AMT, podrazumijeva učenje klijenta kako da kontroliraju intenzivnu anksioznost pomoću specijalnih vještina.

Naglasak je na učenju vještina, a ne aktiviranju anksioznosti. Izlaganjem se najčešće kod klijenata s fobijama. AMT je skupina terapijskih postupaka namijenjenih osobama s kroničnom uznemirenošću, uzbuđenošću kakvu vidimo kod pojedinaca s generaliziranom anksioznošću. Kako se kod PTSP-a vide i specifični strahovi i opća kronična uzbuđenost, oba su postupka primjenjiva kod posttraumatskog stresnog poremećaja.[88]

Kognitivna restrukturacija je postupak u kojem se istražuju postojeće kognitivne distorzije, iskrivljenja u percepciji, zapamćivanju, tumačenju uzročno-posljedičnih odnosa, imenovanju, lokusu kontrole i mišljenja pojedinca. Predmet terapijske intervencije su kognitivne distorzije koje potpomažu održavanje simptoma. Kognitivna restrukturacija podrazumijeva identifikaciju, prepoznavanje kognitivnih distorzija, njihovo zamjenjivanje realističnijim kognicijama. I u kognitivnoj restrukturaciji rabe se neki bihevioralni postupci kao bihevioralni eksperimenti, relaksacijske tehnike i dr.

Potrebno je istaknuti da je kriterij uspjeha kognitivne restrukturacije promjena u ponašanju, a ne samo promjena vjerovanja, misli ili drugih kognicija.

[88] Usp. N. ANIĆ, N. JOKIĆ BEGIĆ, Kognitivno-bihevioralna terapija posttraumatskog stresnog poremećaja, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva,* R. Gregurek - E. Klain (ur.), Zagreb, 2000., str. 136.

Klinička iskustva i s drugim grupama klijenata pokazuju da se trajanje i potpunije promjene postižu kombiniranjem tehnika koje su usmjerene na ponašanje s onima koje su usmjerene na promjenu kognicija.

Bihevioralni terapijski postupci poput sustavnog izlaganja relativno brzo pokazuju napredak, ali za generaliziranje i trajnost poboljšanja, pokazalo se korisnim primijeniti i tehnike kognitivne terapije, kojima se mijenja splet kognicija koje posreduju u prilagodbi na uvjete okoline i usmjeravaju ponašanje.[89]

U psihoterapiji osoba s PTSP-em kognitivna restrukturacija pomaže u: realističnijoj procjeni trajnog utjecaja traumatskog iskustva - primjerenijoj procjeni i tumačenju okolinskih uvjeta i - procjeni vlastitih mogućnosti za prevladavanje teškoća.

Tehnike bihevioralne terapije kod pacijenata s PTSP-em pokazale su se korisnim u: - otklanjanju intruzija - smanjivanju ili otklanjanju uznemirenosti - kontroli bijesa i samokontroli općenito - pripremi za uspješnije snalaženje u stresnim situacijama.

Prvi korak u BK tretmanu je detaljna procjena koja započinje obično polustrukturiranim intervjuom, a dopunjuje se upitnicima, skalama samoprocjene i drugim psihologijskim mjernim instrumentima. Prema potrebi traže se i procjene od osoba bliskih pojedincu u tretmanu. Ako se utvrdi opravdanost indikacije za taj tretman i ako je klijent sklon aktivnoj suradnji u tretmanu zadovoljeni su uvjeti za terapijski postupak. Sljedeći korak je kognitivna konceptualizacija klijenta.[90]

Tablica 6.

Kognitivna konceptualizacija klijenta

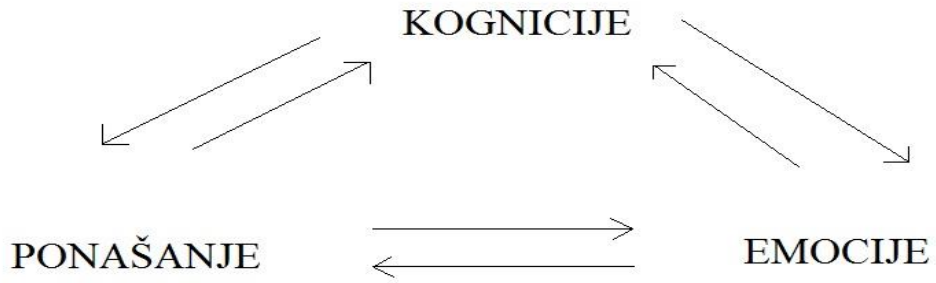
1. Koja je dijagnoza?
2. Koji su sadašnji problemi - kako su nastali i što ih podupire?
3. Koje su disfunkcionalne misli povezane s problemom - koje su reakcije (emocionalne, fiziološke i ponašanje) povezane s mišljenjem klijenata?
4. Koja rana učenja i iskustva pridonose današnjem problemu?
5. Koja su uvjerenja u osnovni problem?
6. Kako se pacijent suočava s disfunkcionalnim uvjerenjima? - koje je mehanizme razvio (pozitivne i negativne) - kako vidi sebe, druge i budućnost
7. Koji stresori pridonose psihološkim problemima ili interferiraju sa sposobnošću rješavanja problema?

[89] Usp. N. ANIĆ, N. JOKIĆ BEGIĆ, Kognitivno-bihevioralna terapija posttraumatskog stresnog poremećaja, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva*, R. Gregurek - E. Klain (ur.), Zagreb, 2000., str. 136.

Bihevioralno kognitivna terapija nije verbalna terapija. Od klijenta se traži da opaža i bilježi svoja ponašanja, emocije i misli, da radi dogovorene vježbe i zadaće između seansi, da sudjeluje u planiranju i kreiranju postupaka. Bihevioralno-kognitivni tretman započinje edukacijom klijenta o prirodi poremećaja, te upoznavanjem klijenta s kognitivnim modelom na kojem se terapija temelji (obično 2 seanse). Kognitivni model objašnjava se na primjerima iz klijentovog konkretnog životnog iskustva. Najprikladnije je na primjeru u kojem klijent opisuje neko svoje posebno intenzivno negativno emocionalno stanje, tražiti da se prisjeti pratećih misli i ponašanja. Budući da su automatske negativne misli često triger za promjenu raspoloženja i razinu aktivnosti, i da se svatko može prisjetiti takvih iskustava, moguće je na vrlo jednostavnim i svakodnevnim primjerima pojasniti model i odraslima i djeci.[91] U objašnjavanju modela opisuje se i demonstrira međudjelovanje emocionalnih, kognitivnih i ponašajnih aspekata ljudskog funkcioniranja. Ta međuovisnost se najbolje prikazuje sljedećom shemom:

Slika 6.

Međuodnos kognicije, emocija i ponašanja



Budući da postoji snažna i stalna međusobna međuovisnost, na uznemirujuće emocije i nekontrolirana ponašanja može se utjecati mijenjanjem pratećih kognicija. Klijentu se unaprijed objasne svi postupci koji će se provoditi. Zajednički se definira problem na kojemu se radi , a zajednički se određuju ciljevi tretmana (neposredni i konačni). Ciljevi se određuju na način da su realni, jasni, mjerljivi i ostvarivi u predvidivom vremenu.

Ne može se prihvatiti cilj koji pojedinci u tretmanu često odabiru "da budem kao ranije, kao nekada". U tretmanu cilj se izražava u operacionalnim tretmanima. Npr. "da svoju djecu kad se svađaju, galame i prave nered zaustavim riječima, da se suzdržim od fizičkog kažnjavanja", ili "da zadržim kontrolu nad sobom u bezazlenim prepirkama".[92]

[91] Usp. http://www.cybermed.hr/clanci/kognitivno_bihevioralna_terapija, (09.08.2016.)
[92] Usp. http://www.nakladaslap.com/public/docs/knjige/Stres, (08.08.2016.)

U procesu informiranja klijenata o njegovu poremećaju, posebna se pozornost poklanja izbjegavajućim ponašanjima (*avoidance behavior*) i kognitivnim izbjegavanjima (cognitive *avoidance*). Izbjegavanje situacija koje podsjećaju na traumatsko iskustvo, "bijeg" od sjećanja na traumu i intruzivnih misli podupire trajanje uznemirenosti. Klijentu se, na njemu razumljiv način, pojašnjava kako izbjegavanjem bilo kognitivnim bilo ponašajnim uspostavljena veza traumatsko iskustvo-PTSP simptomi osigurava trajnost. Na sjećanja, slike i misli o traumatskom iskustvu u tretmanu uči se novi način reakcije-opuštenosti.[93]

U nastojanju da mu se pomogne od klijenta se traži da odustane od izbjegavajućih reakcija, da se namjerno izlaže uznemirujućim situacijama i kognicijama, ali na dogovoreni način i da primjenjuje postupke koji se u tretmanu demonstriraju i uvježbavaju.

Kao i kod ostalih oblika anksioznog poremećaja kognitivno-bihevioralna terapija kod PTSP-a provodi se u tri smjera:

- smirivanje fizioloških, tjelesnih simptoma
- izlaganje umjesto izbjegavanje
- kognitivna restrukturacija.

U cilju smirivanja fizioloških reakcija uvježbava se neki od oblika opuštanja (duboka mišićna relaksacija po liječniku Jacobsonu, njezine skraćene verzije, opuštanja uz abdominalno disanje, ili razne verzije mentalnog smirivanja).

Uz sustavno opuštanje u seansama i redovito dogovoreno vježbanje u stvarnim životnim uvjetima klijent postupno usvaja kontrolu nad tjelesnim simptomima. Ujedno stječe iskustvo da je moguće naučiti, usvojiti samokontrolu.

Jedan od nekoliko glavnih pristupa kognitivnoj terapiji s pojedincima s PTSP-em je izlaganje (*exposure technics*). Bit tih tehnika je da se klijent prema klinički utvrđenim pravilima izlaže uznemirujućim sadržajima (u okolini i/ili vlastitim kognicijama).

Nužno je držati se sljedećih pravila:

Izlaganje mora biti postupno (od manje uznemirujućih prema sve neugodnijima). Trajanje izlaganjima određeno je isključivo intenzitetom anksioznosti za vrijeme izlaganja (izlaganje se ne smije prekinuti prije nego se anksioznost snizi)!

Izlaganje treba ponavljati (kraći razmaci među ponavljanjima izlaganjima daju bolje rezultate).

Klijent je pripremljen da će prilikom izlaganja osjećati nelagodu, ali je ujedno unaprijed pripremljen kako da nelagodu prevlada.

[93] Usp. N. ANIĆ, N. JOKIĆ BEGIĆ, Kognitivno-bihevioralna terapija posttraumatskog stresnog poremećaja, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva,* R. Gregurek - E. Klain (ur.), Zagreb, 2000., str.137-138.

Najčešće je uvježban da na uznemirujući podražaj reagira relaksacijom, ali si može pomoći i upotrebom unutrašnjeg govora (umirujuće rečenice), ili imagniranjem umirujućih scena. Važno je pravilo da prilikom izlaganja biraju se situacije ili kognicije koje izazivaju uznemirenost ili nelagodu. Inače izlaganje nema svrhe.

Izlaganje se može provoditi na opisan način i to u tri dijela. Prvi dio je usvajanje neke od tehnika relaksacije. Drugi dio je stvaranje hijerarhije uznemirujućih situacija i kognicija. Treći dio postupka je povezivanje uznemirujuće situacije i relaksacije (umjesto ranije uznemirenosti ili anksioznosti).

Opisani postupak poznat je pod nazivom sistematska desenzitizacija, čiji je autor psihijatar Wolpe. Postoje razne varijante sistematske desenzitizacije (izlaganjem uživo, izlaganjem u imaginaciji). Te tehnike u svim varijantama danas se široko primjenjuju u tretmanu anksioznosti, osobito različitih fobija koje karakterizira izbjegavanje.[94]

Od objavljivanja ove tehnike u mnogo je studija provjeravano koja njezina komponenta-relaksacija ili izlaganje je bitni agens koji je odgovoran za terapijsku promjenu.

Prema rezultatima više istraživanja, izlaganje (ako je ponovljeno dovoljan broj puta i uz uvjet da je početno izazvalo anksioznost, a trajalo sve dotle dok intenzitet anksioznosti ne opadne), daje zadovoljavajuće rezultate u otklanjanju fobičkih manifestacija.

Slijedom rezultata istraživanja izlaganje se danas često primjenjuje bez prethodnog uvježbavanja relaksacije. Racionala takvog načina izlaganja je snižavanje intenziteta anksioznosti habituacijom. Klijentu se objasni smisao postupka i uz njegov pristanak izloži ga njemu zastrašujućoj ili uznemirujućoj situaciji. U roku od 20-30 minuta, najdulje jednog sata, anksioznost počinje gubiti na intenzitetu. Danas postoje brojna istraživanja koja potvrđuju opravdanost takvog postupka, kojeg je začetnik Marks.[95]

U tretmanu osoba s PTSP-em primjenjuje se izlaganje u imaginaciji. Od klijenta se traži da se prisjeća što je moguće življe, sa svim mogućim detaljima traumatskog događaja i da ga opisuje u terapijskoj seansi. ako je za takvo oživljavanje sjećanja na traumu potrebno 20 minuta, postupak se ponavlja tri puta u seansi, ili četiri puta, ako traje 15 minuta.

Svrha takvog načina oživljavanja sjećanja na traumu jest da se pamćenje traume "preorganizira". Traumatska sjećanja, za razliku od uobičajenih, znatno su slabije organizirana i time teže podložna modificiranju.

[94] Usp. I. M. MARKS, *Fears, Phobias, and Rituals*, Oxford University Press, 1987., str. 19
[95] Isto.

Polazište i teoretska podloga za kreiranje tog terapijskog postupka je Langova teorija o strahu kao kognitivnoj strukturi koja sadrži reprezentaciju zastrašujućeg podražaja, odgovore straha i značenje koje povezuje te podražaje i reakcije.[96]

U skladu s tom teorijom u redukciji straha moraju biti zadovoljena dva uvjeta. Prvo, mora se aktivirati sjećanje na strah, i drugo, moraju se osigurati nove informacije, inkomoatibilne, neuskladive s patološkim elementima u postojećoj strukturi, tako da se stvori novo pamćenje traume. Kroz ponavljanje izlaganja procesom habituacije osoba postaje manje osjetljiva kod prisjećanja na traumu, a i različiti elementi traumatske situacije, koji su ranije zbog procesa generalizacije izazivali anksioznost, ponavljanjem prestaju pobuđivati anksioznost. Habituacija između seansi i u seansama, kao i promjena u procjeni doživljene opasnosti, pokazuju da je došlo do promjena u strukturi straha.[97] Isti autori navode da osobe s PTS poremećajem imaju predstave o svijetu kao, bez razlike i iznimke, opasnom, te predstavu o sebi kao nesposobnima da se s njime nose. Opisani postupak izlaganja u imaginaciji pomaže klijentima s jedne strane da prestrukturiraju svoja traumatska sjećanja, tako što traumu smještaju u svom ukupnom iskustvu kao jedno od iskustava među drugima koja su bila dobra. Drugo, na taj način mijenjaju se i njihova iracionalna vjerovanja o sebi samima i svijetu oko sebe u smjeru realističnijeg prosuđivanja.

Koja će se od navedenih tehnika primijeniti u tretmanu nekog pojedinca ponajprije ovisi o simptomima i teškoćama koje ima. BKT je izrazito simptomatska terapija, usmjerena je na sadašnje probleme pojedinca i u dogovoru klijenata i terapeuta izabire se problem koji je predmet tretmana. U sklopu kompleksne slike PTSP-a to može biti kontrola bijesa, otklanjanje intruzija, tjelesni simptomi ili drugo.

2.4. Grupna psihoterapija

Svaki čovjek je jedinstven i neponovljiv zbog specifične unutrašnje opremljenosti i specifičnog utjecaja koje društvo (grupa) ima na njega. Pojam grupe i čovjeka uklopljenog ima visoko apstraktno značenje. Svaka je grupa mala ili velika, obiteljska ili državna učinjena od mnoštva individualaca, sličnih samo po tome što sudjeluju u određenim standardima ponašanja. Ljudi se razlikuju stoga što nisu jednako prihvaćeni od istih osoba i zato jer su rano dolazili u interakcije s različitim osobama.

[96] Usp. N. ANIĆ, N. JOKIĆ BEGIĆ, Kognitivno-biheviоralna terapija posttraumatskog stresnog poremećaja, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva,* R. Gregurek - E. Klain (ur.), Zagreb, 2000., str. 141-142.

[97] Isto.

Čovjek je usmjeren na sebe i može sebe posjedovati kao voljeni objekt. To znači da nije samo svjestan svojih standarda grupe s kojom je vezan, nego se okreće svojim potrebama, svom ugledu, svojoj poziciji. U životu s grupom istražuje što drugi misle o njemu, vide u njemu, kako ga razumiju i ako su odgovori drugačiji od očekivanih, mogu izazvati konflikte na različitim razinama. Iako se čovjek često doživljava kao izvjesno neovisan, on je ipak svjestan da mnogi standardi i ciljevi za njegov opstanak proizlaze iz grupe u kojoj živi. Koliko god čovjek bio individualno neovisan, samo je mali broj ljudi sasvim indiferentan na okruženje drugih.[98]

Grupna psihoterapija je terapijska metoda koja koristi članove grupe da bi pojedincu dala povratnu informaciju o njegovom ponašanju i emocionalnom stanju. Kao takva grupna psihoterapija je dobar izvor potpore tijekom kojeg terapeut i članovi grupe s jednakim ili sličnim iskustvima daju povratnu informaciju te dijele razmišljanja. Specifičnost i prednost ovog oblika terapije ogleda se najviše u tome što pojedinac ima priliku i mogućnost verbalizirati svoje osjećaje i potrebe bez straha od predrasuda ili neprihvaćanja. Dok ostali članovi iznose svoje osjećaje, pojačava se empatija, odnosno sposobnost osjećaja za ono što osjeća druga osoba. Osjećaj sigurnosti, povjerenja i zajedništva u grupi vrlo je važan za pacijente, jer popravlja emocionalno stanje te razvija osjećaj povezanosti s drugima. Članovi grupe imaju mogućnost učiti o vlastitim obrascima ponašanja te vidjeti posljedice svojih akcija, pozitivne ili negativne.[99] Prihvaćanje odgovornosti za vlastite postupke bitan je korak u procesu ozdravljenja .

Grupna terapija ima ove specifične ciljeve:

1. Učenje prepoznavanja osjećaja i njihovo jasno imenovanje;
2. Smanjene nekontroliranog, impulzivnog ponašanja;
3. Zamjena sadašnjih loših obrazaca ponašanja novim, zdravim obrascima;
4. Podizanje razine tolerancije;
5. Poboljšanje interpersonalne komunikacije;
6. Popravljanje međuljudskih odnosa.

Empirijska istraživanja su pokazala da postoji različita tipologija traumatskih iskustava (npr. elementarne nepogode, rat, etničko čišćenje, zlostavljanje u djetinjstvu, nasilje u obitelji, silovanje, terorizam, itd.), koja sadrži specifične stresore (npr. fizičke ili psihičke ozljede) koji testiraju dinamiku osobnosti (npr. ego snage, osobni identitet, dimenzije osobnosti) i kapacitet za normalan razvojni rast.

[98] Usp. E. CIVIDINI STRANIĆ, Čovjek i grupa, u: *Grupna analiza, grupna analitička psihoterapija*, E. KLAIN i sur., Medicinska naklada, Zagreb, 1996., str. 27.

[99] Usp. A. CIGROVSKI, R. MARINIĆ, N. A. DOMOKUŠ, *PTSP i grupna psihoterapija – iskustva medicinskih sestara u Neuropsihijatrijskoj bolnici „Dr. Ivan Barbot“*, u: Socijalna psihijatrija, 42 (2014) 2., str. 123-127.

Ozljede koje generira trauma uključuju cijeli spektar fizičkih i psihičkih ozljeda. U pogledu mentalnog zdravlja to uključuje široki raspon posttraumatske prilagodbe koja uključuje posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), poremećaje raspoloženja (npr. depresija), anksiozne poremećaje, disocijativni poremećaj te zloporabu sredstava ovisnosti.

PTSP je po medicinskim klasifikacijama poremećaj kod kojeg se simptomi razvijaju nakon izloženosti ekstremnom traumatskom stresoru u događaju u kojem je osoba izravno ili potencijalno ugrožena smrću ili ranjavanjem ili je na neki drugi način ugrožen njen fizički integritet. Reakcija na događaj mora uključiti intenzivan strah, osjećaj bespomoćnosti i užasnutosti. Stresogeni događaj ili situacija kraćeg ili dužeg trajanja moraju biti iznimno jaki ili katastrofalni tako da kod svakoga izazivaju patnju.

Traumatsko iskustvo uvelike mijenja percepciju unutarnjeg i vanjskog svijeta u pacijenta s PTSP-om. Osjećaj duboke izolacije, otuđenosti, nemoći i nepovjerenje zajedno s međuljudskim problemima i socijalno disfunkcionalnim ponašanjem glavne su psihološke komponente PTSP-a. PTSP je jedan od najčešćih poremećaja u kojem se široko prakticira psihoterapija.[100]

Grupna psihoterapija ima centralnu ulogu u integriranom psihijatrijskom liječenju pacijenata s PTSP-om. Cilj psihoterapije je smanjenje intenziteta simptoma, razvoj zrelijih adaptacijskih mehanizama i poticaj na reparaciju diskontinuiranog i fragmentiranog selfa. Na taj se način postiže bolja integracija ličnosti oboljelih, te reintegracija u obitelj i socijalnu sredinu. Terapeuti tijekom grupnoga rada teže uspostavi povjerenja, sigurnosti i uzajamnosti te poticanju razvoja terapijskih čimbenika grupe raznim oblicima rada (psihoedukacija, pružanje nade, altruizam, prihvaćanje, otkrivanje sebe, razotkrivanje traumatskog iskustva te interpersonalno učenje).

Rezultati istraživanja pokazuju da pacijenti obuhvaćeni psihoterapijom iskazuju niže vrijednosti simptoma intruzije i pojačane pobuđenosti te ukupnih simptoma PTSP-a, a češće rabe mehanizam regresije od pacijenata s PTSP-om koji nisu liječeni grupnom psihoterapijom.[101]

Grupna psihoterapija je psihoterapijska metoda kojom članovi grupe mijenjaju svoje ponašanje, uče o vlastitim emocionalnim doživljavanjima, te poboljšavanju interpersonalne relacije.

[100] Usp. L. ARAMBAŠIĆ, *Gubitak, tugovanje, podrška*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2005., str. 156.

[101] Usp. E. GRUBER, K. RENDULIĆ, E. SUŠIC, *Grupna terapija bolesnika/zatvorenika oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja i/ili trajnih promjenaličnosti na odjelu forenzičke psihijatrije Zatvorske bolnice Zagreb*, Kriminologija i socijalna integracija. Vol. 21 (2013) Br. 1, str. 1-165.

2.5. Liječenje PTSP-a uzrokovanog ratom

Prema zaključcima Međunarodne konsenzus grupe za PTSP, simptomatsku terapiju (najčešće nebenzodiazepinski hipnotik) trebali bi primiti bolesnici koji više od četiri noći uzastopno imaju problema sa spavanjem. S obzirom na činjenicu da različite vrste i jačine traume mogu uzrokovati različite simptome PTSP-a, kao i spoznaju da se u svakog pojedinca nakon traume javlja određeni stupanj distresa, stav o trenutku započinjanja terapije nije ujednačen. Većina kliničara ipak preporučuje početak liječenja u onih osoba koje su vidljivo simptomatske i nakon tri do četiri tjedna (simptomi uključuju poteškoće na socijalnom, interpersonalnom i radnom planu), onih kod kojih nije prisutno poboljšanje, te onih čije se stanje pogoršalo. Njih treba liječiti psihoterapijski, farmakoterapijski ili kombinacijom tih dviju metoda.[102]

U Republici Hrvatskoj se uz PTSP najčešće vežu posljedice Domovinskog rata na ratne veterane, naročito one koji su boravili u logorima. Stoga smo odlučile jedan odlomak našeg seminara posvetiti i liječenju PTSP-a uzrokovanog ratom, koje u našoj državi često izostaje kod osoba koje su stvarno oboljele od toga poremećaja. Činjenica da se taj izraz veže prvenstveno za ratne veterane otežalo je pronalazak opće literature o posttraumatskom stresnom poremećaju podrijetlom iz Hrvatske, jer se većina knjiga i članaka odnose upravo na PTSP kao posljedicu Domovinskog rata.

Budući da je svaki veteran poseban slučaj, ne postoji jedinstven plan tretmana. Ipak, postupno je razvijen uobičajen slijed postupaka koji se primjenjuju u tretmanu PTSP-a izazvanog borbom. Veterani u većini slučaja traže pomoć kada su u krizi. Premda netko može godinama osjećati simptome stresa, oni sami rijetko uvjetuju početak tretmana. Mnogi veterani čak te simptome smatraju "normalnim".

Tretmanu obično prethodi događaj koji je po svojoj naravi sekundaran u odnosu na simptome stresnog poremećaja (npr. ženin zahtjev za razvod, gubitak zaposlenja ili sukob s pravnim sustavom zbog nasilnog ponašanja ili alkoholizma).

Prema psihologu Davidu W. Foyu liječenje PTSP-a kod ratnih veterana odvija se u tri faze: prva faza je krizna intervencija, druga je tzv. faza traume i zadnja faza je faza integracije.[103]

[102] Usp D. KOZARIĆ KOVAČIĆ, Z. KOVAČIĆ, L. RUKAVINA, Posttraumatski stresni poremećaj, u: *Medix - specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 13 (2007) 71., str. 104.

[103] Usp. D. W. FOY, *Liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja, kognitivno-biheviorални postupci*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1994., str. 27-37.

2.5.1. Faza krizne intervencije

Većina se kriza rješava ili stabilizira tijekom šestotjednog tretmana. Pritom je pristup klijentu individualan, prilagođen osobnostima krizne situacije. Ako je klijentovo stanje trajno poremećeno i kaotično, ispitivanje se mora ponoviti ne bi li se otkrila još nezamijećena ovisnost ili poremećaj ličnosti. Neke krize onemogućuju izravan tretman simptoma PTSP-a. Primjerice, kad ulasku u tretman prethodi alkoholna kriza i očita ovisnost o alkoholu, osim rješavanja krize, osobu je potrebno uputiti i na odvikavanje od alkohola.

U ovoj fazi intervencije do izražaja često dolaze samoubilačke i ubilačke namjere. Tada bi trebalo potražiti savjet forenzičara o tome kako zaštititi samog veterana i njegove moguće žrtve. Međutim, mnoge se prijetnje nikada ne ostvare.

Kako bi se tretman mogao provesti i da pri tome bude uspješan, najprije je potrebno klijentu zadovoljiti njegove osnovne potrebe, potrebe koje se nalaze na Maslowljevoj ljestvici potreba. Zadovoljenje potrebe za preživljavanjem i sigurnošću odnose se na stambeno zbrinjavanje klijenta, njegovu redovitu prehranu i ostale osnovne potrebe. Ukoliko one nisu zadovoljenje, vrlo su male šanse za uspješno liječenje.[104]

Motivacija za nastavljanjem tretmana poslije krizne intervencije može se postići ako se veteranu pomogne otkriti teškoće izazvane PTSP-om u svakodnevnom, civilnom životu. Pritom se veterana nastoji uvjeriti da trenutačna kriza nije izolirana, vremenski ograničen događaj, nego ponovljeno očitovanje problema izazvanih PTSP-om. To mogu biti problemi sa zakonom i vlastima, slaba kontrola srdžbe, osjećaji krivice ili samookrivljavanja te nemogućnost sklapanja bliskih veza s drugima.

Motivacija se može pojačati i raspravom o mogućem ishodu tretmana te analizom mogućih "šteta i dobitaka" od tretmana. Terapeutovo naivno obećanje o potpunom uklanjanju simptoma većini veterana ne zvuči uvjerljivim. Budući da je neostvarljivo, ne treba ga ni davati.

Dugogodišnji PTSP izazvan borbom kronični je poremećaj koji će i dalje djelovati na veteranov život bez obzira na tretman.

Treba razlikovati "dobar" od "lošeg" života s PTSP-om. Iako se teškoće mogu nastaviti, može se smanjiti neugoda koju izazivaju.

U ovoj fazi procjenjuje se poremećaj i stvaraju preduvjeti za nastavak liječenja.

[104] Usp. D. W. FOY, *Liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja, kognitivno-bihevioralni postupci*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1994., str. 27-37.

2.5.2. Faza traume

Druga faza liječenja ratnog posttraumatskog stresnog poremećaja zasniva se na proučavanju doživljene traume i reakcija na tu istu traumu. Radi se na osvješćivanju i samoispitivanju vlastitih emocija, stavova i vjerovanja o sebi, drugima i svijetu. Takav proces se zove desenzitizacija. Njime se mijenjaju postojeći stavovi o doživljenom traumatskom događaju, o samome sebi i okolini.[105]

Karakteristika ove faze je skupna terapija koja pokazuje izrazito dobre rezultate prilikom liječenja poremećaja. Vjeruje se da je emocijama prožeti proces izmjene misli veterana i njegovih drugova glavni pokretač ozdravljenja. Zadatak voditelja skupine je stvoriti atmosferu koja će veteranima omogućiti slobodno komuniciranje. Terapeutov zadatak je oblikovanje skupnog procesa uz pomoć različitih postupaka kao što su izravne upute, modeliranje ponašanja te selektivno poticanje nekih tema i oblika interakcije. Terapija se odvija u interakcijskom procesu između samih veterana. Terapeutova potreba je ponajviše u početnom oblikovanju skupine, a kasnije ako skupina zaboravi svoj cilj ili snizi kvalitetu zajedničkog rada.
Trajanje skupina ovisi o raspoloživosti terapeuta i zahtjevima klijenata, trajanje tretmana ovisi i o definiciji skupnih ciljeva.[106]

Vidimo kako u skupini, veterani iznose svoja iskustva i emocije koja su u velikom broju slučajeva slični što klijentima pomaže u svladavanju različitih teškoća. Za uspješnu grupnu dinamiku svakako je važan terapeut koji bi trebao znati pravilno usmjeriti i voditi skupinu.

2.5.3. Faza integracije

Završna faza, odnosno, faza integracije je usmjerena na socijalno uključivanje žrtve traumatskog iskustva, njegovu prilagodbu na simptome posttraumatskog stresnog poremećaja te stjecanje socijalnih vještina u sigurnoj okolini.

Kronična višestruka trauma čije je liječenje bilo odgođeno deset do dvadeset godina ne reagira na kratkoročno liječenje. Rijetko dolazi do potpunog nestanka simptoma. To se vidjelo i iz iskustava u veteranskim centrima, gdje je nakon takvog rada dolazilo do povratka simptoma. Rijetki su se veterani vraćali na ponovno liječenje, kod onih koji su se vratili shvatila se naivnost početnih postavki o mogućnosti brzog izlječenja višestrukih, dugo neliječenih trauma.

[105] Usp. D. W. FOY, *Liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja, kognitivno-biheviоralni postupci*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1994., str. 26.
[106] Usp. Isto, str. 27-37.

Ratni PTSP može biti može biti kroničan sa simptomima koji različito reagiraju na liječenje. Kako razlikovati osobu s nepotpuno izliječenim PTSP-om odo osobe koja je bila temeljito liječena i imala od toga znatnu korist? Psiholog Figley je utvrdio da se pomak od žrtve do preživjelog zbiva građenjem vlastite "teorije ozdravljenja" koja daje odgovore na pet temeljnih "životnih pitanja": 1. Što se događa? 2. Zašto se to dogodilo? 3. Zašto sam to učinio? 4. Zašto sam se otad ovako ponašao? 5. Kako ću se ponijeti ako se opet to dogodi?
Tako se došlo do mjerila da je terapija gotova ako veteran može opisati što se dogodilo, a da pritom ne bude obuzet pretjeranom žalošću, bijesom i ne pokazuje subjektivnu želju za daljnjim radom. To ne isključuje stanovito emotivno oblikovanje priče, nego znači da pokazivanje osjećaja nije odviše snažno.[107]

Liječenje je prošireno fazom integracije. To se čini i u radu sa skupinama u nastavku prorade traume i u dodatnim oblicima individualne obiteljske terapije. U fazi integracije rad na traumi može se povremeno nastaviti ako neprorađena iskustva prodru u svijest, ali glavna se pozornost posvećuje sadašnjosti. Pitanja koja se postavljaju u ovoj fazi su: utjecaj prošle traume na obitelj, postavljenje ciljeva i praćenje njihova ostvarenja te prilagodbe na kronične simptome, otporne na liječenje. Ovi sadržaji se prorađuju uz potporu drugih, rješavanjem problema i izobrazbom u socijalnim vještinama. Sudjelovanjem u skupnoj terapiji idealna je prilika za razvoj socijalnih vještina i vještina za rješavanje problema, ako su bili zapostavljeni tijekom poremećaja. Što su veterani rječitiji i govorno spretniji u tretmanu, to im bolje razvija mogućnost kontrole i izražavanja neprijateljskih osjećaja govorom bez tjelesnih obračuna, odnosno bijesa i agresije. Mnogi veterani teško se usredotočuju na druge ljude zbog paralizirajućeg djelovanja traume. S razvojem grupnog povjerenja i kohezije razvijaju se osjećajne veze među članovima pa oni počinju prepoznavati i dijeliti zajednička iskustva iz rata kao i ona poslije njega. Postupno uče odgovarati i na tuđu patnju. Počinju razvijati toleranciju i strpljivost promatrajući tuđu duševnu patnju.

O koristi grupne terapije veterana govori i Matsakis. Grupna terapija veteranima pomaže izaći iz svoje društvene izolacije i dati im priliku uvježbati svoje zahrđale društvene vještine. Grupa može veteranu pomoći u resocijalizaciji, istodobno pružajući mu potporu i stvaran pogled na njegova ratna iskustva. Također, može mu dati iskrenu i vrijednu povratnu informaciju o sebi, povratnu informaciju koju je možda voljan čuti samo od onih koji su "bili tamo".[108]

[107] Usp. D. W. FOY, *Liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja, kognitivno-biheviоralni postupci*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1994., str. 35.
[108] Usp. A. MATSAKIS, *Surveying the damage: The effects of PTSD on family life*, VA Practitioner, 1989., str. 75-81.

2.6. Farmakoterapija u liječenju PTSP-a

Uz sve metode liječenja PTSP svakako valja spomenuti farmakoterapiju. U suvremenoj farmakoterapiji PTSP-a koriste se lijekovi iz sljedećih skupina: antidepresivi, stabilizatori raspoloženja, benzodiazepini, antipsihotici, antiadrenergici i dr.

U jednom recentnom sistematskom preglednom radu, koji je obuhvatio 35 kratkotrajnih (do 14 tjedana) randomiziranih kliničkih studija farmakoterapije PTSP-a, a koji je uključivao 4597 sudionika, pokazalo se da je značajno veći broj bolesnika odgovorio na medikamentozni tretman (59,1%) nego na placebo (38,5%). Nadalje, težina simptoma PTSP-a bila je značajno smanjena u 17 kliničkih studija (2507 sudionika), a najveći klinički pokus koji je pokazao učinkovitost bio je onaj koji je uključivao selektivne inhibitore ponovne pohrane serotonina (SIPPS), uz napomenu da je kod istih uočena također i dugotrajna učinkovitost.[109]

2.6.1. Antidepresivi u terapiji PTSP

PTSP je anksiozni poremećaj što je osnova za korištenje svih podskupina antidepresiva novije generacije u liječenju. Naime, pored svog antidepresivnog učinka, antidepresivi imaju dokazani anksiolitički učinak smanjujući tjeskobu (anksioznost) i s njom povezane druge tegobe (različiti tjelesni simptomi, nesanica, pretjerana pobuđenost, unutarnja napetost, izbjegavajuće ponašanje). Antidepresivi koji djeluju na serotoninski sustav (citalopram, escitalopram, fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin, sertralin, tianeptin), noradrenalinski sustav (reboksetin), te antidepresivi koji koji imaju učinak na dva ili više neurotransmitorskih sustava (mirtazapin, venlafaksin, duloksetin, bupropion, moklobemid i dr.) najčešće su propisivani lijekovi u osoba s PTSP-om. Važno je naglasiti da većina antidepresiva djeluje s odgodom od 2 do 4 tjedna, katkada i više.[110]

Triciklički antidepresivi

Triciklički antidepresivi (TCA) i inhibitori monoaminooksidaze (IMAO) bili su prvi antidepresivi koji su se koristili u liječenju oboljelih od PTSP-a. U kliničkim studijama s relativno malim brojem sudionika imipramin je pokazao tek skromnu učinkovitost, a amitriptilin

[109] Usp. N. MIMICA, S. UZUN, O. KOZUMPLIK, V. FOLENGOVIĆ ŠMALC, Farmakoterapija posttraumatskog stresnog poremećaja, u: *Medix - specijalizirani medicinski dvomjesečnik,* XVI (2010.) 89/90, str. 61-63.

[110] Usp. Isto, str. 61-63.

umjerenu učinkovitost u poboljšanju simptoma PTSP-a, dok dezipramin nije dokazao svoju učinkovitost. Danas se TCA ne koristi u velikoj mjeri u liječenju PTSP-a, u prvom redu zbog svojih antikolinergičnih nuspojava, tj. relativne kardiotoksičnosti u komparaciji sa SIPPS-ima i atipičnim antidepresivima.[111]

Inhibitori monoaminooksidaze

Fenelzin, ireverzibilni i neselektivni IMAO, pokazao je djelotvornost u ublažavanju simptoma PTSP-a, u malim randomiziranim studijama i u jednoj otvorenoj. S obzirom na svoja ograničenja (hipotenzija i rizik od hipertenzije ako se kombinira s određenom hranom ili lijekovima), ne spada u lijekove prvog izbora. No, u slučaju da lijekovi koji se u principu bolje podnose podbace u svojoj učinkovitosti, a bolesnik je suradljiv u smislu dijetalnih ograničenja, može se razmotriti njegova uporaba.

Brofaromin, lijek koji selektivno inhibira i monoaminooksidazu tipa A (MAO-A) i serotonin nije dao očekivane rezultate.

Moklobemid, reverzibilni i selektivni IMAO, je lijek koji je u principu sigurniji i bolje se tolerira, a dijetetski režim tijekom uzimanja nije potreban. Stoga ne čudi da je baš moklobemid lijek koji se najviše koristi između postojećih IMAO-a.[112]

Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina predstavljaju prvu liniju farmakološkog liječenja PTSP-a. Pozitivne kliničke studije sertralina, paroksetina, fluoksetina, fluvoksamina i citaloprama ustoličile su ovu skupinu lijekova u svakodnevnu kliničku praksu.

Iako su samo sertralin i paroksetin odobreni u ovoj indikaciji od strane Američke udruge za hranu i lijekove (FDA), opće je prihvaćeno mišljenje da i drugi lijekovi iz ove skupine imaju sličnu efikasnost i sigurnost, te se stoga i koriste u svakodnevnoj kliničkoj praksi.

Lijekovi iz ove skupine povoljno djeluju na sljedeće simptome: bijes, suicidalne pokušaje, depresivno raspoloženje, simptome panike, prisilne misli, te ponašanje povezano sa zloporabom i/ili ovisnošću o alkoholu i psihoaktivnim tvarima.[113]

[111] http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/16139/Antidepresivi.html, (09.08.2016.)
[112] http://www.zdravljezasve.hr/html/zdravlje08_farmakoterapija.html, (09.08.2016.)
[113] Usp. N. MIMICA, S. UZUN, O. KOZUMPLIK, V. FOLENGOVIĆ ŠMALC, Farmakoterapija posttraumatskog stresnog poremećaja, u: *Medix - specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, XVI. (2010.) 89/90., str. 61-63.

Drugi antidepresivi

Drugi, noviji serotoninergički antidepresivi, kao što su venlafaksin i mirtazapin, također se u zadnje vrijeme spominju kao lijekovi prve linije u liječenju PTSP-a.

2.6.2. Stabilizatori raspoloženja

Stabilizatori raspoloženja koji su korišteni u kliničkim studijama PTSP-a su sljedeći: karbamazepin, valproat, topiramat, lamotrigin, gabapentin i litij. U malom otvorenom pokusu karbamazepin se pokazao djelotvornim u tretmanu noćnih mora, ponovnog proživljava nja, pobuđenosti, impulzivnosti i nasilnog ponašanja. Valproat se pokazao djelotvornim u tretmanu izbjegavanja, otupjelosti i pobuđenosti, kod vijetnamskih veterana. Topiramat je bio učinkovit kod redukcije simptoma PTSP-a, uključujući i noćne more, kod 35 kroničnih bolesnika refrakternih na prethodnu terapiju. Lamotrigin je pokazao obećavajuće rezultate, no uzorak je bio mali. Gabapentin se pokazao koristan kao adjuvantna terapija poremećaja spavanja u ovih bolesnika, smanjujući učestalost noćnih mora. Dvije kliničke studije litija u terapiji oboljelih od PTSP-a pokazale su poboljšanje simptoma pobuđenosti, a augmentacija litijem pokazala se korisnom kod rezistentne ljutnje i iritabilnosti.[114]

2.6.3. Antiadrenergički lijekovi

Adrenergički lijekovi su lijekovi koji djeluju na sustav adrenalina i noradrenalina. Noradrenalin ima važnu ulogu u nastanku simptoma poput noćnih mora, nesanice, pobuđenosti, selektivnog usmjeravanja pozornosti, te tjelesnih simptoma vegetativne podraženosti (lupanje srca, ubrzano disanje, tremor, znojenje, zujanje u ušima, mučnina, povraćanje, proljev itd.). Lijekovi koji se koriste u pacijenata s PTSP-om različitim putovima i na različitim mjestima blokiraju ovaj sustav (alfa1-adrenergički blokatori- prazosin, beta-adrenergički blokatori- propranolol ili alfa2-agonisti-klonidin). Svi oni snižavaju krvi tlak i usporavaju rad srca osobito na početku, te je potreban oprez i pažljivo titriranje doze. Ta nus-pojava se može iskoristiti u terapijske svrhe u osoba koje boluju od povišenog krvnog tlaka, što nije rijetkost u osoba s PTSP-om.[115]

[114] https://www.zdravobudi.hr/clanak/982/stabilizatori-raspolozenja-i-bap, (09.08.2016.)

[115] https://www.zdravobudi.hr/clanak/345/lijekovi-koji-se-koriste-u-pacijenata-s-posttraumatskim-stresnim-poremecajem-ptsp, (09.08.2016.)

2.6.4. Benzodiazepini

Kod primjene benzodiazepina u tretmanu oboljelih od PTSP-a treba biti oprezan. Anamneza alkoholizma, abuzusa sedativa ili benzodiazepina predstavlja kontraindikaciju za uporabu ovih lijekova. S druge strane, adekvatna primjena benzodiazepina tijekom akutne stresne reakcije, može smanjiti vjerojatnost neprimjerene konzumacije alkohola nakon proživljene traume. Rezultati kliničkih studija u oboljelih od PTSP-a ukazali su da alprazolam može ublažiti nesanicu, anksioznost i iritabilnost, a klonazepam je pokazao djelotvornost u smanjenju simptoma nesanice, noćnih mora i paničnih napadaja.[116]

2.6.5. Antipsihotici

Zadnjih desetak godina bilježi se pojačani interes za primjenu atipičnih antipsihotika u liječenju osoba s kroničnim rezistentnim PTSP-om. Atipični antipsihotici često se prepisuju oboljelima od PTSP-a s dezorganiziranim ponašanjem i izraženim disocijativnim simptomima, ili pak onima koji manifestiraju eksplozivno, agresivno ponašanje. Manje kliničke studije pokazale su da risperidon, kao adjuvantna terapija, može imati povoljan utjecaj na simptome nametanja, iritabilnosti, ponovnog proživljavanja i na sveukupnu težinu bolesti. Otvorena klinička studija olanzapina provedena u američkih veterana oboljelih od PTSP-a, pokazala je učinkovitost u sva tri klastera simptoma, tj. redukciju ukupnih simptoma od 30%. Druga studija pokazala je da olanzapin, kao adjuvantna terapija PTSP-a, može biti koristan kod pridružene depresije i poremećaja spavanja koji prethodno nisu dobro reagirali na terapiju SIPPS-ima. Pokazalo se da kvetiapin, koji ima povoljniji profil nuspojava što se tiče porasta tjelesne težine i metaboličkog sindroma, u malim dozama također može biti uspješna adjuvantna terapija oboljelih od PTSP-a. Još uvijek nedostaju velike kontrolirane kliničke studije koje bi nedvojbeno mogle utvrditi učinkovitost atipičnih antipsihotika u liječenju terapijski rezistentnih osoba oboljelih od PTSP-a.[117]

Uzimajući u obzir velike multicentrične kontrolirane kliničke studije, lijekovi prvog izbora kod osoba oboljelih od PTSP-a su selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS).

[116] M. JAKOVLJEVIĆ, Z. LACKOVIĆ, i sur., *Benzodiazepini u suvremenoj medicini*, Medicinska naklada, Zagreb, 2001., str 27.

[117] https://www.zdravobudi.hr/clanak/232/antipsihotici, (09.08.2016.)

U kliničkoj praksi brojne skupine psihofarmaka pokazale su se korisnima. Tako, antiadrenergički lijekovi mogu biti učinkoviti ako se primijene odmah nakon proživljene psihotraume, kao prevencija kroničnog PTSP-a. Stabilizatori raspoloženja često su korisni u terapiji osoba s kroničnim PTSP-om, gdje su impulzivno, agresivno ponašanje i nereguliran afekt rezistentni na terapiju SIPPS-ima. Atipični antipsihotici mogu biti od velike pomoći u terapiji teških terapijski rezistentnih osoba oboljelih od PTSP-a s dezorganiziranim ponašanjem i/ili s (komorbidnim) psihotičnim simptomima.[118]

2.7. Oporavak od PTSP-a

Svaka žrtva nasilja će željeti razviti vještine osobe otporne na stres, kako bi se mogle primjeniti i pospješiti oporavak od PTSP-a, treba ih imati u pričuvi kada se osoba suoči s drugim uobičajenim stresnim situacijama. I ciljevi i tretmanski koraci prema oporavku naglašavaju važnost razvijanja otpornosti na stres.

Psiholog Raymond B. Flannery, Jr. navode četiri cilja oporavka kojima je potrebno obratiti posebnu pozornost.

1. **Smanjena psihološka uzbuđenost** - cilj je obnoviti kemijske procese u tijelu i dovesti ih u stanje što bliže normalnom, tj onakvom prije traumatskog događaja. S vremenom je potrebno smanjiti pretjeranu mobilizaciju sustava za hitne reakcije i izbjeći svaku izazovnu situaciju koja bi mogla inicirati pretjeranu budnost. Izbjegavati opetovane nametljive epizode i depresiju koja može dovesti do kronične faze, te uporabu opijata. Reduciranje uzbuđenja povezanog s nasiljem je prvi cilj oporavka.

2. **Razumna samokontrola** - važan je osjećaj razumnog ovladavanja situacijama s kojima se dolazi u doticaj. Nadzirati dnevne događaje i ići kroz život bez nametljivih sjećanja. Ni jedna se žrtva ne želi osjećati bespomoćna prilikom suočavanja s različitim stresnim događajima u životu.

3. **Zdravi međuljudski odnosi** - zdrav i srdačan odnos s drugim ljudima daje podršku i informacije koje u krizi mogu puno pomoći. Žrtve puno više vole biti u društvu nego same, povučene i izolirane.

4. **Životni smisao** - posljednji cilj se sastoji u iznalaženju nekog smisla u onome što se dogodilo kako bi žrtva mogla nastaviti dalje.

[118] Usp. N. MIMICA, S. UZUN, O. KOZUMPLIK, V. FOLENGOVIĆ ŠMALC, *Farmakoterapija posttraumatskog stresnog poremećaja*, u: *Medix - specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, XVI. (2010.) 89/90., str. 61-63.

Na osnovu ova četiri cilja naznačene su jasni, izravni koraci različitih strategija suočavanja koje su se kod mnogih žrtava pokazale uspješnim.[119]

Budući da se žrtva nekakvog traumatskog događaja može naći u jednoj od dvije faze posttraumatskog stresnog poremećaja (akutna faza i faza tuposti), postoje i razlike u liječenju žrtava ovisno o fazi u kojoj se žrtva nalazi. Prema psihologu Raymond B. Flannery, Jr. oporavak u akutnoj fazi posttraumatskog stresnog poremećaja odvija se u šest koraka:

- Žrtvi je nužno potreban **osjećaj sigurnosti** koji se ponajprije odnosi na samu fizičku sigurnost, odnosno omogućen boravak na sigurnom mjestu u sigurnom okruženju. Zatim je potrebno osigurati žrtvi liječničku i pravnu pomoć, što se odnosi na određene liječničke intervencije i uključenje same policije u slučaj. Traumatizirana osoba treba izbjegavati rad s teškim strojevima jer oni mogu uzrokovati strah, iznenadne reakcije ili probleme s koncentracijom. Druga komponenta osjećaja sigurnosti vezana je uz voljene osobe. Nužno je mudro odabiranje osobe kojoj se žrtva može povjeriti kako ne bi došlo do osuđivanja ili prebacivanja krivnje na samu žrtvu.

- **Izbjegavanje zlouporabe alkohola, droga i lijekova** jer ovisnost donosi samo kratkotrajan osjećaj olakšanja. Zlouporabom alkohola, droga i lijekova posljedice traumatskog iskustva se samo izbjegavaju, a nikako ne liječe, stoga ovisnosti samo kompliciraju oporavak.

- Traumatiziranoj osobi je nužno **obnoviti osjećaj samokontrole.** Žrtvu bi trebalo poticati na preuzimanje odgovornosti za vlastite postupke, odnosno, ona treba težiti zadovoljenju svojih potreba. Osjećaj samokontrole se obnavlja i informiranjem same osobe o simptomima posttraumatskog stresnog poremećaja, uključivanjem žrtve u postupak oporavka te je potrebno ukloniti osjećaj krivnje i samooptuživanja.

- Pronalaženjem osoba s kojima žrtva može razgovarati o svojoj traumi **održavaju se zdravi međuljudski odnosi.** Njima se povećava samopoštovanje kod žrtve te ona ima ponovno osjećaj pripadnosti zajednici.

- Potrebno je **smanjiti fizičku podražljivost žrtve,** odnosno**,** baviti se fizičkim aktivnostima ili opuštajućim vježbama kao i izbjegavanje kofeina i nikotina.

- **Pronaći smisao u nasilju (doživljenoj traumi)** započinje procesom žalovanja. U tom je procesu važna osoba koja bi samo slušala žrtvu i tako joj dala podršku. Žalovanjem je omogućena postupna ponovna uspostava kontrole nad strahom, depresijom, osjećajem krivnje, ljutnje ili stida. Isto tako, žalovanjem se može ispraviti pogrešna percepcija traumatskog

[119] Usp. R. B., Jr. FLANNERY, *Posttraumatski stresni poremećaj.* IZVORI, Nakladni zavod Evanđeoske Crkve, Osijek, 1998., str. 158-170.

iskustva. Poricanje ili racionaliziranje traume samo odgađa proces žalovanja, a time i oporavak od same traume.[120]

Isto tako, prema psihologu Raymond B. Flannery, Jr. oporavak i u kroničnoj fazi PTSP-a odvija se u istih šest koraka kao i kod žrtvi u akutnoj fazi, ali su oni preoblikovani za dano stanje žrtve. Otežan je pronalazak osobe od povjerenja, pa je samim time žrtvi vrlo teško ponovno uspostaviti osjećaj sigurnosti. U kroničnoj fazi je potrebno potpuno apstinirati od alkohola, droga te se nikako ne smiju zloupotrebljavati lijekovi jer se inače proces oporavka zaustavlja. Nadalje, žrtva je u ovoj fazi je naučila biti bespomoćna te ima panične napade, stoga je potrebno raditi na ispravljanju negativnog mišljenja. Vrlo je teško održavati zdrave međuljudske odnose jer se žrtva povlači u sebe, te nije bliska ni s najbližim osobama. Kako bi izgradila veze i odnose s drugim ljudima, žrtvi je potrebno mnogo vremena.

Fizička podražljivost žrtve traumatskog događaja se u ovoj fazi smanjuje uzimanjem lijekova u slučaju nesanica ili pojačane budnosti i uzimanjem antidepresiva koji djeluju na nametljiva sjećanja, panične napade i bljeskove sjećanja.

Proces žalovanja se odvija vrlo sporo i kroz male korake.[121] Oporavak u tom smislu se provodi po dijelovima traume, epizodu po epizodu.

Ponovni doživljaj traume može zahtijevati i kratku hospitalizaciju žrtve u slučaju jake depresije i suicidalnih misli.[122]

[120] Usp. R. B., Jr. FLANNERY, *Posttraumatski stresni poremećaj.* IZVORI, Nakladni zavod Evanđeoske Crkve, Osijek, 1998., str. 171-175.
[121] Usp. Isto.
[122] Usp. L. ARAMBAŠIĆ, *Gubitak, tugovanje, podrška*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2005., str. 272.

3. PASTORALNO SAVJETOVANJE I PSIHOTERAPIJA

Pastoralno savjetovanje, dušobrižništvo, postoji u Crkvi od samih njenih početaka. Korijene te službe nalazimo na stranicama evanđelja kod Isusovog djelovanja, ali i u aktivnostima ranih Crkvenih otaca i drugih Crkvenih službenika i vjernika.

U trećem dijelu rada prikazat ću povijest pastoralnog savjetovanja u Crkvi, koje su karakteristike pastoralnog savjetovanja te metode savjetovanja i psihoterapije. Spomenut ću i koje su važnosti izobrazbe, treninga pasotralnih savjetnika i psihoterapeuta kako bi djelovanje moglo biti što učinkovitije.

Teologija i duhovnost imaju važnu ulogu u liječenju PTSP-a, a jedan od modela koji se pokazao kao učinkovit je i hagioterapija o kojoj ću nešto više reći u daljnjem tekstu. U zadnjem dijelu prikazat ću pastoralne modele u radu s osobama oboljelim od PTSP-a, a poseban naglasak stavit ću na "Đakovački model" koji se pokazao koristan za stradalnike u Domovinskom ratu.

3.1. Pastoralno savjetovanje i pastoral Crkve

U povijesti Crkve dušobrižništvo je poznato kao *cura pastoralis* ili *cura animarum* tj. pastirska briga, liječenje, njegovanje duša. Kako i navodi Pavlova prva poslanica Solunjanima 5,23 duša čini zajedno s duhom i tijelom cjelinu našeg bića (*psiha, pneuma i soma*) i upravo ta cjelovitost je djelovanja pastoralnog savjetovanja.

Pastoral u Crkvi obuhvaća široko područje djelovanja. U užem smislu pastoral se bavi praktičnim pitanjima i potrebama pojedinca i obitelji dok u širem smislu seže do grupe, zajednice, društva, kulture. Kada govorimo o pastoralnom savjetovanju ponajprije nas zanima kako teološke spoznaje mogu utjecati na dobrobit pojedinca, braka i obitelji i to ponajprije u njihovom duhovnom aspektu ali isto tako i psihološkom, emotivnom, materijalnom, društvenom, moralnom i ponašajnom vidu. Svi ti aspekti čine cjelinu osobnog životnog iskustva i svaki od njih potrebit je pastoralne brige.

Pastoralna briga širi je pojam koji može uključivati dušobrižničke, duhovno-formacijske, karitativne ili praktične savjetodavne aktivnosti. Pastoralna briga podupire pojedinca pružajući mu vjersku i konkretnu životnu pomoć kao i duhovno praćenje a najčešće se provodi od strane svećenika, redovnica i redovnika, đakona ili laičkih pastoralnih suradnika. Pastoral uključuje i međusobno duhovno zajedništvo i potpomaganje članova zajednice. Dušobrižništvo pak, kao praktični vid pastorala, uključuje ponajprije bogoslužje, propovijed, sakramente te savjetovanje i psihosocijalnu pomoć.

3.1.1. Povijest pastoralnog savjetovanja

Pastoralno savjetovanje u katoličkoj Crkvi postoji od samih njenih početaka, ali kao takvog ga zadnjih nekoliko godina nitko nije tako imenovao. Prvi spis koji susrećemo u Crkvi kao nekakav priručnik psihološke samopomoći, kršćanskog morala, uputa u kršćanski život i duhovnost jest spis "Hermin Pastir".[123]

Također imamo i Ciprijana, biskup Kartage, koji u teškim vremenima iz doba progona Crkve, u svojim pismima sokoli i disciplinira vjernike tijekom Decijeva progona, te na taj način vršio pastoralno savjetovanje zajednice. Nadalje za bogatu povijest pastoralne brige zaslužni su i Bazilije Veliki, Ivan Krizostom, Grgur Veliki i mnogi drugi.

Toma Akvinski prije više od sedamsto godina ovako opisuje savjetovanje: ″Duhovne potrebe se rasterećuju duhovnim djelima na dva načina, prvo tražeći pomoć od Boga i u odnosu na to imamo molitvu... Drugo, dajući ljudsku pomoć... poučavajući...(ili) savjetujući, (što uključuje): poučavanje uma, savjetovanje za praktično djelovanje, utjehu za tugu, prijekor i opomenu za ispravljanje, oprost za grijehe, i strpljivost za one koji su slabi.″[124] Drugi su primjer riječi Klementa Aleksandrijskog: ″Modeli bilo koje pomoći... su trojaki... Duhovno vodstvo, prema tome, budući je od Boga primilo snagu za službu, koristi nekima (1) disciplinirajući ih i pridajući im pažnju..., (2) opominjući ih..., i (3) vježbajući i poučavajući ih.″[125]

Drugi vatikanski koncil svojim dokumentima a naročito pastoralnom konstitucijom *Gaudium et spes*[126] te papa Ivan Pavao II prije svega svojim enciklikama (*Redemptor hominis, Dives in misericordia, redemptoris missio i dr.*) ali i javnim istupima, isticali su teme koje su u fokusu zanimanja i djelovanja pastoralnog savjetovanja. U tradiciji katoličke crkve postoje brojni specifični vidovi psihološko duhovne pomoći poput bračnih susreta, tečajevi priprave za brak, duhovne obnove, duhovne vježbe, različiti seminari, itd.

U okviru katoličke Crkve danas, a posebice, u nama bliskom njemačkom govornom području, evidentan je specifični oblik ponude duhovno-psihološke pomoći kroz trodnevne ili tjedne seminare koji se odvijaju u različitim samostanima, najčešće benediktinskim, cistercitskim ili karmelićanskim.[127]

---

[123] Usp. T. J. ŠAGI-BUNIĆ, *Povijest kršćanske literature, prvi svezak, Patrologija od početka do sv. Ireneja*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 1976., str. 143.

[124] H. LASIĆ, Duhovnost - bitno obilježje ljudskog bića Dijalog teologije, filozofije i mistike, u: *Obnovljeni život*: časopis za filozofiju i religijske znanosti, 55 (2000.) 3., str. 373-386.

[125] K. ALEKSANDRIJSKI, *Koji se bogataš spašava*, Verbum, Split, 2014., str. 5-12.

[126] DRUGI VATIKANSKI KONCIL, *Gaudium et spes*. *Pastoralna konstitucija o Crkvi u suvremenom svijetu*, (7. XII. 1965.), u: *Dokumenti*, Zagreb, 2008., br. 40-45,

[127] http://www.pastoralno-savjetovanje.com/website/, (10.08.2016.)

Informacije o ovim seminarima dostupne su i preko internet stranica, a postoji čak i nekoliko izdanja knjiga-vodiča s adresama, putnim kartama i programima pojedinih samostana.[128] Voditelji takvih seminara duhovno-psihološkog sadržaja često su redovnici ali još u većoj mjeri i sve zastupljenije i laici.

3.1.2. Karakteristike pastoralnog savjetovanja

Temeljno značenje latinske riječi za crkvu–*ecclesia*, jest ″zajednica″. Aspekt Crkve kao zajednice obuhvaća i njenu solidarnu i socijalnu aktivnost jednako kao i onu navjestiteljsku i duhovnu. Kao takva Crkva ima legtiman, tradicijski utemeljen i nesumnjivo veliki potencijal za biti pomažuća i iscjeljujuća zajednica. U ovom kontekstu zajednice, Crkva ima za ponuditi nešto drugačije od onog uobičajeno svjetovnog, a to je u ovom slučaju dušobrižništvo, pastoralno savjetovanje pojedinaca, braka i obitelji te specifičnu kršćansku socijalnu skrb. Ponekad je Crkva i sveobuhvatniji oblik pomoći od bolnice ili klinike jer osim individualne može ponuditi i duhovnu pomoć te potporu grupe i vjerske zajednice. Naravno da pritom niti želi niti može nadomjestiti medicinske aspekte pomoći ali se može sa sustavom zdravstvene skrbi na puno mjesta kvalitetno nadopunjavati. [129]

Savjetovanje u crkvenom okruženju nije orijentirano profitu i zaradi kao sekularna psihoterapija i samim time je dostupnije širokom krugu korisnika. Veliki broj osoba u potrebi traži pomoć upravo kroz Crkvu pa je i time pastoralno savjetovanje upravo na idealnom mjestu gdje može ponuditi svoje usluge širokom krugu ljudi.

Pastoralno savjetovanje koristi u pristupu čovjeku teološki i vjerski pogled na čovjeka, osobu, brak i obitelj, onako kako su definirani u Bibliji i dokumentima tj. učenju Crkve. U pristupu čovjeku orijentira se pastoralno savjetovanje prije svega na osobu. Osoba je čovjek kojega definiraju njegovi odnosi: odnos sa samim sobom, odnos s drugima i odnos s Bogom (s transcendentnim, s onim što čovjeka nadilazi).

Pastoralno savjetovanje promatra čovjeka u različitim aspektima u kojima se ispoljava: tjelesni, emotivni, intelektualni, socijalni i duhovni. Poštuje različitosti i dostojanstvo spola muškarca i žene.

Pastoralno savjetovanje na određene poteškoće osobe ne gleda samo kao na psihološke poremećaje već to promatra i kao duhovnu i moralnu borbu.

[128] http://www.pastoralno-savjetovanje.com/website/, (10.08.2016.)
[129] Isto.

To u praktičnom radu znači investirati u bližan odnos s osobom tijekom savjetovanja, a ne samo u strogo strukturiran razgovor sa isključivom primjenom terapijskih tehnika (iako je i to važno poznavati). [130]

Ovdje odnos (*relatio*) često ima prednost pred tehnikom u savjetovanju i više se vrednuje učinak karaktera i zrelosti savjetnika nego primijenjene tehnike. Stoga je i u samom treningu pastoralnog savjetnika nužan i njeguje se sklad informacije i formacije, kliničkog treninga i teološkog studija, znanosti i duhovnosti.

3.1.3. Metode savjetovanja i psihoterapije

U samoj metodologiji svoga rada pastoralno savjetovanje koristi različite već postojeće pristupe i terapijske pravce, već prema preferencijama pojedinog savjetnika. Pastoralni savjetnik tako može biti zainteresiran za rad na promjeni ponašanja na bihevioralnoj razini te promjeni razmišljanja na kognitivnoj razini, no u konačnici će tražiti i propitivati i pitanja smisla i vrijednosti na egzistencijalnoj i transcendentalnoj razini.

U svijetu pastoralni savjetnici često koriste Kognitivno-bihevioralne tehnike terapijskog rada ili striktno samo Kognitivnu terapiju po Aronu Becku, aspekte Lazarusove višemodalne terapije, Racionalno-emocionalnu bihevioralnu terapiju Alberta Ellisa, Kratku rješenju usmjerenu terapiju. Strategijsku terapiju po Jay Haleyu, Egzistencijalnu terapiju po Mayu i Yalomu, te Logoterapiju po Viktoru Franklu, a postoje i brojni integrativni modeli pastoralnog savjetovanja npr. Integrativna terapija po Darrellu Smithu ili Integrativna psihoterapija po Mark McMinnu. [131]

Pastoralni savjetnici i psihoterapeuti često su ekleklitčni pri odabiru i primjeni različitih terapijskih tehnika i metoda rada. S obzirom na korisnike pastoralno savjetovanje može biti individualno, predbračno, bračno te obiteljsko savjetovanje, a ne rijetko svoje aktivnosti provodi i u raznim grupnim aktivnostima, bilo kao grupe samopomoći ili razne edukativne tj. iskustvene skupine.

Pastoralno savjetovanje usmjerava se na razine ponašanja, razmišljanja, vrijednosti i smisla. Ovisno o potrebama osobe pastoralno savjetovanje će prioritetno rješavati bihevioralne ili kognitivne aspekte problema osobe, a potom težiti integraciji duhovnog i šireg društvenog konteksta. Pastoralno savjetovanje, u konačnici, promatra savjetovanje i terapiju kao moralni proces.

[130] http://www.pastoralno-savjetovanje.com/website/, (10.08.2016.)
[131] Isto.

Osjetljivo je na kontekst te uvijek kada je to moguće nastoji dobrom zahvatiti i u bračno partnerstvo, obitelj, zajednicu i društvo u cjelini smatrajući da nema cjelovite pomoći za čovjeka izvan zdravog okruženja u kojemu živi i koje i sam stvara.[132]

3.1.4. Izobrazba i trening pastoralnih savjetnika i psihoterapeuta danas

U katoličkoj Crkvi postoje i programi na pojedinim sveučilištima koji već obrazuju stručnjake za rad u pastoralnoj i psihološko-duhovnoj pomoći.

Najbliže Hrvatskoj je na Katoličkom bogoslovnom fakultetu u Ljubljani, a preko Franjevačkog obiteljskog instituta odvija se magistarski studijski program iz bračne i obiteljske terapije. Na čelu toga studija je franjevac dr. Christian Gostečnik sa suradnicima. Program je stručno utemeljen uključujući predavanja i višegodišnji praktični terapijski trening, a poučava se i terapijska metoda obiteljskog savjetovanja o kojoj je prof. dr. Gostečnik napisao i istoimenu knjigu - Odnosna obiteljska terapija (Relacijska družinska terapija).[133]

U Sjedinjenim Američkim Državama Loyola College iz Marylanda već dvadeset i pet godina obrazuje za pastoralno savjetovanje brojne svećenike, redovnike i laike. Loyola College omogućava magistarski studij iz pastoralnog savjetovanja te četverogodišnji doktorski studij iz pastoralnog savjetovanja. Po završetku te izobrazbe pastoralni savjetnici mogu polagati za državnu licencu i time stati uz bok 'svjetovnim' terapeutima u svakom pogledu, od stručnosti (usvojene tehnike i metode rada, normirana izvješća za socijalne, medicinske i pravne službe, itd.) do prava (njihov savjetodavni rad pokriva i financira zdravstveno osiguranje) te obveza (podliježu istima zakonima struke, tj. zakonskim normativima socijale, medicine, obiteljskog zakona kao i 'svjetovni' terapeuti). Program toga studija uključuje, za primjer, slijedeće predmete: razvojnu psihologiju, tehnike savjetovanja, psihopatologiju, teorije savjetovanja, grupno savjetovanje, razvoj i planiranje karijere, psihološko testiranje, statistiku, obiteljsko savjetovanje, savjetovanje kod zlouporabe i ovisnosti, profesionalna i etička pitanja, multikulturalno savjetovanje, praktični trening iz savjetovanja tijekom cjelokupnog trajanja studija. Takav način izobrazbe omogućuje pastoralnom savjetovanju zadobiti legitimitet i prepoznatljivo mjesto u sustavu općedruštvene psihosocijalne pomoći, a da pri tome ne gubi na svojoj specifičnosti duhovnog i vjerskog pristupa.[134]

---

[132] http://www.pastoralno-savjetovanje.com/website/vrste-savjetovanja/krscansko-savjetovanje, (10.08.2016.)

[133] https://fdinstitut.si/, (10.08.2016.)

[134] http://www.pastoralno-savjetovanje.com/website/, (10.08.2016.)

U Hrvatskoj je od 2002. do 2004. godine u okviru projekta ″Širenje i razvoj mreže crkvenih obiteljskih savjetovališta u Republici Hrvatskoj″ [135] održana edukacija za crkvene obiteljske savjetodavce. Nositelj projekta bio je hrvatski Caritas, a projekt je financijski kao i organizacijski podupirao njemački Renovabis. Edukacija se sastojala od teorijskog dijela i proučavanja propisane stručne literature, usvajanja psiholoških i psihoterapijskih znanja i spoznaja, praktičnih vježbi i treninga, stručne supervizije rada s klijentima provođene od strane psihoterapeuta i psihologa s dugogodišnjim iskustvom u terapijskom radu, iskustvenog rada na sebi te teološko-duhovnog poimanja Crkve o braku i obitelji. Mentorica edukacije bila je profesorica Nada Anić, klinički psiholog, a voditeljica edukacije klinički psiholog Zrinka Lučić-Vrhovac koja radi u Renovabisivom savjetovalištu u Republici Njemačkoj. Projekt je bio podržan od većine biskupija iz Hrvatske te iz Bosne i Hercegovine koje su poslale i svoje predstavnike na edukaciju. [136]

Iz ove je grupe obiteljskih savjetodavaca nastala i danas postojeća mreža crkvenih bračnih i obiteljskih savjetovališta koja djeluje preko biskupija ili biskupijskih te nadbiskupijskih Caritasa. U Hrvatskoj aktivna su takova savjetovališta u 8 biskupija ili nadbiskupija, tj. 13 crkvenih bračno-obiteljskih savjetovališta i to u gradovima Osijek, Slavonski Brod, Ogulin, Rijeka, Pula, Split, Šibenik, Varaždin, Zadar i Zagreb. Prvo savjetovalište ovakvoga tipa osnovano je još 1968. godine u Slavonskom Brodu na inicijativu vlč. Marka Majstorovića, a nakon toga 1971. godine i Obiteljski centar u okviru Filozofsko-teološkog instituta Družbe Isusove u Zagrebu.

U razdoblju od 1991. do 2004. osnovana su preostala savjetovališta s tim da je najveći broj - njih osam, osnovano nakon što je završena ranije spomenuta edukacija crkvenih obiteljskih savjetodavaca. Prema raspoloživim podacima do kraja listopada 2006-e godine ta su savjetovališta obavila preko 73.000 savjetodavnih susreta (sati) što čini godišnji prosjek od 8.750 susreta. Kroz sva savjetovališta prošlo je nešto više od 22.00 korisnika, tj. prosječno 3.400 godišnje. Obavljeno je i preko 22.000 savjetodavnih telefonskih razgovora s prosjekom od 2.200 telefonskih razgovora savjetovanja godišnje.[137]

U Bosni i Hercegovini pod okriljem biskupijskih Caritasa pokrenuta je 2006. godine druga edukacijska i trening skupina za izobrazbu crkvenih obiteljskih savjetodavaca po modelu koji je već korišten u Hrvatskoj.

[135] http://www.caritas.hr/kakodjelujemo.shtml, (10.08.2016.)
[136] http://www.pastoralno-savjetovanje.com/website/, (10.08.2016.)
[137] Isto.

Voditelji edukacije su isti kao i u prethodnoj edukaciji no uključivši sada i državljane BiH kao suvoditelje, a koji su prethodno završili, gore spomenutu, edukaciju za crkvene obiteljske savjetodavce u Hrvatskoj.

3.1.5. Stav Crkve prema osobama s duševnim poteškoćama

O važnosti pomoći osobama s duševnim poteškoćama progovara katolička Crkva danas na svim razinama i na mnogim mjestima.

Na Dan bolesnika na svjetskoj razini 11.02.2006. papa Benedikt XVI je naglasio kako je taj dan posebno posvećen duševnim bolesnicima. O važnosti brige za psihički oboljele osobe papa je rekao: ″Svi znamo da se Krist suočavao s čovjekom u njegovoj cjelovitosti, kako bi ga u potpunosti izliječio, u tijelu, u psihi i u duhu. Ljudska osoba je zapravo jedinstvena i različite dimenzije se mogu i moraju razlikovati, ali ne dijeliti. Tako si i Crkva uvijek postavlja zadaću da na osobe gleda na taj način, i to poimanje određuje katoličke zdravstvene ustanove kao i stil zdravstvenih djelatnika koji u njima rade. U ovome času osobito mislim na obitelji koje u svom krugu imaju duševnog bolesnika te proživljavaju muku i različite probleme koje to sa sobom nosi. Izražavamo blizinu u svim takvim situacijama, molitvom i bezbrojnim inicijativama koje crkvena zajednica provodi u djelo u svim dijelovima svijeta, osobito tamo gdje je zakonodavstvo neprimjereno, gdje su javne ustanove nedostatne i gdje prirodne katastrofe ili, nažalost, ratovi i oružani sukobi uzrokuju kod osoba teške psihičke traume″.[138]

U istoj poruci papa apelira na očuvanje duha solidarnosti s osobama i obiteljima koji se susreću s duševnim bolestima te ohrabruje napore svih koji se zauzimaju da svi duševni bolesnici imaju pristup potrebnoj njezi. Papa ističe: ″Primjećuje se potreba boljeg integriranja prikladne terapije i novog senzibiliziranja pred teškoćama, čime bi se djelatnicima u tome sektoru omogućilo učinkovitije pomaganje takvim bolesnicima i njihovim obiteljima, koje same ne bi bile u stanju prikladno slijediti svoje najbliže s teškoćama.″[139]

Papa je također izrazio svoje priznanje svima koji se kroz službene institucije medicinske i socijalne skrbi bave pružanjem pomoći duševnim bolesnicima: ″Pastoralnim djelatnicima, dobrovoljnim udrugama i organizacijama preporučujem da podupru, kroz konkretne oblike pomoći i inicijative, obitelji koje na skrbi imaju duševno bolesne″.[140] I iz navedenih riječi Benedikta XVI možemo zaključiti da je pastoralna skrb za osobe s psihičkim poteškoćama

[138] www.psihijatrija.com/nove%20slike/Poruka%20pape%20Benedikta%20XVI.doc, (11.08.2016.)
[139] Isto.
[140] Isto.

upravo primjeren oblik i način crkvenog i pastoralnog angažmana u ovoj složenoj i aktualnoj problematici.

Pomoć u navedenoj problematici uključuje suradnju velikog broja redovnih i izvanrednih institucija mentalne i zdravstvene skrbi kao i angažman pojedinaca kako profesionalnih tako i volontera. Pastoralno savjetovanje upravo je u središtu ovakvih inicijativa.

3.1.6. Izdavaštvo na temu pastoralnog savjetovanja u Hrvatskoj

U zadnjih nekoliko godina kod nas se posebno povećala zastupljenost izdanja koje se bave pastoralnim savjetovanjem. Kako domaćih tako i stranih autora koji se bave ovim temama.

Mnoge su knjige stranih autora koje se bave psihološko-duhovnom pomoći prevedene na hrvatski jezik. Neki od tih autora su: Amadea Cencinia, Arline Westmeier, Christe Meves, Valeria Albisettia, Ignaca Leppa, Artura Joresa i mnogi drugi.[141] U nama susjednoj Sloveniji imamo također neke od vrijednih knjiga s temom pastoralne psihologije slovenskog znanstvenika Antuna Trstenjaka, te Jože Ramovša koji je napisao knjigu "Sto domaćih lijekova za dušu i tijelo" koja je prevedena i na hrvatski jezik.[142]

Benediktinski redovnik Anselm Grün izvrsno spaja redovničko-otačko duhovno iskustvo i znanje s modernim konceptima psihologije i terapije i čije su brojne knjige prevedene na hrvatski jezik.[143]

Poznat je i metoda isusovca Bernarda Tyrrella kojeg je sam prozvao – Kristoterapija. Prva je knjiga pod istim naslovom i prevedena u Hrvatskoj a druga Kristoterapija II u kojoj je Tyrrell temeljito produbio temetiku prve knjige.[144] U njima je izložio praktični sustav primjene Kristoterapije za, kako sam kaže, ″liječenje grijeha, neuroze i ovisnosti″ te opisao proces iscjeljenja i edukacije emocija za situacije anksioznosti, straha, ljutnje, tuge i depresije. Sam Tyrrell navodi da je za termin ″Kristoterapija″ bio nadahnut logoterapijom Viktora Frankla i realitetnom terapijom Williama Glassera.

Logoterapija je još jedan pristup primjeren kontekstu pastoralne brige te su i na hrvatski jezik prevedena glavna djela Viktora Frankla kao i nekoliko naslova njemačke logoterapeutkinje Elisabeth Lukas.[145]

Poznati su i naši autori koji se bave psihološko-duhovnim temama isusovac Mihaly Szentmartoni s knjigom "Psihologija duhovnog života"[146] i brojnim člancima i predavanjima.

---

[141] http://www.pastoralno-savjetovanje.com/website/, (10.08.2016.)
[142] Usp. J. RAMOVŠ, *Sto domaćih lijekova za dušu i tijelo*, UPT, Đakovo, 1998., str 10-17.
[143] A. GRÜN, *Knjiga odgovora Anselma Grüna*, KS, Zagreb, 2010., str. 7-8.
[144] Usp. B. TYRRELL, *Kristoterapija: kako ozdraviti pomoću prosvjetljenja*, UPT , Đakovo, 1995.
[145] http://www.logoterapija.com/viktor-frankl, (10.08.2016.)

Profesor Szentmartoni je danas profesor na Institutu za duhovnost Papinskog sveučilišta Gregoriana u Rimu. Isusovac pater Mijo Nikić magistrirao je dubinsku psihologiju na Papinskom sveučilištu Gregoriana u Rimu te je danas predavač i kolegija psihologije i psihologije religije na FFDI u Zagrebu te autor knjiga Psihologija obitelji, Kako vjerom nadvladati strah i drugih, te jedan od urednika izuzetno vrijednog i rekao bih temeljnog zbornika radova interdisciplinarnog i multikonfesionalnog tipa Vjera i zdravlje koji okuplja brojne autore i članke s područja medicinske, psihološke, duhovne i vjerske pomoći iz cijele Hrvatske i kao i susjednih zemalja.[147]

Vrlo bitan doprinos duhovnoj pomoći u kontekstu Hrvatske ali i šire (Njemačka, Austrija, Kanada, itd.) te katoličkoj Crkvi uopće jest oblik duhovne pomoći pod imenom hagioterapija koju je razvio Tomislav Ivančić i koja i danas putem Centara za duhovnu pomoć diljem Hrvatske i drugih zemalja provodi zaokružen sistem duhovnog iscjeljenja za osobe s različitim poteškoćama.[148]

Iz svih ovih radova možemo vidjeti kako svaki autor na određeni način sudjeluje u pastoralu Crkve koji je okrenut i posvećen ljudima u potrebi.

3.2. Teologija i duhovnost u liječenju PTSP-a

Teologija u sustavu svojih poddisciplina kao što su politička teologija, psihologija moralnog iskustva, pastoral obitelji i vojni pastoral, kršćanska antropologija, afektivna i duhovna teologija indirektno zadire u problemsko područje osoba oboljelih od PTSP-a, ali nije izravan objekt teoloških proučavanja. Teologija promišlja uzroke poremećaja odnosno zla, kao i posljedice koje to zlo ostavlja na osobu, predlaže alternativne načine ozdravljenja i nadopunjuju psihijatrisko-psihološke tretmane. Pomoću teologije može se naći način za ozdravljenje od zlopamćenja, oproštenje, oslobođenje od posljedica zla, kao što su patološka mržnja i želja za osvetom, porast agresije i nasilnog ponašanja, sklonost prekomjernom pijenju alkohola itd. Način ophođenja je kroz propovijed, ispovijed, katehezu, duhovne obnove, općenito pastoralni rad.

Pozitivni vid psihološkog ili vjerničkog iskustva, i koji se protivi nekom pedagoškom ili inom zastrašivanju, trebao bi pokazati najbolje rezultate u psihijatrijsko-psihološkom ili duhovnom tretmanu veterana. Tako svjedoče i američka iskustva s vijetnamskim veteranima, koja su inače polučila skromne rezultate.

---

[146] Usp. J. IVELIĆ, Mihaly Szentmartoni, Psihologija duhovnog života, u: *Spectrum: ogledi i prinosi studenata teologije*, (3-4) 2008., str. 216-217.

[147] http://www.pastoralno-savjetovanje.com/website/, (17.08.2016.)

[148] http://www.hagioterapija-split.hr/,(17.08.2016.)

Intenzivan tretman na dulji rok ne uspijeva potpuno ozdraviti osobu, ali navodno poboljšava moralnost pojedinca i smanjuje ispade nasilja. Američki psiholog Mardi J. Horowitz sugerira kako terapije treba provoditi uvijek u ozračju nade ili u kontestu nade. To ujedno znači da je izrazito važno ukazivati na autonomnu perspektivu veterana, makar promijenjenu. U tome je važna uloga teologije patnje, koja insistira na smislenosti svake ljudske situacije, tvrdeći da svaka od njih može postati blagoslovom, ali koja također uključuje i jedno kenotičko stanje.[149] Pitanje se postavlja kako neko stanje poput PTSP-a može biti blagoslovom? Naravno da može ako uzmemo tezu da patnja prestaje biti patnja kada se prihvati. Prihvaćati nešto znači da smo u nečemu otkrili vrijednost, i to je ključni element teologije patnje.

Također se i hagioterapija osvrće na važnost prihvaćanja vlastite životne situacije pa bila ona i tragična. Vrijednost patnje na najbolji je način objasnio V. Frankl u okviru svoje logoterapije koja se fokusira na homo patiens. Prema njemu, čovjek treba usvojiti sposobnost patnje, a ta se sposobnost ne dobiva rođenjem, ni radom ili zalaganjem; čovjek stječe sposobnost za patnju jedino pateći. Kada bi sposobnost za patnju bila urođena, a ne stečena, radilo bi se o apatičnoj sposobnosti koja bi prethodno isključivala svaku mogućnost za patnju, a time i bi i onemogućivala usvajanje svih onih vrijednosti koje se zadobivaju patnjom i u patnji. Prema Franklu, patnja ima vrijednost jer izučena sposobnost za patnju predstavlja čin autokonfiguracije ili samoizgradnje. Zbog svoje sposobnosti da osmisli sve događaje vlastitog života i odluči o samome sebi, Karl Jaspers definirao je čovjeka kao "biće koje odlučuje o samome sebi", čovjek nije samo ono što trenutno jest in actu već i ono što može postati, što jest in potentia. Dok je Bog actus purus, odnosno aktualizirana mogućnost ili mogućnost potpuno realizirana, kod čovjeka uvijek postoji razilaženje između njegova biti ili moći-biti i trebati-biti, odnosno raskorak između egzistencije i esencije. Upravo je u tome, naglašava Frankl, i sama bit ljudskog postojanja, odnosno u smanjivanju tog raskoraka između egzistencije i esencije, ali tako da se ono "postani to što jesi" ne odnosi samo na ono "postani to što možeš i moraš biti" nego i ono "postani to što jedino ti možeš i trebaš biti". Taj principium individuationis jest polazište za svaki individualni tretman s oboljelima od PTSP-a i okosnica svakog moralnog suda koji se u odnosu na te osobe izriče.[150]

Sposobnost za bol je uvijek usvajanje neke vrijednosti. Osoba koja zna patiti dat će svojoj patnji stvaralački smisao te može vjerodostojno posvjedočiti i drugima pomoći realizirati mogućnosti koje su zaključane u njihovoj patnji te u njima probuditi volju za smislom.

[149] Usp. J. ĆURKOVIĆ, Identitet hrvatskog veterana u tjesnacu krivnje i bolnog sjećanja, u: *Bogoslovska smotra*, 79 (2009.) 2, str. 223-245.

[150] Isto.

Takva osoba svoju bolest shvaća kao zadatak, pomoću nje raste te postiže nutarnju slobodu usprkos vanjskim ograničenjima. Prema Franklu, to plodno prihvaćanje patnje moguće je jedino iz ljubavi prema nekome ili za nekoga. Patnja zapravo nadilazi samu sebe u traženju motiva patnje. Samo patnja iz ljubavi, nužna patnja s puninom smisla, koja se zapravo naziva prinosnom žrtvom, ne predstavlja regresiju u psihoanalitičkom smislu, već progresiju u egzistencijalnom smislu. Ako je dakle svaki čovjek, pa i onaj bolesni, uvijek in potentia, ta činjenica opravdava Horowitzevu otvorenost nadi, usprkos skromnim rezultatima u liječenju PTSP-a. Kako se pak ne bi stekao dojam moraliziranja i miješanja filozofi je i teologije u psihoterapiju, važno je istaknuti uzajamnu suradnju tih disciplina. Imperativ primum vivere, deinde philosophari nije uvijek od koristi, ako se uzme u obzir da nekada upravo pitanje o smislu života i smislu vlastite situacije pomaže izdržati svu težinu egzistencije.

Čovjek i u najgorim životnim uvjetima postavlja egzistencijalno pitanje o smislu vlastite situacije, te tako drži budnom duhovnu savjest. Franklova tvrdnja da samo patnja shvaćena kao žrtva ljubavi pomaže prihvatiti patnju i nadvladati je, ima svoje praktično uporište i u istraživanjima američkih psihologa s Wilsonom na čelu o karakternim obilježjima koja utječu na poboljšanje zdravlja oboljelih od PTSP-a. Oni su, naime, ustanovili da osobe s narcisoidnim karakterom lakše obolijevaju, odnosno teže ozdravljuju od PTSP-a. Ta tvrdnja navodi na zaključak da upravo osobe sklone altruizmu imaju najbolje preduvjete da se uspješno bore s PTSP-om. Tako se može reći da se oboljeli od PTSP-a osjeća dobro, čineći dobro!

Dobri rezultati radnih terapija također potkrjepljuju taj zaključak. Takve se terapije baziraju na ljudskoj potrebi za korisnošću te stimuliraju čovjekov stvaralački i altruistički duh. Čineći dobro postaje se dobar, odnosno mogućnost se preobražava u realnost, potentia u actus, a actus u habitus. Tako ono što je nekada bio čin, postaje stav, odnosno dio karaktera osobe. U tom smislu može se i važno je govoriti o individualnoj i društvenoj koristi oboljelih od PTSP-a, a ne ih uvijek smatrati teretom društva i njihovih obitelji.

3.3. Hagioterapija u liječenju PTSP-a

Hagioterapija je izvorno hrvatski model pružanja duhovne pomoći, a razvio ju je dr. Tomislav Ivančić, profesor Katoličkog bogoslovnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i predstojnik Centra za duhovnu pomoć koji primjenjuje hagioterapiju u svome radu.

Naziv hagioterapija dolazi od grčke riječi hagios što znači svet i riječi terapija.

Kao znanstveno-terapijska disciplina hagioterapija istražuje čovjekovu duhovnu dimenziju i time omogućuje čovjeku sasvim novi pristup razumijevanja njega samoga, pokazujući mu bezgranične mogućnosti razvoja, boljega života i boljeg svijeta. Te spoznaje daju čovjeku mogućnost smislenijeg života, boljih međuljudskih odnosa, ispravnog pristupa prirodi, što ga vodi u svjetliju budućnost.[151]

Hagioterapija kao takva, vraća duhovni zakon u njegovu prirodnu funkciju. Ona čovjeka budi, osvješćuje i usmjerava na pravi put. Pomaže mu da shvati svoju zabludu i okrene se od zla k dobru, od mržnje k ljubavi, da gleda od bolesti u zdravlje, od smrti u život. Tako mijenja čovjekov mentalitet i čini ga novim. Ona pomaže čovjeku da razvija sebe, da bude svoj, da iz profanosti uđe u svetost, iz ropstva zla u puninu života.

Njom se želi pomoći čovjeku da počinje vjerovati u dobro, istinu, ljepotu i ljubav, da se pokaje i počne praštati, da postane moralan, pošten, čovjekoljubiv, human i na taj način bude oslobođen od besmisla, boli i patnje. Hagioterapija zahvaća čovjeka u cijeloj kompleksnosti njegova bića, mijenja ga i vraća u svijet obnovljenog i osposobljenog za nove vizije života i razvoja.[152]

PTSP je područje koje posebno zanima dr. sc. Tomislava Ivančića budući da je u vojnicima Domovinskog rata prepoznao duhovno i društveno najosjetljiviju skupinu kojoj treba pomoći i prići s posebnom pažnjom. Naravno hagioterapija nema svrhu zamjenjivanja klasične terapije PTSP-a, farmakoterapije niti bolničkog liječenja., hagioterapija prepoznaje jednu vrstu stvarnosti hrvatskog branitelja na koju klasična psihologija ne može odgovoriti niti je to njezina domena, jer to je dimenzija vjere, savjesti i duhovnosti.[153] Neki branitelji, ušavši u obrambeni rat, iako su bili svjesni svoje dužnosti i odgovornosti prema domovini i sunarodnjacima, ipak osjećaju veliku krivnju jer su morali sudjelovati u oružanim sukobima.

Hagioterapija iz vjerskog odnosno kršćanskog aspekta može pomoći onim braniteljima koji odgovor i pomoć traže na razini koja je izvan domene tijela i psihe. U njoj se ogleda i određeni utjecaj logoterapije Viktora Frankla, a smisao proizlazi iz transcendentnog Boga.

Čovjeka s PTSP-om potiče se da se prisjeti traumatskih događaja u kojima mu je počinjeno zlo ili je sam počinio neko djelo za koje ga vlastita savjest optužuje te kroz opraštanje sebi i drugima može postići mir.

[151] Usp. T. IVANČIĆ, *Dijagnoza duše i hagioterapija*, Teovizija, Zagreb, 2015., str. 19.
[152] Isto.
[153] Usp. T. IVANČIĆ, *Hagioterapija PTSP-a*, Teovizija, Zagreb, 2009., str. 20-22.

3.4. Pastoralni modeli rada sa osobama oboljelim od PTSP-a

Rat donosi globalnu traumu, a jedna od najčešćih posljedica je kronični posttraumatski stresni poremećaj, psihički i neurofiziološki odgovor na izloženost stresogenom događaju koja prelazi granice uobičajenog ljudskog iskustva. Posttraumatski stresni ima karakterističnu kliničku sliku i zahtjeva karakterističan pristup. Zbog takve situacije vrlo je bitan model rada i pristupa s takvim osobama.

3.4.1. Uloga kluba u liječenju PTSP-a

Turbulentne ratne situacije dovode do veće potrebe korisnika usluga psihijatrijskih službi sa specifičnim duševnim poremećajima zbog čega je nužno prilagoditi terapijske pristupe. Zbog tih potreba putem vladinih i nevladinih organizacija izvan zdravstvenog sustava stvoreni "izvanbolnički rehabilitacijski programi".

Neki od takvih sustava su *"American Lake PTSD Program"*, Nizozemskoj "Centar 45", Australiji "australijski nacionalni centar za PTSD", Kanadski *"Canadian Foundation For Trauma Research and Education - C.F.T.R.E.*", a Vijetnamski veterani iz SAD-a još 1979. godine otvorili su prvi Centar za veterane.[154]

U Hrvatskoj je tijekom 1993. godine Vladin operativni stožer imenovao psihijatrijski odjel KB Dubrava Nacionalnim centrom za psihotraumu. Na stečenim iskustvima kreiran je Nacionalni program psihosocijalne pomoći sudionicima i stradalnicima iz Domovinskog rata, koji se uspješno provodi od 1995. godine.

Promatrajući složenost problema ratnih veterana terapija njihovih tegoba je zahtjevna. Na nju možemo odgovoriti samo integralnim pristupom. Takav pristup pokazao se najučinkovitijim oblikom preventivnoga i terapijskoga rada s tom populacijom. Dio takvog integralnog pristupa je upravo i klub.

Klub pripada socioterapijskim oblicima liječenja. Socioterapija se koristi, u svoje terapijske svrhe, terapijskim grupnim potencijalom. Klub djeluje terapijski putem svojega organizacijskog oblika i putem tretmana koji se u njemu provodi. Može biti dio bolnice ili samostalna institucija. Najčešće su članovi klubova liječeni psihijatrijski bolesnici koji

[154] Usp. E. KOIĆ, P. FILAKOVIĆ, L. MUŽINIĆ, S. VONDROČEK, S. NAĐ, *Klub hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata liječenih od PTSP-a kao oblik psihosocijalne rehabilitacije*, u: *Liječnički vjesnik*, 127 (2005.), str. 44- 47.

organiziraju kulturno-zabavne djelatnosti, razmjenjuju mišljenje o različitim temama, iznose osobna iskustva, uzajamno se savjetuju i eventualno dogovaraju sastanke izvan kluba.[155]

Članovi kluba se ne osjećaju bolesnicima, iako se u klubu nalazi i medicinsko osoblje. Ozračje u klubu je opušteno i spontano i ostvaruje ga sam član kluba, koji je ujedno i nositelj cjelokupne klupske djelatnosti. Članovi kluba mogu biti prijatelji ili obitelj bivšeg bolesnika. U njemu, kao grupnom potencijalu, dolazi do razvijanja grupne pripadnosti. Klub djeluje kako uz pomoć psihoterapijskog tretmana tako i preko svoje organiziranosti. Prihvatljivi su i susreti članova izvan kluba, a i realnost, što je važno za one članove koji se liječe psihoterapijom gdje je često prisutna fantazija. U klubu članovi mogu stvoriti i osjećaj "idealne obitelji".

Klub smanjuje anksioznost i pomaže u prihvaćanju vlastite ličnosti. Prihvaćaju se i druge ličnosti što je značajno u otklanjanju preosjetljivosti i sklonosti k izolaciji. Također smanjuje se stigmatizacija društva i utječe na smanjenju suicidalnih ideja tako što ih oni mogu kontrolirati, a suicidalno ponašanje odgađaju te nema očitovanja koje bi zahtijevalo intenzivni tretman. Odgovornost i inicijativa je na članovima kluba. Klub pomaže sazrijevanju ličnosti članova.

3.4.2. Valpovački model liječenja PTSP-a

Na temelju dobrih iskustava spomenutih u ranijem tekstu, u Valpovu je 1996. godine osnovan Klub ratnih veterana "3. Travnja 1992" sa svrhom što cjelovitijeg odgovora na mnoštvo zahtjeva ratnih stradalnika, sudionika u Domovinskom ratu u Hrvatskoj. Započeo je s radom u prostorijama Doma zdravlja, a veterani planiraju susrete na imanju koje sami, u sklopu terapije, osposobljavaju za upotrebu. Osim psihoterapeuta u Klubu su prisutni: svećenik, socijalni radnik, pedagozi, medicinske sestre i pravnik. Na taj je način omogućen integralni pristup mnogim njihovim problemima. Psihoterapeut pruža, onima kojima je to potrebno, individualnu i grupnu psihoterapijsku pomoć te osigurava, po potrebi i hospitalizaciju. Dio članova Kluba sastaje se jednom tjedno po načelima grupe za samopomoć. Psihoterapeut vodi edukaciju stručnih članova Kluba. Ratnom stradalniku se u Klubu mogu ponuditi i ostali grupni potencijali. U klubu u Valpovu članovi su i udovice poginulih branitelja. Njima je namijenjen posebni program pomoći.[156]

Na osnovi znanstvene obrade podataka dobivenih od članova Kluba može se zaključiti kako je u njih riječ o visokom stupnju oštećenja ličnosti.

[155] Usp. R. GREGUREK, Povijest psihotraume, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva,* R. Gregurek - E. Klain (ur.), Medicinska naklada, Zagreb, 2000., str. 199.

[156] Usp. Isto, str. 3.

Sklonost ovisnosti je prisutna, ali nije zabrinjavajuća. Malo njih je imalo sukoba sa zakonom.[157] Osim depresije i sklonosti suicidu prisutan je gubitak samopoštovanja, a nerijetki su i paranoidni stavovi.

Takva raznolikost simptoma i stavova zahtijeva integralni pristup, a ne samo psihoterapiju ili farmakoterapiju. Ta je integralnost postignuta u klubu. U klubu gdje se, osim višestranog djelovanja, gubi osjećaj bolesničkog statusa, pomoć se doživljava u realitetu i članovi je mogu dobivati dulje vrijeme. Za cijelo vrijeme postojanja kluba nije bilo ni jednog pokušaja suicida.[158]

Klubovi za psihotraumatizirane kao što je u Valpovu, uspješan je odgovor na mnoge dvojbe bolesnika s PTSP-em. Klub, naime, nije samo ustanova za liječenje nego i središte i mnogih informacija. On osigurava povremenu izolaciju bez ikakvih terapijskih obaveza što je važan čimbenik u liječenju psihotraumatiziranih.[159]

3.4.3 Đakovački model rada s osobama oboljelim od PTSP-a

Za vrijeme sinodskih zasjedanja Druge Biskupijske Sinode od sinodskih članova u više navrata ukazana je prijeko potrebna briga, rad te pomoć Đakovačke i Srijemske biskupije braniteljima i stradalnicima Domovinskog rata, posebice oboljelih od PTSP.

Jedan je to od pokazatelja kako Crkva ne želi ostati po strani i kada se radi o jednoj od izrazito zahtjevnih populacija za rad. Želja je bila za osnivanjem Povjerenstva za stradalnike Domovinskog rata u Đakovačkoj i Srijemskoj biskupiji.

Biskupijsko povjerenstvo za pastoral stradalnika Domovinskog rata i članova njihovih obitelji Đakovačke i Srijemske biskupije, službeno je oformljeno dekretom dijecezanskog biskupa dr. Marina Srakića 1. Veljače 2005. godine. Izabran je Povjerenik i tajnica, te povjerenstvo koje je brojilo 15 članova.[160]

Povjerenstvo su činili stručnjaci različitih profila: psihijatri, vojni psiholozi, vojni kapelani, bračno–obiteljski savjetnici savjetnici, pedagog i sociolog, te svećenici–župnici. Povjerenstvo je bilo strukturirano da uz biskupijskog povjerenika i tajnicu postoji i uži odbor od pet članova: povjerenik, tajnica, vojni kapelan, psihijatar i jedan svećenik – župnik.[161]

---

[157] Usp. R. GREGUREK, Povijest psihotraume, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva,* R. Gregurek - E. Klain (ur.), Medicinska naklada, Zagreb, 2000.

[158] Isto.

[159] Usp. V. GRUDEN, *Psihoterapija*, Medicinska naklada, Zagreb, 1992. str. 34.

[160] Usp. S. ŠOTA, Biskupijsko Povjerenstvo za pastoral stradalnika Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, u: *Vjesnik*, 6 (2005), str. 499.

[161] Isto.

Dužnost užeg odbora Povjerenstva je izrađivati i predlagati godišnje programe te ih predstavljati ostalim članovima Povjerenstva. Zatim, sastajati se nekoliko puta u godini radi analize zamišljenog plana i programa. Uz uži odbor povjerenstva, svaka regija u biskupiji imala je svog regionalnog animatora. To su: županjska, vinkovačka, vukovarska, đakovačka, brodska, osječka, valpovačko–miholjačka i baranjska regija.[162]

Pastoral branitelja i stradalnika Domovinskog rada potreban je:

Zbog velikih rana na duši i tijelu branitelja i stradalnika, čestog osjećaja krivnje objektivni i subjektivni–opravdanih i neopravdanih, važnih pitanja oprosta i opraštanja, potrebne psihosocijalne i duhovne pomoći ne samo braniteljima nego i članovima njihovih obitelji, društva koje sustavno relativizira vrednote Domovinskog rata, pisanje povijesne istine o ratu. Zato je za vrijeme Druge biskupijske Sinode u više navrata izrečena potreba sustavnije, cjelovitije i konkretnije skrbi i brige za stradalnike Domovinskog rata.

Svrha povjerenstva[163]:

- Povjerenstvo je dužno organizirati predavanja, tribine, seminare, radionice, savjetovanje, molitvene sadržaje, osobne i grupne razgovore ili terapije za stradalnike i branitelje Domovinskog rata i članove njihovih obitelji u osam regija naše nadbiskupije. Osječku, Brodsku,Đakovačku,Vinkovačku,Vukovarsku,Baranjsku,Županjsku,Valpovačko-miholjačku.
- Povjerenstvo je dužno surađivati s Udrugama proteklih iz Domovinskog rata na području Đakovačke i Srijemske biskupije
- Svaka regija mora imati svoga animatora. Animator je pozvan povezati se s Udrugama proisteklih iz Domovinskog rata na području vlastite regije radi i kvalitetnijeg rada i međusobne koordinacije u radu sa stradalnicima i braniteljima te članovima njihovih obitelji
- Povjerenstvo je dužno surađivati i s drugim povjerenstvima u biskupiji, posebice s povjerenstvom za ovisnost o alkoholu i drogi, povjerenstvom za mlade, osobama s invaliditetom te biskupijskim uredom za pastoral obitelji

[162] Usp. S. ŠOTA, *Biskupijsko Povjerenstvo za pastoral stradalnika Domovinskog rata i članova njihovih obitelji*, u: *Vjesnik*, 6 (2005), str. 499.

[163] Arhiv Pastoralnog centra, Fond Povjerenstva za pastoral branitelja i stradalnika u Domovinskom ratu, Đakovačko-osječka nadbiskupija, 2004., bb

- Povjerenstvo je dužno povezati se sa već postojećim strukturama koje se brinu za branitelje i stradalnike Domovinskog rata na području Đakovačke i Srijemske biskupije
- Povjerenstvo je dužno biti "trajno otvoreno uho" za sve potrebe i probleme članova Udruga te stradalnike i branitelje Domovinskog rata i njihovih obitelji
- Uz već uključenost različitih profila osoba: teologa, vojnih kapelana, bračno - obiteljskih savjetnika, psihologa, psihijatara, pedagoga i sociologa dužno je uključivati ostale stručne osobe
- Svaki regionalni animator pozvan je pronaći i nekoliko suradnika na tom području
- Povjerenstvo je dužno organizirati i edukaciju za članove povjerenstva i suradnike regionalnih animatora

Područje rada i ciljevi[164]*:*

- Duhovna pomoć, promicanje duhovnosti, otkrivanje Boga u vlastitom životu, evangelizacijski sadržaj i promicanje rasta u vjeri stradalnika i branitelja Domovinskog rata i članova njihovih obitelji
- Produbljivanje i traženje smisla čovjekova života, smisao patnje i bolesti
- Promicanje i izgradnje autentične ljestvice vrednota
- Etička i moralna pitanja u osobnom, obiteljskom, društvenom, gospodarskom i kulturnom životu
- Promicanje i podizanje kvalitete bračnog i obiteljskog života
- Odgojna pitanja i pomoć pri odgoju djece i mladih
- Nadilaženje problema ovisnosti među stradalnicima i braniteljima Domovinskog rat
- Promicanje samosvijesti i samopoštovanja branitelja i stradalnika Domovinskog rata i članova njihovih obitelji
- Promicanje kulturnih sadržaja

3.4.4. Struktura rada Povjerenstva

Povjerenstvo je jednom mjesečno organiziralo, tematski postavljene, jednodnevne tribine od dva predavanja i četiri radionice. Zatim trodnevne godišnje i dvodnevne uskrsne i korizmene tribine po dva, odnosno šest predavanja u nekoliko gradova naše biskupije.

[164] Arhiv Pastoralnog centra, Fond Povjerenstva za pastoral branitelja i stradalnika u Domovinskom ratu, Đakovačko-osječka nadbiskupija, 2004., bb

Programi su se održavali u Vukovaru, Osijeku, Slavonskom Brodu i Vinkovcima. 2005. godine organizirane su i dvodnevne korizmene tribine od dva predavanja i četiri radionice, odnosno okrugla stola, održane u osam gradova biskupije: Vukovaru, Vinkovcima, Slavonskom Brodu, Županji, Belom Manastiru, Valpovu i Osijeku. Pastoralni rad podijeljen na tri razine: biskupijsku, regionalnu i individualnu razinu.[165]

a.) Biskupijska razina:

Na biskupijskoj razini Povjerenstvo je organiziralo susrete s udrugama proisteklim iz Domovinskog rata na području biskupije. Na susrete su pozivane udruge na županijskoj, gradskoj i općinskoj razini. Susreti su se održavali u biskupijskom domu u Đakovu dva puta godišnje. Susreti su postavljeni tematski. Nastoji se ponajviše međusobno razmišljati o komunikaciji , suradnji i koordinaciji udruga. Željelo se razmijeniti pozitivna iskustva udruga, koje organizirano pružaju pomoć svojim članovima te na taj način pomoći onim udrugama koje još uvijek to ne uspijevaju. Susreti su se pokazali vrlo prihvaćenim od udruga.

Osim susreta, Povjerenstvo je organiziralo jednom godišnje u jednom od marijanskih svetišta u biskupiji, jednodnevni duhovni sadržaj i program za članove udruga koje žele svojim članovima pružiti takav vid sadržaja.

Na biskupijskoj razini Povjerenstvo je organiziralo dvaput godišnje u osam gradova biskupije predavanja, tribine, okrugle stolove, radionice, grupne terapije za stradalnike Domovinskog rata i članove njihovih obitelji. Realizirana su tri programa: 2003. godine, u četiri naša grada, pod nazivom "Božić hrvatskom branitelju"; 2004. godine pod nazivom "Da život imaju, u izobilju da ga imaju" i 2005. godine, u osam gradova "Samo je u Bogu mir, dušo moja". Predavači su bili vojni psiholozi, psiholozi, psihijatri, vojni kapelani, bračno obiteljski savjetnici, pedagozi, teolozi svećenici - župnici, profesori teologije.[166]

Želja je bila umrežiti što veći broj suradnika te u radu surađivati s ostalim institucijama koje pružaju pomoć stradalnicima Domovinskog rata, npr. s centrima za psihosocijalnu pomoć.

Spomenut ću i još neke od susreta koji su se dogodili na biskupijskoj razini. Jedan od susreta bio je i susret Biskupijskoga povjerenstva za pastoral branitelja i stradalnika Domovinskog rata i njihovih obitelji s predstavnicima udruga proisteklih iz Domovinskoga rata na području Đakovačko - Srijemske biskupije.

[165] Usp. S. ŠOTA, Biskupijsko Povjerenstvo za pastoral stradalnika Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, u: *Vjesnik*, 6 (2005), str. 499.
[166] Usp. Isto.

Susret je održan 14. listopada 2006. godine u Duhovno-rekreativnom centru "Emaus" kod Petrijevaca. Pozdrav i uvodna riječ pripala je biskupijskom povjereniku mr. Stanislavu Šoti. Potom je slijedilo predavanje pomoćnika ministrice obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti mr. Zorana Komara, na temu "Pozitivni i negativni elementi mnogobrojnosti udruga proisteklih iz Domovinskog rata". Nakon prvog predavanja uslijedilo je i drugo s temom "15 godina ponosa i dostojanstva Hrvatskog vojnika", predavač ove teme bio je adm. Davor Domazet-Lošo. Nakon kratke pauze, bilo je pokorničko bogoslužje koje je predvodio vojni kapelan vlč. Alojz Kovaček, sudionicima je bila ponuđena mogućnost ispovijedi. Svetu misu predvodio je vojni kapelan vlč. Ante Mihaljević. Susret je završio ručkom i druženjem.[167]

Susret članova Biskupijskog povjerenstva i župnih administratora za pastoral branitelja i stradalnika Domovinskog rata i članova njihovih obitelji s predstavnicima i članovima Udruga proisteklih iz Domovinskog rata na području Đakovačke i Srijemske biskupije održao se 20. svibnja 2008. godine u "Velikoj dvorani" KBF-a u Đakovu. Susret je započeo u 17h prigodnom molitvom. Uvodnu riječ u susret pripala je biskupijskom povjereniku. Nazočne je pozdravio i dijecezanski biskup mons dr. Marin Srakić. Predavač je bio dr. sc. Zdravko Tomac, umirovljeni sveučilišni profesor, član Vlade Republike Hrvatske na početku Domovinskog rata. Tema predavanja bila je "Vrednote hrvatskog čovjeka u Domovinskom ratu". Nakon predavanja uslijedila je kratka rasprava uz molitveni završetak.[168]

Biskupijsko povjerenstvo za pastoral branitelja i stradalnika organiziralo je u nekoliko navrata susrete za predstavnike Udruga koje su proistekle iz Domovinskog rata više puta godišnje u Vukovaru i Đakovu. Jedan od susreta bio je također organiziran na KBF-u u Đakovu 28. travnja 2009. godine, na kojem je gostovao povjesničar koji je doktorirao na temi Bleiburga dr. Josip Jurčević. Tema susreta bila je "Krivci i krvnici Bleiburga i Vukovara". Cilj susreta bio je govoriti i širiti istinu o komunizmu, ali i o Domovinsko ratu.

Željom za kvalitetnijim radom, organizacijom, razmjenom iskustava braniteljskih zadruga na području Nadbiskupije, Nadbiskupijsko povjerenstvo za pastoral branitelja i stradalnika Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, organiziran je susret i tribina na KBF-u u Đakovu, 24. ožujka 2011. godine u 17h. Uvod u susret bila je molitva i pozdrav nadbiskupa Marina Srakića. Održana su tri predavanja: tema prvog predavanja bila je "Radna terapija", a predavanje je držao dr. Berislav Pašalić, dr. med. psihijatar, drugo predavanje održao je Tomo Bagarić s temom Iskustvo i rad referentnog centra braniteljskih zadruga te rad poljoprivredno-

[167] Arhiv Pastoralnog centra, Fond Povjerenstva za pastoral branitelja i stradalnika u Domovinskom ratu, Đakovačko-osječka nadbiskupija, 2006., BPC: 295-30/2006.

[168] Isto.

stočarsko-voćarske zadruge ,,Agro Vladislavci", zadnje predavanje bilo je na temu "Organizacija i rad braniteljske zadruge "Krndija Nexe" predavača Franje Baričevića. Nakon predavanja sudionici su sudjelovali u raspravi i razmjeni iskustava, te je skup završen molitvom.[169]

Još neke od tema tribina na nadbiskupijskoj razini za udruge proisteklih iz Domovinskog rata koje su se održale[170]:

- "Značenje vjere u sužanjstvu" predavač general pukovnik Tihomir Blaškić
- "Dostojanstvo Vukovara i prolivene krvi u Domovinskom ratu" predavač dr. Juraj Njavro
- "Vrednote Domovinskog rata i lažne vrijednosti u današnjoj Hrvatskoj" predavač general bojnik Željko Sačić
- "Haaški sud –što je propušteno" i projekcija filma "Treći pohod"
- "Dostojanstvo hrvatskog čovjeka i vojnika u mirovnoj misiji u Afganistanu" predavač vlč. Ante Mihaljević, vojni kapelan
- "Hrvatska politika posljednjih šesnaest godina i Europska unija" predavač dr. sc. Miroslav Tuđman

b.) Regionalna razina:

Na regionalnoj razini angažirani su bili animatori koji su u svojoj regiji okupljali oko sebe stručnjake različitih profila, čiji je zadatak bio da pomažu oko realizacije predviđenih planova i programa, bilo da se radi o angažiranju predavača pri predavanjima, tribinama, radionicama ili grupnim terapijama, bilo da okupljaju stručnjake za individualno pružanje psihosocijalne pomoći stradalnicima, napose oboljelima od PTSP-a. Na terenu se pokazala jako dobra suradnja pojedinih animatora s psihijatrima i vojnim psiholozima u regiji kojoj pripadaju.[171]

Regionalni animatori bili su dužni "upoznati" udruge na području regije, kako bi organizirali godišnji susret biskupa ili biskupijskog povjerenika s udrugama pojedine regije. Pri realizaciji plana i programa, regionalni animator dužan je biti koordinatorom i voditeljem predviđenog programa. Pozvan je i surađivati s lokalnim medijima, bez kojih niti jedan program ne može biti uspješno realiziran. Ukoliko je regionalni animator osposobljen za grupni vid rada sa stradalnicima Domovinskoga rata, dužan je to organizirati uz dogovor s užim odborom Povjerenstva.

[169] Arhiv Pastoralnog centra, Fond Povjerenstva za pastoral branitelja i stradalnika u Domovinskom ratu, Đakovačko-osječka nadbiskupija, 2011.., BPC: 30/2011.
[170] Neobjavljeni tekst dr. sc. Stanislava Šote
[171] Neobjavljeni tekst dr. sc. Stanislava Šote

Biskupijsko povjerenstvo za pastoral branitelja i stradalnika Domovinskoga rata i članova njihovih obitelji organiziralo je različite susrete za branitelje, stradalnike te članove udruga proizašlih iz Domovinskog rata. U pastoralnoj 2007. godini, tijekom došašća organiziralo se po regijama Biskupije Adventska tribina za branitelje, odnosno božićni susreti za đakovačku regiju. Na tribinu su bili pozvani svi stradalnici Domovinskoga rata i članovi njihovih obitelji, svi članovi udruga proisteklih iz Domovinskoga rata i drugi zainteresirani na području različitih župa naše Nadbiskupije.[172] Tema tribine bila je "Kristova ljubav u bračnom i obiteljskom životu".

Program tribine bio je sastavljen: Uvodna molitva i pozdrav domaćina, predavanje na temu "Kristova ljubav u bračnom i obiteljskom životu", rasprava i završna molitva.

Adventska tribina se održala prema sljedećem rasporedu[173]*:*

1. Za Osječki Čepinski dekanat 4. prosinca 2007. u 18h u prostorijama Udruge oboljelih od PTSP-a, Divaldova 132, Osijek, predavač je vlč. Ante Mihaljevič, vojni kapelan

2. Za Baranjski, Valpovački i Donjomiholjački dekanat 5. prosinca 2007. godine u 18:30h u dvorani Župe sv. Josipa Radnika u Belišću, Kardinala A. Stepinca 4, Belišće, predavač je mr. Stanislav Šota, biskupijski povjerenik za pastoral branitelja

3. Za Garčinski, Sibinjski i Slavonskobrodski dekanat 6. prosinca 2007. u 19h u Pastoralnom centru "Vid Mihaljek", Župa Gospe Brze Pomoći, Petra Krešimira IV. 55, Slavonski Brod, predavač mr. Stanislav Šota, biskupijski povjerenik za pastoral branitelja

4. Za Županjski i Drenovački dekanat 12. prosinca 2007. u 18h u dvorani Župe sv. Nikole Tavelića, Alojzija Stepinca 23, Županja, predavač mr. Stanislav Šota, biskupijski povjerenik za pastoral branitelja

5. Za Vinkovački, Vukovarski i Otočki dekanat 13. prosinca 2007. u 18h u dvorani Župe sv. Euzebija i Poliona, Bana Josipa Šokčevića 5, Vinkovci, predavač mr. Stanislav Šota, biskupijski povjerenik za pastoral branitelja

6. U samostanu sestara sv. Križa u Đakovu sredinom prosinca se tradicionalno priprema božićni susret za osobe s invaliditetom. U susret se godinama uključuju i branitelji te članovi njihovih obitelji i članovi udruga proisteklih iz Domovinskog rata. Tako su bili pozvani da se svi branitelji i članovi njihovih obitelji iz Đakovačkog i Velikokopaničkog dekanata pridruže na Božićni susret 15. prosinca 2007. u 15h u dvorani Florentini, Frankopanska 1, Đakovo.

[172] Arhiv Pastoralnog centra, Fond Povjerenstva za pastoral branitelja i stradalnika u Domovinskom ratu, Đakovačko-osječka nadbiskupija, 2007., BPC: 494-30/2007.

[173] Isto.

c.) Župna razina:

Na župnoj razini rad se ponajviše vodio u smjeru osobnih razgovora i obilježavanja stradanja vojnika pojedinih postrojbi.

Župe su bile potaknute da imaju svoje animatore. Navedeni su bili i kriteriji koje animatori trebaju posjedovati[174]:

- Da to bude osoba koja će pridonijeti kvalitetnijoj komunikaciji župe, udruga iz Domovinskog rata i biskupijskog povjerenstva
- Osoba koja se na određen način već afirmirala u radu pojedine udruge i ozbiljnog ratnog puta
- Osoba koja ima stanoviti ugled među braniteljima i stradalnicima Domovinskog rata
- Osoba vjere

d) Individualna razina:

Na osobnoj razini, svaki član Povjerenstva pozvan je osobno pružati duhovno-psihološku pomoć stradalnicima Domovinsko rata te, ukoliko je potrebno-ako je narav problema takav da nadilazi njegovu kompetenciju-povezati ili uputiti osobu na profil stručnjaka koji može stradalniku pomoći.

3.4.5. Domišljanje i organiziranje sustavne crkvene skrbi

Okupljanje i ustroj mreže pastoralnih stručnih suradnika u skrbi za branitelje i stradalnike Domovinskog rata započelo je u listopadu 2003. godine, na inicijativu tada pomoćnog biskupa mons. dr. Đure Hranića. Razmišljalo se o organiziranju sustavne crkvene brige i skrbi, o suradnji s udrugama koje su proistekle iz Domovinskog rata, te ustanovama, institucijama, i crkvenim i društvenim, čija je djelatnost usmjerena na rad s tom populacijom.

Namjera je stručnih suradnika bila da trajno prate potrebe branitelja i stradalnika Domovinskog rata, te senzibiliziraju društvenu i crkvenu javnost za njihove potrebe, a sve to uz trajnu stručnu formaciju suradnika Povjerenstva.

Rad Povjerenstva može se kroz to razdoblje, od jeseni 2003. do danas, promatrati u dva dijela: domišljanje i organiziranje sustavne crkvene skrbi, suradnja s udrugama proisteklih iz Domovinskog rata, te srodnih ustanova i institucija, i senzibiliziranje javnosti.[175]

[174] Neobjavljeni tekst dr. sc. Stanislava Šote

1. Domišljanje i organiziranje sustavne crkvene skrbi

Povjerenstvo je osmišljavalo, pripremalo i organiziralo pastoralne projekte, kojima se naudila duhovna i psihološka pomoć po regijama Đakovačke i Srijemske biskupije.

a.) "U susret Božiću u obiteljima hrvatskih branitelja"

Prvi pastoralni projekt Povjerenstva održan je u vrijeme došašća 2003. godine, pod nazivom "U susret Božiću u obiteljima hrvatskih branitelja", uz suradnju i financijsku potporu udruge Prvi hrvatski redarstvenik. Projekt je bio zamišljen na način da se braniteljima i njihovim obiteljima u četiri grada: Slavonski Brod, Vinkovci, Vukovar i Osijek, ponudi duhovna obnova u tri dana.[176]

Svakodnevno su se mogla poslušati po dva predavanja, a nakon predavanja sudjelovati u četiri radionice. U svim gradovima sadržaj je bio isti:

Teme predavanja prvog dana: "Utjelovljenje Isusa Krista u traumama opterećenoj duši Hrvatske", "Čovjek čovjeku čovjek". Teme radionice: "Prihvaćanje traume u svakodnevnom životu", "Dostojanstvo braka i obitelji u susret s posljedicama rata", "Razočaranost branitelja danas", "Nepravde u ratu i posljedice rata". [177]

Teme predavanja drugog dana: "Ljubav, pobjednica patnje", "Lažni putovi liječenja ožiljaka istraumatiziranih osoba". Teme radionica: "Život sa stresom", "Ljubav, jedini pobjednik", "Kvalitetniji život unatoč ovisnosti, "Branitelj danas".[178]

Teme predavanja trećeg dana: "Oprostiti sebi, preduvjet (samo)vrednovanja", "Optimizam-filozofija življenja". Teme radionica: "Oprostiti sebi, preduvjet (samo)vrednovanja", "Optimizam–filozofija življenja", "Dostojanstvo branitelja", "Molitva–vjera preduvjet ozdravljenja".[179]

Na kraju svakoga dana bilo im je ponuđeno sudjelovanje na autogenom treningu. Predavači i voditelji radionica bili su: župnik mr. Stanislav Šota, dipl. teol. i savjetnik Suzana Matošević, vojni kapelan vlč. Ante Mihaljević, vojni kapelan vlč. Alojz Kovaček, o. Markio Malović,

[175] Usp. S. MATOŠEVIĆ, Rad Biskupijskog Povjerenstvo za pastoral branitelja i stradalnika Domovinskog rata, u: *Vjesnik*, 6 (2005), str. 501.

[176] Isto.

[177] Arhiv Pastoralnog centra, Fond Povjerenstva za pastoral branitelja i stradalnika u Domovinskom ratu, Đakovačko-osječka nadbiskupija, 2004., bb

[178] Isto.

[179] Usp. S. MATOŠEVIĆ, Nav. Dj., str. 501.

psihijatar dr. Berislav Pašalić, sociolog i pedagog s. Rastislava Ralbovsky, dipl. teol. Ana Mlinarić, dipl. teol. Margareta Bošnjaković i o. Ivan Mikić.[180]

Posječenost je bila različita od grada do grada, npr. Najmanji broj posjetitelja bio je u Vinkovcima prvi dan-jedan branitelj, a najveći broj očekivano u Vukovaru – oko stotinjak. osoba. U drugim gradovima je bilo između dvadeset i pedeset osoba. Bez obzira na posjećenost, prisutni su izašli duhovno obogaćeni, što je većina njih izrekla na plenumu ili za vrijeme pauze. Susreti su bili organizirani u pastoralnim centrima pojedinih župa.[181]

b.) "Vukovar 2004.–Da život imaju, u izobilju da ga imaju"

Sljedeći pastoralni projekt na terenu osmišljen je kao briga o Vukovarcima, zbog najvećeg odaziva i zainteresiranosti u vrijeme održavanja prvog projekta. Tako je zajedničkim naporima članova povjerenstva nastao novi projekt, pod nazivom Vukovar 2004–"Da život imaju, u izobilju da ga imaju" (Iv 10,10).[182]

Ideja ovog projekta je bila naći se s Vukovarcima jednom mjesečno, kako bi im ponudili psihološku i duhovnu pomoć kroz predavanja i radionice. Susreti su se održavali tijekom ožujka, travnja, svibnja, rujna, listopada, studenoga i prosinca, a teme su bile sljedeće[183]:

1. Vukovarci–slika izabranog naroda/Iskustvo Božje blizine
2. Obitelj i brak u susretu s traumom i njezinim posljedicama
3. Moj križ svejedno gori/iskustvo patnje i križa u svijetlu Kristova križa
4. Maslinska gora–privilegirano mjesto molitve
5. Jesu li mrtvi pali uzalud?/Teološko–egzistencijalni aspekti uskrsnuća promatrani kroz vid pravde
6. Stres–naša svakodnevnica
7. S duhom Svetim do vizije budućnosti Vukovara
8. Alkoholizam
9. Sindrom ratne sumanutosti
10. Govor na gori–govor budućnosti i vječnosti
11. Dostojanstvo hrvatskog branitelja

[180] Usp. S. MATOŠEVIĆ, Rad Biskupijskog Povjerenstvo za pastoral branitelja i stradalnika Domovinskog rata, u: *Vjesnik*, 6 (2005), str. 501.

[181] Isto.

[182] Usp. http://www.ika.hr/index.php?prikaz=vijest&ID=69634, (15.06.2017.)

[183] Arhiv Pastoralnog centra, Fond Povjerenstva za pastoral branitelja i stradalnika u Domovinskom ratu, Đakovačko-osječka nadbiskupija, 2004., bb

12. Očuvanje psihičke kvalitete života u suvremenim uvjetima
13. Sugestija–čarolija sretnog i uspješnog življenja
14. (Su)odnos patnje i sreće
15. Psihičke i duhovne posljedice društvenih promjena
16. Jedinstvenost hrvatske empatije
17. Život kao smrt
18. Djetešce nam se rodi

Posjećenost je bila različita, od 20-ak do najviše 60 osoba, ovisno koja ih je tema privukla, kako su i sami izjavili. Svaki mjesec Vukovarci su mogli poslušati dvije teme, a nakon toga sudjelovati u četiri radionice, koje su kreirali predavači i voditelji radionica.

Predavači i voditelji radionica bili su: vojni kapelan vlč. Ante Mihaljević, dipl. teol. i savjetnik Suzana Matošević, župnik mr. Stanislav Šota, o. Ante Perković, pedagog i sociolog s. Rastislava Ralbovsky, vojni kapelan vlč. Alojz Kovaček, o. Slavko Antunović, svećenik dr. Ivica Raguž, psihijatar dr. Berislav Pašalić, psihologinja Zrinka Čorić, dip. teol. i savjetnik Elizabeta Matuzović, mons. dr. Đuro Hranić, župnik vlč. Marko Bingula i svećenik mr. Ivica Čatić.[184]

c.) "Korizma 2005.-Samo je u Bogu mir, dušo moja"

Projekt koji je nastao u 2005. godini pod nazivom "Korizma 2005.-Samo je u Bogu mir, dušo moja", s kojim se proširilo djelovanje na osam regija po biskupiji. Predavanja s radionicama održana su po tom planu u 8 sjedišta pojedinih regija: Belom Manastiru, Valpovu, Osijeku, Vukovaru, Vinkovcima, Županji, Đakovu i Slavonskom Brodu, u pastoralnim centrima pojedinih župa. To su bili dvodnevni susreti, svake večeri po dva predavanja. Teme su bile sljedeće: "Razlozi samoubojstava naših branitelja?", "Duhovni oslonac branitelja-KRUNICA u ratu i danas", "Odnos društva prema braniteljima", "Kako do kvalitetne komunikacije i povjerenja u obiteljima naših branitelja?". Predavači su bili: psihijatar dr. Lidija Tomičević, sociolog i pedagog s. Rastislava Ralbovsky, vojni kapelan vlč. Alojz Kovaček, dipl. teol. Suzana Matošević, vojni psiholog prof. Zrinka Čorić, vlč. Miro Tomas, psihijatar dr. Berislav Pašalić, o. Slavko Antunović, vojni kapelan vlč. Ante Mihaljević, dipl. teol. Elizabeta Matuzović, vojni psiholog Ivan Balažić, vlč. Franjo Bodonji, župnik i dekan preč. Mato Martinković, i o. Ante Perković. Pri najmanjoj posjećenosti okupljeno je 6 osoba, a najviše 60-ak osoba.

[184] Usp. S. MATOŠEVIĆ, Rad Biskupijskog Povjerenstvo za pastoral branitelja i stradalnika Domovinskog rata, u: *Vjesnik*, 6 (2005), str. 502.

2. Suradnja povjerenstva s udrugama proisteklim iz Domovinskog rata, te srodnih institucija i ustanova i senzibiliziranje javnosti

Povjerenstvo za branitelje i stradalnike Domovinskog rata nije se sastajalo samo zbog izrade pojedinih projekata, već je organiziralo i susrete s predstavnicima udruga koje su proistekle iz Domovinskog rata na području tadašnje Biskupije đakovačke i srijemske.[185]

Na taj način postigao se dijalog i osluškivale su se njihove potrebe kako bi im se u budućnosti moglo pružiti što bolja potpora i suradnja. Susretima su se često pridruživali i predstavnici pojedinih ustanova i institucija., s vi susreti popraćeni su informacijama u medijima. S predstavnicima udruga ostvarili su se sljedeći kontakti:

a.) Suradnja s udrugama u 2003. godini

U 2003. godini surađivalo se s udrugom Prvi hrvatski redarstvenik na projektu"Duhovna obnova za branitelje i njihove obitelji". Udruga Prvi hrvatski redarstvenik financirala je cijeli projekt "Duhovne obnove".[186]

b.) Suradnja s udrugama u 2004. godini

U 2004. godini bila su dva susreta s predstavnicima udruga proisteklih iz Domovinskog rata na području Đakovačke i Srijemske biskupije u travnju i rujnu.

Prvi susret održan je 27. travnja 2004., bio je plodonosan jer se upoznalo s programima rada udruga, ali i problemima na koje se nailazi u radu. Široka je lepeza rada: rješavanje materijalno - egzistencijalne situacije, pravnih pitanja, psihosocijalnog rada, pružanje potrebne pomoći, pomoć u rješavanju bračnih i obiteljskih problema, senzibiliziranje članova za prihvaćanje liječenja te psihološka, duhovna ili neka druga pomoć.[187]

Posebno se izrazila radost što je Povjerenstvo ponudilo suradnju na sljedećim područjima: pomoć pri izradi planova rada (odabir sadržaja, tema, sudjelovanje crkvenih djelatnika i dr.), konkretne oblike rada svojstvene Crkvi i biskupijskom povjerenstvu (predavanja, tribine, seminare, radionice, savjetovanje, molitvene i duhovne sadržaje, osobne razgovore i dr.).[188]

[185] Usp. S. MATOŠEVIĆ, Rad Biskupijskog Povjerenstvo za pastoral branitelja i stradalnika Domovinskog rata, u: *Vjesnik*, 6 (2005), 501.

[186] Arhiv Pastoralnog centra, Fond Povjerenstva za pastoral branitelja i stradalnika u Domovinskom ratu, Đakovačko-osječka nadbiskupija, 2004., bb

[187] Usp. S. MATOŠEVIĆ, *Nav. Dj.*,str. 502.

[188] Arhiv Pastoralnog centra, Fond Povjerenstva za pastoral branitelja i stradalnika u Domovinskom ratu, Đakovačko-osječka nadbiskupija, 2004., bb

Biblijsko povjerenstvo može poslužiti kao forum za susret ili suradnju Udruga. Ponekad će povjerenstvo samostalno organizirati i ponuditi članovima udruge neke sadržaje i programe, a u svoj rad Povjerenstvo će uključiti i stručne osobe, te suradnike iz pojedinih udruga, na taj način će Crkva đakovačka i srijemska biti preko Povjerenstva trajno otvoreno uho za sve potrebe, sudbine, živote i probleme članova udruga i njihovih obitelji. Dogovoreno je kako će Povjerenstvo sastaviti jedan upitnik o temama i područjima suradnje udruga i Povjerenstva, te o oblicima crkvene ponude i rada s članovima dostaviti taj upitnik i zamoliti ih da ga popune i tako pomogne očitavanje očekivanja od Crkve, te pridonesu što kvalitetnijoj i plodnijoj suradnji udruga s Biskupijskim povjerenstvom.[189]

Drugi susret održan je 28. rujna 2004. Na dnevnom redu tog susreta s predstavnicima udruga proisteklih iz Domovinskog rata, našla se analiza anonimnog upitnika koji je poslan svim udrugama, za sve članove, po dogovoru iz travnja. Broj koji je stigao nije bio baš reprezentativan, te nije poslužio za kvalitetnu analizu stanja na terenu. Usprkos tomu, analiza je javno obznanjena.[190]

U upitniku je postavljeno 19 pitanja o očekivanjima, oblicima suradnje, načinima rada, prijedlozima, vjerskoj pripadnosti, te prakticiranju vjere, očekivanjima ostatka obitelji, mogućnostima zajedničkog rada i pomoći. Iz analize se moglo iščitati očekivanje glede Povjerenstva na planu individualne duhovne pomoći, podizanja samosvijesti i samopoštovanja članova udruga, te promicanja kvalitete bračnog i obiteljskog života.[191]

Vlč. Ante Mihaljević je na susretu govorio o razlozima i zaprekama zatvorenosti udruga proisteklih iz Domovinskoga rata. Tako navodi, kao objektivne poteškoće u komunikaciji, brojnost udruga, specifičnost po djelatnostima, neriješena statusna pitanja udruga ili njihovih članova, rat i frustracije te stresove proistekle iz njega.[192] Poteškoća u suradnji i dijalogu s Crkvom bila je u tome što je Povjerenstvo staro godinu dana, te se ne može očekivati da ono u tako kratkom razdoblju zadobije pozornost svih udruga proisteklih iz Domovinskog rata.

Nakon vlč. Mihaljevića govorila je prof. Zlata Velat, koordinatorica udruga proisteklih iz Domovinskog rata u Osječko - baranjskoj županiji. Gđa Velat pozvala je prisutne da jedni druge "slušaju, ali i čuju", jer svi oni služe mnogim ljudima, te se zbog toga moraju odlučiti za toleranciju i komunikaciju.[193]

---

[189] Usp. S. MATOŠEVIĆ, Rad Biskupijskog Povjerenstvo za pastoral branitelja i stradalnika Domovinskog rata, u: *Vjesnik*, 6 (2005), 501.

[190] Usp. http://www.ika.hr/index.php?prikaz=vijest&ID=72442, (15.06.2017.)

[191] Isto.

[192] Usp. S. MATOŠEVIĆ, *Nav. Dj.*, str. 501.

[193] Usp. http://www.ika.hr/index.php?prikaz=vijest&ID=72442, (15.06.2017.)

Na kraju je uslijedila rasprava, koja je zaključena pozivom vlč. Šote da se svi jave pismenim ili usmenim putem s prijedlozima, upitima i programima, kako bi im Povjerenstvo i dalje bilo na raspolaganju.

c.) Suradnja s udrugama u 2005.

U 2005. godini održan je jedan susret s predstavnicima udruga proisteklih iz Domovinskog rata 15. veljače 2005. Na tom susretu okupljene je pozdravio pomoćni Biskup đakovački i srijemski, dr. Đuro Hranić. Biskup je opisao kako se prije više od godinu dana u Đakovačkoj i Srijemskoj Biskupiji počelo sa sustavnim razvijanjem određenih oblika pastoralnoga rada za branitelje i stradalnike Domovinskoga rata i članova njihovih obitelji.[194]

3.4.6. Obitelj kao važna stanica u radu sa stradalnicima Domovinskog rata

Obitelj je od presudne važnosti za stradalnika Domovinskog rata. Kao što je obitelj nukleus svake osobnosti, tako je i obitelj kamen temeljac za kvalitetnije suočavanje sa posljedicama Domovinskoga rata. U obitelji stradalnik pronalazi smisao , snagu, pomoć, razumijevanje te poticaj za hrabrije nošenje, suočavanje te prihvaćanje vlastite bolesti i invalidnosti. Naime obitelj je u neposrednom kontaktu sa stradalnikom te kao što obitelj trpi u slučaju pojedine ovisnosti tako i trpi u slučaju bolesti ili invalidnosti kao posljedicama rata. Ukoliko stradalnik ima podršku i razumijevanje cijele obitelji lakše će se nositi sa poteškoćama, u suprotnome nažalost stječe se dojam da je stradalnik jednostavno osuđen na propast.

Na žalost mnogi stradalnici nemaju podršku obitelji jer je danas obitelj u krizi. Bez podrške obitelji vrlo je teško govoriti o kvalitetnijem rješavanju posljedica Domovinskog rata. Poteškoće dodatno opterećuju i činjenica što današnje društvo kao da želi uništiti obitelj kao najvažnije mjesto formacije. U obitelji se više ne rađamo, ne umiremo, u obitelji se više ne žalosti i ne odgaja. S druge strane odgojne institucije vrtići, škole, internati...ne mogu niti po svojoj naravi, niti strukturi nadomjestiti obitelj.

Način na koji Povjerenstvo čini. Na župama, mjestima i gradovima osposobiti preko tribina, predavanja, radionica, razgovora informirajući i formirajući cijelu obitelj o problemima i poteškoćama te posljedicama nametnutoga rata. Događa se često da obitelj ne zna na koji način pomoći, gdje mogu potražiti pomoć i tko im može kvalitetno pomoći.

[194] Arhiv Pastoralnog centra, Fond Povjerenstva za pastoral branitelja i stradalnika u Domovinskom ratu, Đakovačko-osječka nadbiskupija, 2005., bb

Posebice nakon suicida stradalnika članovi obitelji znaju reći kako se stradalnik samo povukao zadnjih dana i na kraju počinio samoubojstvo, a da nisu znali kako mu pomoći.[195]

Treba više koristiti medije, ali problem je što mediji ne žele emisije s takvim temama. Vijest je ako se netko ubio, no pozvati ili imati redovito jednu takvu emisiju stječe se dojam da nitko od medija ne želi. Mediji su koncentrirani na profit, ne na sadržaj. Uvesti jednu emisiju u medijima koja govori o problematici stradalnika Domovinskoga rata s gostima psihijatrima, psiholozima, svećenicima...bila bi od velike koristi.[196]

Stradalnici Domovinskog rata moraju tražiti snagu u Bogu. Kao što su na početku naši branitelji nosili krunicu oko vrata, tako i sada moraju preko osobne molitve, vjere i pouzdanja tražiti snagu za nošenje vlastitih poteškoća. Povjerenstvo treba biti ono koje će ukazati na ispravan put i zdravu vjeru, kako bi se snašlo snage za lakšim načinom s posljedicama rata.

3.4.7. Osvrt na rad Povjerenstva i budućnost

Radom Povjerenstva kroz nekoliko godina trebamo biti ponosni, jer možemo govoriti o iskustvima Povjerenstva koje nema ni jedna nadbiskupija i biskupija. Braniteljskim udrugama Povjerenstvo je bilo svojevrstan ispit savjesti. Za rad Povjerenstva čulo se i izvan granica biskupije i pozivalo u gostovanje. Povjerenstvo je najviše uspjeha postiglo duhovnom i psihološkom pomoći braniteljima i stradalnicima Domovinskoga rata.[197]

Na rad Povjerenstva u proteklom trogodišnjem mandatu osvrnuo se i tadašnji đakovački i srijemski pomoćni biskup dr. Đuro Hranić, rekavši: "kako pastoral branitelja i članova njihovih obitelji pripada onom području pastoralnog djelovanja koje je po sebi veoma zahtjevno". "Unatoč svim poteškoćama Povjerenstvo je afirmiralo svijest o potrebi i važnosti rada s braniteljskom populacijom i članovima njihove obitelji, te pridonijelo shvaćanju kompleksnosti i zahtjevnosti, te važnosti toga područja pastoralnog rada".[198]

Povjerenstvo su činile stručne osobe koje su osmišljavale i provodile kvalitetne programe za skupni i individualni rad. Oglašavanje različitih susreta namijenjenih široj braniteljskoj populaciji i članovima njihovih obitelji nije uvijek animiralo velik broj osoba, no probudilo je i interes medija za rad Povjerenstva te pridonijelo upoznavanju s njegovim ciljevima i radom.

Članovi Povjerenstva isticali su duhovne obnove i individualne susrete kao najuspješnije programe rada Povjerenstva.

[195] Neobjavljeni tekst dr. sc. Stanislava Šote
[196] Neobjavljeni tekst dr. sc. Stanislava Šote
[197] Neobjavljeni tekst dr. sc. Stanislava Šote
[198] Usp. http://www.ika.hr/index.php?prikaz=vijest&ID=100037, (15.06.2017.)

Rečeno je također kako treba razmišljati i o provođenju novih, odnosno drukčijih programa za razliku od dosadašnjih, jer kako se, između ostaloga, čulo na sjednici, broj branitelja i članova njihovih obitelji nije u svim župama i regijama isti te će se pastoralna skrb pokušati prilagoditi toj činjenici.[199] Nužno je uključivanje većeg broja stručnih suradnika u rad Povjerenstva. Na poseban način trebalo bi se povezati ovaj pastoral sa pastoralom obitelji, jer kao što je spomenuto obitelj je važna stanica za svakog čovjeka.[200]

Kao Crkva-Đakovačka-osječka nadbiskupija želi biti otvorena za sve i surađivati sa svima. Istodobno želi okupiti suradnike iz redova svećenika, vjeroučitelja, liječnika, psihologa, psihijatara, a po potrebi i pravnika i drugih stručnih profila kako bi odgovorila zadaći koja se pred nju postavlja.

Promicanje pastirske skrbi za brojne stradalnike Domovinskoga rata i članove njihovih obitelji u Đakovačka-osječkoj nadbiskupiji nalagalo je osnivanje Nadbiskupijskog povjerenstva za pastoral stradalnika Domovinskoga rata i članova njihovih obitelji. Zato se pokazuje i danas velika potreba za ovakvim načinom pastoralnog djelovanja, jer ljudi žeđaju kako za psihološkom tako i za duhovnom pomoći, a najbolji primjer nam je Krist i njegovo djelovanje među potrebitima.

[199] Usp. http://www.ika.hr/index.php?prikaz=vijest&ID=100037, (15.06.2017.)

[200] Arhiv Pastoralnog centra, Fond Povjerenstva za pastoral branitelja i stradalnika u Domovinskom ratu, Đakovačko-osječka nadbiskupija, 2008., bb

Zaključak

PTSP zahvaća oboljelu osobu u cjelini djelujući na sve aspekte razvoja osobe, odnosno biološke, psihološke i socijalne aspekte. Žrtve PTSP-a žive teškim životom. Ono što se smatra uobičajenim i normalnim, poput mogućnosti samokontrole, osjećaja sigurnosti ili želje za otkrivanjem novih stvari, žrtvama PTSP-a predstavlja izuzetan napor i mukotrpan posao.

Kognitivno-biheviоralna terapija efikasan je oblik psihoterapije čija je učinkovitost dokazana brojnim kliničkim studijima u liječenju različitih psihičkih poremećaja. Stoga je nepobitna važnost provođenja tretmana kako bi se oboljele osobe mogle što lakše nositi sa danom situacijom.

Uz podršku obitelji, razumijevanje okoline, sudjelovanje u terapijama te pastoralnim modelima koje Crkva pruža i koje može pružiti u duhovno-psihološkoj pomoći žrtva poremećaja može raditi na samome sebi i tako očekivati pozitivne pomake u nošenju s bolesti.

Kroz ovaj smo rad vidjeli da PTSP nije samo medicinski problem, nego u sebi nosi dimenziju duhovnog budući da je čovjek trodimenzionalno biće: duh, duša i tijelo. Stoga bi braniteljima i članovima njihovih obitelji bilo dobro ponuditi više duhovnih sadržaja jer su i sami izrazili želju za tim.

Duhovna komponenta rada s braniteljima je iznimno važna, ali se često stječe dojam da je zapostavljena u korist medicinske skrbi. Omjer duhovne i medicinske pomoći trebao bi biti recipročan. Duhovni rad s populacijom oboljelom od PTSP-a mogao bi se organizirati kroz pokornička bogoslužja, duhovno savjetovanje, duhovne obnove i molitvene susrete.

Modeli rada koje sam razložio u ovome radu evidentno nisu bili dovoljno učinkoviti budući da nijedan od njih više nije aktivan. Učinkovita bi se pomoć, braniteljima i njihovim obiteljima, mogla pružiti kroz model trodnevne psihološko-duhovne rehabilitacije koja bi obuhvatila sva područja života i uključila optimalan broj stručnjaka svih područja.

Unutar Đakovačko-osječke nadbiskupije postoji niz adekvatnih prostora koji već sada svojim načinom rada opravdavaju svoje postojanje. Ti bi prostori mogli poslužiti kao prostori u kojima bi se mogli odvijati navedeni trodnevni psihološko-duhovni rehabilitacijski sadržaji.

Unutar nadbiskupije imamo više stručnjaka, a osobito duhovnika i svećenika koji bi mogli predvoditi trodnevne susrete.

Prijedlozi koje bi predložio za budući rad Povjerenstva su:

1. Aktivno uključivanje obitelji branitelja u programe podrške
2. Veća zauzetost župnika i pastoralnih suradnika u župama (vjeroučitelja i kateheta)

3. Uključiti u rad povjerenstva i rad programa završene specijalizante braka i obitelji te kriznih situacija koji bi svojim kompetencijama i stručnošću uvelike doprinijeli kvaliteti rada Povjerenstva.

4. Po uzoru na američki model rada s veteranima Vijetnamskog rata, pružiti mogućnost aktivnog sudjelovanja samih branitelja u procesu pomoći oboljelima od PTSP-a

Stradalnici domovinskog rata, njihove obitelji i bližnje te žrtve svih oblika posttraumatskih sindroma zaslužuju posebno mjesto u društvenim socijalnim modelima adekvatnijeg pristupa, a napose intenzivnijeg pastoralnog rada Crkve, kao žrtve, kojima dugujemo veću mjeru posvećenosti, razumijevanja, empatije, solidarnosti i molitve.

Literatura

Djela/Knjige

ALEKSANDRIJSKI, K., *Koji se bogataš spašava*, Verbum, Split, 2014.

AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, Međunarodna verzija s MKB – 10 šiframa*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1996.

ARAMBAŠIĆ, L., *Gubitak, tugovanje, podrška*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2005.

ARBANAS, G., *Metabolički sindrom osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem*, Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, 2012.

BEGIĆ, D., *Psihopatologija*, Medicinska naklada, Zagreb, 2014.

DAVISON, G. C., NEALE, J. M., *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1999.

FLANNERY, R.B. Jr., *Posttraumatski stresni poremećaj.* IZVORI, Nakladni zavod Evanđeoske Crkve, Osijek, 1998.

FOY, D. W., *Liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja, kognitivno-biheviоralni postupci*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1994.

GREGUREK, R., Povijest psihotraume, u: *Posttraumatski stresni poremećaj. Hrvatska iskustva,* R. Gregurek - E. Klain (ur.), Zagreb, 2000.

GRUDEN, V., *Ožiljci na duši Hrvatske*, Medicinska naklada, Zagreb, 1996.

GRUDEN, V., *Psihoterapija*, Medicinska naklada, Zagreb, 1992.

GRÜN, A., *Knjiga odgovora Anselma Grüna*, KS, Zagreb, 2010.

HAVELKA, M. (ur), *Zdravstvena psihologija*, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1990.

IVANČIĆ, T., *Dijagnoza duše i hagioterapija*, Teovizija, Zagreb, 2015.

IVANČIĆ, T., *Hagioterapija PTSP-a*, Teovizija, Zagreb, 2009.

JAKOVLJEVIĆ, M., LACKOVIĆ, Z. i sur., *Benzodiazepini u suvremenoj medicini*, Medicinska naklada, Zagreb, 2001.

KOCIJAN-HERCIGONJA, D., *Biološke osnove i terapija ponašanja.*, Školska knjiga, Zagreb, 2006.

KOSS, M.P., HARVEY, M.R., *The Rape Victim: Clinical and Community Interventions.* Newbury Park, California: Sage Publications, 1991.

KLAIN, E., Čovjek i grupa, u: *Grupna analiza, grupna analitička psihoterapija*, E. Klain i sur., Medicinska naklada, Zagreb, 1996.,

KRIZMANIĆ, M. (ur), *Psihološka pomoć u ratu*, Katedra za zdravstvenu psihologiju, Viša medicinska škola, Medicinski fakultet, Zagreb, 1991.

KRIZMANIĆ, M. (ur.), *Ublažavanje i uklanjanje psiholoških posljedica rata*, Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet, Zagreb, 1993.

MARKS, I. M., *Fears, Phobias, and Rituals*, Oxford University Press, 1987.

PETZ, B. (ur.), *Psihologijski rječnik*, Prosvjeta, Zagreb, 1992.

PREGRAD, J. (ur.), *Stres, trauma i oporavak*, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb, 1996.

RAMOVŠ, J., *Sto domaćih lijekova za dušu i tijelo*, UPT, Đakovo, 1998.

ŠAGI-BUNIĆ, T. J., *Povijest kršćanske literature, prvi svezak, Patrologija od početka do sv. Ireneja*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 1976.

TYRRELL, B., *Kristoterapija: kako ozdraviti pomoću prosvjetljenja*, UPT , Đakovo, 1995.

PAVLINA, Ž., KOMAR, Z., *Vojna psihologija, Priručnik za hrvatske časnike,* Ministarstvo obrane Republike Hrvatske, Zagreb, 2003.

WORDEN, J. W., *Savjetovanje i terapija u tugovanju*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2005.

Crkveni izvori

DRUGI VATIKANSKI KONCIL, *Gaudium et spes. Pastoralna konstitucija o Crkvi u suvremenom svijetu,* (7. XII. 1965.), u: *Dokumenti*, Zagreb, 2008.

TI SI KRIST-ZA NAS I ZA SVE LJUDE, *Izjave i odluke Druge biskupijske sinode đakovačke i srijemske*, Glas Koncila, Zagreb, 2008.

Članci

CIGROVSKI, A., MARINIĆ, R., DOMOKUŠ, N. A., PTSP i grupna psihoterapija – iskustva medicinskih sestara u Neuropsihijatrijskoj bolnici „Dr. Ivan Barbot“, u: *Socijalna psihijatrija*, 42 (2014) 2., str. 123-127.

COLTART, N., The Assessment of Psychological-Mindedness in the Diagnostic Interwiew, u: *The British Journal of Psychiatry,* 153 (1988) 819., str. 819-820.

ĆURKOVIĆ, J., Identitet hrvatskog veterana u tjesnacu krivnje i bolnog sjećanja, u: *Bogoslovska smotra*, 79 (2009) 2., str. 223-245.

DAVIDSON, J. R. T., HUGES, D., BLAZER, D. G., Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study, u: *Psychology Medicine* 21 (1991), str. 713-721.

FOLNEGOVIĆ ŠMALC, V., Posttraumatski stresni poremećaj, u: *Medix - specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 16 (2010) 71., 134-137.

GRUBER, E., RENDULIĆ, K., SUŠIC, E., Grupna terapija bolesnika/zatvorenika oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja i/ili trajnih promjenaličnosti na odjelu forenzičke psihijatrije Zatvorske bolnice Zagreb, u: *Kriminologija i socijalna integracija.* 21 (2013) 1., str. 1-165.

IVELIĆ, J., SZENTMARTONI, M., Psihologija duhovnog života. u: *Spectrum: ogledi i prinosi studenata teologije*, (3-4) 2008., str. 216-217.

KLARIĆ, M., FRANČIŠKOVIĆ, T., SALČINOSANTRINO, A., Obitelj i psihotrauma, u: *Medicina fluminensis*, 46 (2010) 3., str. 309-317.

KOIĆ, E., FILAKOVIĆ, P., MUŽINIĆ, L., VONDROČEK, S., NAĐ S., Klub hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata liječenih od PTSP-a kao oblik psihosocijalne rehabilitacije, u: *Liječnički vjesnik*, 127 (2005), str. 44- 47.

KOZARIĆ KOVAČIĆ, D., KOVAČIĆ, Z., RUKAVINA, L., Posttraumatski stresni poremećaj. *Medix - specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 13 (2007) 71., str. 102-106.

LASIĆ, H., Duhovnost - bitno obilježje ljudskog bića. Dijalog teologije, filozofije i mistike, u: *Obnovljeni život*: *časopis za filozofiju i religijske znanosti*, 55 (2000) 3., str. 373-386.

MATOŠEVIĆ, S., Rad Biskupijskog Povjerenstvo za pastoral branitelja i stradalnika Domovinskog rata, u: *Vjesnik*, 6 (2005), str. 501-505.

MIMICA, N., UZUN, S., KOZUMPLIK, O., FOLENGOVIĆ ŠMALC, V., Farmakoterapija posttraumatskog stresnog poremećaja, u: *Medix - specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, XVI. (2010.) 89/90., str. 61-63.

ŠOTA, S., Biskupijsko Povjerenstvo za pastoral stradalnika Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, u: *Vjesnik*, 6 (2005), 499-500.

Arhivska građa

Privatni arhiv dr. sc. Stanislava Šote

Arhiv Pastoralnog centra, Fond Povjerenstva za pastoral branitelja i stradalnika u Domovinskom ratu, Đakovačko-osječka nadbiskupija, 2004., bb

Arhiv Pastoralnog centra, Fond Povjerenstva za pastoral branitelja i stradalnika u Domovinskom ratu, Đakovačko-osječka nadbiskupija, 2005., bb

Arhiv Pastoralnog centra, Fond Povjerenstva za pastoral branitelja i stradalnika u Domovinskom ratu, Đakovačko-osječka nadbiskupija, 2006., BPC: 295-30/2006.

Arhiv Pastoralnog centra, Fond Povjerenstva za pastoral branitelja i stradalnika u Domovinskom ratu, Đakovačko-osječka nadbiskupija, 2007., BPC: 494-30/2007.

Arhiv Pastoralnog centra, Fond Povjerenstva za pastoral branitelja i stradalnika u Domovinskom ratu, Đakovačko-osječka nadbiskupija, 2008., BCP: /2008.

Arhiv Pastoralnog centra, Fond Povjerenstva za pastoral branitelja i stradalnika u Domovinskom ratu, Đakovačko-osječka nadbiskupija, 2008., bb

Arhiv Pastoralnog centra, Fond Povjerenstva za pastoral branitelja i stradalnika u Domovinskom ratu, Đakovačko-osječka nadbiskupija, 2011.., BPC: 30/2011.

Internet izvori

http://www.istrazime.com/klinicka-psihologija/o-bioloskoj-podlozi-i-simptomatologiji-ptsp-a/, (07.08.2016.)

http://www.nakladaslap.com/public/docs/knjige/Stres, (08.08.2016.)

http://www.cybermed.hr/clanci/kognitivno_bihevioralna_terapija, (09.08.2016.)

https://www.zdravobudi.hr/clanak/232/antipsihotici, (09.08.2016.)

https://www.zdravobudi.hr/clanak/982/stabilizatori-raspolozenja-i-bap, (09.08.2016.)

https://www.zdravobudi.hr/clanak/345/lijekovi-koji-se-koriste-u-pacijenata-s-posttraumatskim-stresnim-poremecajem-ptsp, (09.08.2016.)

http://www.zdravljezasve.hr/html/zdravlje08_farmakoterapija.html, (09.08.2016.)

http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/16139/Antidepresivi.html, (09.08.2016.)

http://www.logoterapija.com/viktor-frankl, (10.08.2016.)

http://www.pastoralno-savjetovanje.com/website/, (10.08.2016.)

http://www.pastoralno-savjetovanje.com/website/vrste-savjetovanja/krscansko-savjetovanje, (10.08.2016.)

https://fdinstitut.si/, (10.08.2016.)

http://www.caritas.hr/kakodjelujemo.shtml, (10.08.2016.)

www.psihijatrija.com/nove%20slike/Poruka%20pape%20Benedikta%20XVI.doc, (11.08.2016.)

http://www.hagioterapija-split.hr/,(17.08.2016.)

http://www.ika.hr/index.php?prikaz=vijest&ID=100037, (15.06.2017.)

http://www.ika.hr/index.php?prikaz=vijest&ID=72442, (15.06.2017.)