Psihološki aspekti onkoloških bolesti kod oboljelih od ratom uzrokovanog posttraumatskog stresnog poremećaja

Ivas, Iva

Master's thesis / Diplomski rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:595166

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

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



Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Iva Ivas

Psihološki aspekti onkoloških bolesti kod oboljelih od ratom uzrokovanog posttraumatskog stresnog poremećaja

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2015.

Ovaj diplomski rad je izrađen u Kliničkom bolničkom centru Zagreb, u Klinici za psihološku medicinu i u Centru za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine (CEPAMED) Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, pod vodstvom doc. dr. sc. Marijane Braš i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2014./2015.

Mentor rada: doc. dr. sc. Marijana Braš, dr. med.

„Traumu ne izaziva uvijek buka, nego ponekad i ono što ostane nijemo. Čak i tišina može proizvoditi buku.“

Carmen García Malto

Sadržaj

1. Sažetak .....

2. Summary.....

3.

Uvod..... Erro

r! Bookmark not defined.

4. Posttraumatski stresni poremećaj.....2

4.1. Povijest pojma traume.....5

4.2. Posttraumatski poremećaj kao zaseban sindrom 7

4.3. Tipologija posttraumatskog stresnog poremećaja.....8

4.4. Biokemijske promjene izazvane traumatskim događajem.....9

4.5. Epidemiologija posttraumatskog stresnog poremećaja u Hrvatskoj.....10

5. Posttraumatski stresni poremećaj u ratnoj i poratnoj Hrvatskoj.....11

5.1. Domovinski rat.....12

6. Utjecaj posttraumatskog poremećaja na tjelesne procese 13

7. Maligne bolesti 13

7.1. Epidemiologija malignih bolesti u Hrvatskoj 14

7.2. Psihoonkologija ... .15

7.3. Psihoterapija kod onkoloških bolesnika 17

8. Zaključak 18

9. Zahvale 20

10. Literatura 21

11. Životopis 23

1. Sažetak

Psihološki aspekti onkoloških bolesti kod oboljelih od ratom uzrokovanog posttraumatskog stresnog poremećaja

Iva Ivas

PTSP se danas aktivno istražuje od strane psihijatara, ali i ostalih zdravstvenih djelatnika i liječnika obiteljske medicine jer su oni u svakodnevnom i neposrednom kontaktu s oboljelima kao i njihovim obiteljima. Svakodnevno se donose nove spoznaje i povećava znanje koji mijenjaju ustaljene stavove o PTSP-u.

Novim spoznajama i brojnim istraživanjima koja su se provodila, došlo se do zaključka da oboljeli od PTSP-a imaju veći rizik od obolijevanja od malignih bolesti nego ostatak populacije. Zanimljiv je podatak da je rak u Hrvatskoj drugi uzrok smrtnosti nakon bolesti srca i krvnih žila, a najnovija istraživanja su pokazala da su u braniteljskoj populaciji prvi uzrok smrtnosti upravo maligne bolesti, a tek potom bolesti krvožilnog sustava.

Stres i depresija mijenjaju gensku aktivnost ne samo kod imunoloških prijenosnika nego i u stanicama imunološkog sustava (T-stanicama i NK-prirodno ubojitim stanicama) tako da se njihova obrambena funkcija smanjuje prema raznim vanjskim uzročnicima bolesti ali i prema tumorskim stanicama.

Iz toga možemo zaključiti da osobe koje boluju od PTSP- a često obole od maligne bolesti.

Brzi napredak medicine i tehnologije, nažalost nije još uvijek uspio odgovoriti na mnogo pitanja koja su vezana uz pojavu onkoloških bolesti i njihovo liječenje.

Maligna bolest je životno ugrožavajuća i dovodi do velikih promjena u životu osobe koja od nje oboli. Posebno stresno će to biti za osobu koja je već proživjela teško traumatsko iskustvo i ima dijagnozu PTSP-a.

Iz tog razloga vrlo je važno imati poseban pristup takvim pacijentima i omogućiti im da se što bolje adaptiraju na novonastalu situaciju. Adekvatna socijalna podrška i psihoterapija može utjecati i na sam ishod liječenja maligne bolesti.

Ključne riječi: posttraumatski stresni poremećaj, maligne bolesti, stres

2. Summary

Psychological aspects of oncological diseases in patients with post traumatic stress disorder caused by war

PTSD is nowadays actively investigated by psychiatrists, and other health care professionals and family physicians because they are in daily and direct contact with patients and their families. Every day brings new insights and increases knowledge that change the established attitudes about PTSD.

New insights and numerous studies were performed and it was concluded that people with PTSD have a higher risk of developing malignant disease than the rest of the population. It is interesting that cancer in Croatia is the second cause of death after heart disease and blood vessel. Recent studies have shown that the veteran population leading cause of death are malignant diseases while second are cardiovascular disease.

Stress and depression alter gene activity not only in immune cytokines but also in immune cells (T-cells and NK-natural killer cells) so their defensive function reduces towards various external pathogens and tumor cells.

From this we can conclude that people who suffer from PTSD often suffer from malignant diseases.

Rapidly advancing medicine and technology, unfortunately, is not yet able to answer many questions that are related to the emergence of oncological diseases and their treatment.

Malignant disease is life-threatening and lead to big changes in a person's life that develops that disease. It is particularly stressful for a person who has already been through difficult traumatic experience and has a diagnosis of PTSD.

For this reason it is very important to have a special approach to these patients and allow them to better adapt to the new situation. Adequate social support and psychotherapy can influence the outcome of the treatment.

Key words: Posttraumatic stress disorder, cancer, stress

3. Uvod

„Tu imate posla sa složenim psihološkim stanjima. U borbi nitko nije uistinu duševno zdrav. Stanje svijesti vojnika na bojištu vrlo je uzburkano i javlja se epidemija ludila koja utječe na sve, a one koje ne zahvati vrlo brzo umiru.“

William Manchester,
marinac iz drugog svjetskog rata

Pismena svjedočanstva o strahu koji ljudi doživljavaju u borbi potječu još od doba starih Egipćana pa tako u zapisu egipatskog veterana starom 3000 godina stoji: „Obuzima te drhtanje, diže ti se kosa na glavi, a duša ti leži na ruci...“
Sudjelovanje u borbama jedno je od najzastrašujućih i najstresnijih iskustava koje čovjek može podnijeti. Tijekom stoljeća ratna se tehnologija mijenjala ali ljudi koji se bore nisu se puno mijenjali. U suvremenom ratu procjenjuje se da postoje dvaput veći izgledi da će osoba psihijatrijski oboljeti nego da će poginuti u borbi.

Međutim razmišljanje ljudi o ratu uvjetovano je medijima koji često sliku o ratu stvaraju zahvaljujući filmovima i televizijskim serijama, a oni često donose nestvaran prikaz i rijetko prikazuju vojnike kako se slamaju pod pritiskom bitke. Rat nameće toliko veliku napetost da je duševno zdrava osoba ne može podnijeti. Gubitci u ratovanju često se mjere počinjenom materijalnom štetom i broju ljudskih žrtava, a ne možemo se ne zapitati koje posljedice rat ostavlja na preživjele i njihove obitelji te obitelji poginulih. Taj dio često ostane zanemaren.

U prvom dijelu rada sam objasnila karakteristike PTSP-a i dala sam prikaz razumijevanja traume i njenih učinaka na čovjeka kroz povijest. Potom sam se osvrnula na Domovinski rat u Hrvatskoj, koji je kod nas najveći uzrok obolijevanja od PTSP-a. Nastojala sam objasniti niz promjena koje se događaju u ljudskom tijelu nakon što je osoba izložena traumatskom događaju. Posljedice tih promjena se očituju u velikom broju bolesti koje i prati dijagnozu PTSP-a ali ja sam se najviše u ovom radu bavila problemom malignih bolesti.

4. Posttraumatski stresni poremećaj

PTSP definiran je kao klinički entitet u trećem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih oboljenja Američkog psihijatrijskog udruženja 1980. godine. Značajke vezane uz ovaj poremećaj su karakteristični simptomi koji su prešli razinu normalnoga ljudskog iskustva, a pojavljuju se u većini ljudi koji su bili izloženi traumatskom događaju.

Iz Dijagnostičkog i statističkog priručnika duševnih poremećaja, četvrto izdanje kaže se da osoba koja je bila izložena traumatskom događaju mora ispunjavati sljedeće uvjete: osoba je iskusila, svjedočila ili bila suočena s događajem ili događajima koji uključuju stvarnu smrt ili prijetnju njome, ozbiljnu povredu ili prijetnju tjelesnom integritetu drugih te osobna reakcija na traumatski događaj uključuje intenzivan strah, bespomoćnost ili užas.

Traumatski događaj se neprestano proživljava na jedan ili više sljedećih načina:

1. Ponavljajuća i mučna sjećanja na prošle događaje pri čemu su uključene slike, misli ili opažaji.;

2. Ponavljanje mučnih i zatrašujićih snova povezanih s događajem.;

3. Ponašanje ili osjećaj kao da se traumatični događaj ponavlja (uključujući osjećaj proživljavanja tog iskustva, te iluzija, halucinacija i nepovezanih bljeskova prisjećanja, uključujući one koji se javljaju tijekom buđenja ili pod utjecajem opijata).;

4. Intenzive psihološke tegobe prilikom izlaganja vanjskim ili unutrašnjim podražajima koji simboliziraju ili predstavljaju neki vid traumatskog događaja (mogući okidači su obljetnice i okupljanja).;

5. Psihološko reaktiviranje prilikom izlaganja vanjskim ili unutarnjim podražajima koji simboliziraju ili sliče nekom vidu traumatskog događaja.;

6. Ustrajno izbjegavanje podražaja povezanih s traumom ili otupjelost općih reakcija koje nije bilo prisutno prije traume: nastojanje da se izbjegnu misli, osjećaji ili razgovori povezani s traumom, nastojanje da se izbjegnu aktivnosti, mjesta ili ljudi koji potiču sjećanja na traumu, nesposobnost prisjećanja važnog vida traume – „psihogena amnezija“, izrazito oslabljen interes ili sudjelovanje u značajnim aktivnostima, osjećaj odvojenosti ili otuđenosti od drugih osoba, ograničeno područje izražavanja osjećaja, na primjer nesposobnost da se nekoga voli i osjećaj uskraćene budućnosti, na primjer osoba ne očekuje ostvarivanje karijere, ženidbu ili normalan tijek života.;

7. Javljaju se simptomi povišene napetosti koji nisu bili nazočni prije traume; teško se zaspi ili održava san; postoje teškoće s koncentracijom, razdražljivost ili provale ljutnje, pretjeran oprez, prenaglašena reakcija prouzročena strahom.

Simptomi traju barem jedan mjesec i svi ti poremećaji uzrokuju klinički uočljive smetnje jer uzrokuju slabljenje socijalnih, radnih i drugih važnih područja funkcioniranja.

Simptome PTSP-a razvrstavamo u tri skupine, a dijagnoza zahtijeva da simptomi iz svake skupine traju dulje od jednog mjeseca.

Simptomi obuhvaćaju:

- Ponovno doživljavanje traumatskog događaja. Događaj se često priziva u sjećanje i čest je sadržaj noćnih mora. Snažnu emocionalnu uzbuđenost izazivaju podražaji koji simboliziraju događaj (grmljavina može podsjećati na bojišnicu).

- Izbjegavanje podražaja povezanih s događajem ili otupljivanje reaktivnosti. Osoba nastoji izbjeći razmišljanje o traumi ili susrete s podražajima koji na traumu podsjećaju; čak može postojati amnezija za događaj. Otupljivanje se odnosi na smanjeno zanimanje za druge, (osjećaj pretvaranja u stranca) te nesposobnost za pozitivne osjećaje.

Važno je uočiti da su simptomi sasvim proturječni onima iz prve skupine zato što u PTSP-u postoji fluktuacija. Osoba se neprestano kreće naprijed-nazad, od ponovnog doživljavanja do otupljivanja i natrag.

- Simptomi pojačane pobuđenosti odnose se na poremećaje spavanja. Ne može zaspati ili se prebrzo probudi nakon što zaspe, smanjena mu je sposobnost koncentracije, povećana pobuđenost ili pretjerano reagira strahom na iznenadne podražaje.

Dijagnostički kriteriji (DSM-IV):

A. **Osoba je bila izložena traumatskom događaju tijekom kojeg je:**
   - proživjela, prisustvovala ili se suočila s događajem ili događajima koji su predstavljali izravnu ili potencijalnu smrtnu opasnost, ranjavanje ili ugroženost osobnog ili tuđeg fizičkog integriteta
   - kao odgovor na traumatsku situaciju javio se intenzivni strah, osjećaj bespomoćnosti, užasnutosti ili dezorganizirano ili agitirano ponašanje.

B. **Taj traumatski događaj se uporno ponavlja i stalno ponovno proživljava na jedan od sljedećih načina:**
- povratna i nametljiva mučna (intruzivna) sjećanja na događaj koja se javljaju u vidu slika, misli ili percepcije, ili npr. ponavljanom igrom kod djece s oponašanjem traume
- ponavljanje uznemirujućih i zastrašujućih snova o događaju, ili kod djece neprepoznatljivog sadržaja
- osoba se ponaša i osjeća kao da se traumatski događaj ponovno odvija, a to se manifestira u obliku iluzija i halucinacija
- javlja se intenzivan psihološki distres prilikom izloženosti unutarnjim ili vanjskim podražajima koji simboliziraju ili podsjećaju na traumatski
- javlja se psihološka reaktivnost na izlaganje unutrašnjim ili vanjskim podražajima koji predstavljaju ili su slični nekom aspektu traumatskog događaja.

C. **Stalno izbjegavanje poticaja vezanih za traumu i otupjelost opće reaktivnosti (koja nije bila prisutna prije traume) /tri ili više simptoma/:**
- nastojanje da se izbjegnu misli, osjećaji ili razgovor vezan uz traumu
- nastojanje izbjegavanja aktivnosti, mjesta i osoba koje podsjećaju na traumu

- nesposobnost prisjećanja važnog elementa traume
- zamjetno smanjen interes ili sudjelovanje u značajnim aktinvostima
- osjećaj odvojenosti ili otuđenja od drugih osoba
- smanjenje izražavanja osjećaja (npr. nesposobnost da se nekog voli), emocionalna ukočenost, "osjećanje bezosjećajnosti"
- osjećaj besperspektivnosti (npr. osoba smatra da neće ostvariti karijeru, brak, imati djecu..)
- osjećaj da je svijet oko nje nestvaran (depersonalizacija – npr. kao da promatra sve što se događa s udaljenosti, ili derealizacija – nerealna osjećanja vezana za vanjske objekte).

D. **Stalni simptomi pojačane pobuđenosti (koji nisu bili prisutni prije traume) /dva ili više obilježja/:**

- otežano usnivanje ili održavanje sna, razdražljivost i ispadi ljutnje, otežano koncentriranje, pojačana pobudljivost i pozornost (hipervigilitet).

E. **Simptomi traju duže od mjesec dana**

F. **Poremećaj uzrokuje klinički značajne smetnje ili oštećenje socijalnog i radnog funkcioniranja.**
Akutni: 1-3 mjeseca
Kronični: dulje od 3 mjeseca
Odloženi: javlja se barem 6 mjeseci nakon traume

Studija koju je objavio Frederic 1984. godine informira nas o izvjesnim pravilnostima u tipičnim načinima ponašanja nakon jakih traumatskih događaja. Reakciju na traumu podijelio je u pet faza:

1. inicijalni udarni efekt (anksioznost i strah),

2. herojička faza (pomaganje drugima)

3. faza „medenog mjeseca“(zahvalnost i radost zbog preživljavanja)

4. deziluzioniranje (srdžba na službena tijela)

5. reorganizacija (rekonstrukcija kroz realističnu percepciju i preuzimanje odgovornosti za vlastite postupke)

4.1. Povijest pojma traume

Trauma dolazi od grčke riječi traûma-što znači rana, a u psihijatriji označava težak doživljaj (duševni šok) koji duže ili kraće vrijeme ometa normalno odvijanje psihičkih aktivnosi.

Traumatski događaj se razlikuje od stresnog jer će zbog svog intenziteta i vrste dovesti do patnje većine ljudi bez obzira na to u kakvom je psihofizičkom stanju osoba bila prije samog događaja.

Prve spoznaje o PTSP-u došle su od vojnog kirurga Hoffera 1668. godine koji je propadanje tjelesnog i duševnog zdravlja uočio kod vojnika „željnih svoga doma“. Te simptome nazvao je *nostalgija*. Osoba kod koje se javljaju je prekomjerno fizički iscrpljena, gubi sposobnost koncentracije i gubi volju da jede i pije što ponekad dovodi do anoreksije, osjećaja izolacije, potpune frustriranosti kao i opće nesposobnosti sudjelovanja u vojničkom životu. U isto vrijeme dijagnosticirali su je i liječnici njemačkih trupa, nazvavši to stanje *Heimweh* (tuga za domom). Francuski vojni liječnici su iste simptome nazvali *maladie du pays*, a španjolski liječnici su je opisali kao *estar roto* što u doslovnom prijevodu znači „biti razbijen“.

Ovo je prvi pokušaj da se neka psihološka pojava može dovesti u vezu s funkcioniranjem mozga, a time i njen utjecaj na zdravlje.

Američki građanski rat uveo je novu vrstu industrijaliziranog ubijanja. To je dovelo do porasta broja izvještaja o poremećajima živčanog sustava uzrokovanog stresom. Daljnji napredak u tehnologiji proizvodnje oružja tijekom Prvog svjetskog rata proizveo je mnoštvo strahotnih nesreća na bojnom polju uzrokovanih mitraljezima, otrovnim plinom i artiljerijom dalekog dometa. To je dovelo do široko prihvaćenog pojma „šoka od granate“, oblika psihičkog invaliditeta za koji se isprva smatralo da je uzrokovan eksplozijom granata i posljedičnim potresom mozga.

Zbog toga su liječnici nastavili prikupljati nove nalaze o ulozi živčanog sustava u regulaciji, pobuđenosti i tjelesne homeostaze. Wilson i suradnici 1918. godine opisuju sindrom traumatiziranih vojnika koji su imenovali „iritabilno srce“, a koji su pripisivali pretjeranom podraživanju simpatičkog („borba ili bijeg“) dijela autonomnoga živčanog sustava.

U međuvremenu uz vojnike koji su i dalje bili prestravljeni na bojnom polju dobivamo i sve više civilnih žrtava izloženih takvom stanju. To je dovelo do zamjene pojma „šok od granate“pojmom „ratne neuroze“.

Ferenczi, Abraham i Simmel 1921. godine razrađuju osnovni model traumatske neuroze koji je i danas prihvaćen od psihodinamskih teoretičara. Ferenczijeva skupina opisala je središnju ulogu tjeskobe, ustrajnost patološkog straha, regresiju ega, „ljekovitu“ funkciju ponavljajućih noćnih mora i terapijsku upotrebu katarze.

Bolesnici su dobro reagirali na različite vrste psiholoških, katarzičkih i podražavajućih pristupa koje su primjenjivali njihovi savjetodavatelji, na primjer svećenici i medicinske sestre.

Daljnja istraživanja proširila su teorijsku osnovu traumatske psihologije. Tako Sout Hard 1919. godine nakon pregleda više od tisuću izvještaja u međunarodnoj literuri objavljenoj tijekom Prvog svjetskog rata uočava da su šok od granate, ratna neuroza i slični sindromi istinske psihoneuroze.

1941. godine Kardiner prateći deset godina skupinu oboljelih od ratne neuroze izvodi zaključak da teška ratna trauma vodi do neke vrste centripetalnog stezanja ili rušenja ega, što će bolesnicima onemogućiti savladavanje svih životnih izazova. Kardinerova psihoneuroza je veoma slična suvremenom shvaćanju PTSP-a uz ova obilježja: ustrajnost reakcije trzanja na svaki šum ili razdražljivost, sklonost eksplozivnim postupcima, fiksacija na traumu, opće suženje ličnosti i poremećeni snovi uključujući vrlo slikovite noćne more.

Drugi svjetski rat malo je pridonio razvoju novih spoznaja ratne traume koja se još i naziva „umor od borbe". Tijekom Drugog svjetskog rata psihički gubici svrstavani su u široke i neodređene kategorije (ratne neuroze ili „bojnog umora"). S ovim nazivom pokušalo se loše neurotsko stanje pripisati dugotrajnoj ratnoj angažiranosti vojnika. Postupna promjena u shvaćanju ponašanja ljudi u ratu i nakon rata rezultirala je uvođenjem nove dijagnostičke kategorije 1952. godine kao velika stresna reakcija u službenu klasifikaciju psihičkih poremećaja (DSM-I.). Pojavila su se i nova saznanja da se ratna psihološka trauma može prepoznati i izvan ratnih bojišta koju su kliničari uočili proučavajuće ratne zarobljenike, koncentracijske logore, prognanike i civile koji su se našli u žestokim bombardiranjima i terorizmu.

Godine 1980. traumatski stresni sindromi napokon su sustavno popisani i označeni kao prepoznatljiva vrsta psihopatološkog sindroma-kao posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), u okviru Američke psihijatrijske udruge (1980., 1987., 1994., 2000.) to jest u njezinom službenom Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje. Interes za ovaj fenomen došao je ponajprije nakon Vijetnamskog rata i izraženih problema koji su se pojavili kod američkih ratnih veterana-povratnika čemu svjedoči naziv „Vijetnamski sindrom" koji se i kod nas jedno vrijeme koristio kao sinonim za PTSP.

Nacionalna Američka studija tijekom 1984. godine koja je trebala utvrditi socijalne i psihološke posljedice sudjelovanja američkih građana u ratu, ukazala je na mnogo veći postotak žrtava PTSP-a nego što se to isprva smatralo. Čak 15. 2% od 3,14 milijuna muškaraca i 9% žena oboljelo je od PTSP-a iako nisu sudjelovali u izravnim oružanim sukobima (Keane i sur., 1992.)

Akutni stresni poremećaj uveden je kao dijagnostička kategorija u DSM-IV (American Psyhiatric Association, 1994). Ova kategorija uvedena je prvenstveno radi lakšeg prepoznavanja ljudi izloženih riziku od pojave PTSP- a.

Akutni stresni poremećaj definiran je kao reakcija na traumatski stres koji se pojavljuje unutar četiri tjedna od traumatskog događaja, a simptomi traju od 2 dana do 4 tjedna. Simptomi uključuju ponovno proživljavanje traumatskog iskustva, izbjegavanje i pojačanu aktivnost autonomnoga živčanog sustava s izraženim disocijativnim iskustvima koja se javljaju neposredno nakon traumatskog doživljaja. Iako je ova dijagnoza bila osporavana i prigovaralo joj se da se pojmovno i empirijski preklapa s PTSP-om tom se dijagnozom

priznaje da neki ljudi mogu imati traumatske reakcije odmah nakon traumatskog iskustva i njome se pridaje važnost ranog tretmana kada je on klinički indiciran.

Povijesno gledano u ratu je uvijek bilo važno znati što bolje upoznati ono što bi moglo nepovoljno utjecati na borbenu spremnost vojnika. Često su u vojnu službu pozivani i liječnici jer su trebali liječiti vojnike kako bi se oni što brže vratili na bojišnicu.

4.2. Posttraumatski poremećaj kao zaseban sindrom

Sindrom predstavlja skup znakova i simptoma koji se u sličnom obrascu javlja kod svih oboljelih pod određenim okolnostima, a to su: tjeskoba, fiziološka pobuđenost, razdražljivost, izbjegavanje i nijekanje, nametanje, ponavljajuće noćne more, teškoće s koncentracijom i pamćenjem, seksualna zakočenost, povlačanje od drugih ljudi i osamljivanje te nestabilnost i impulzivnost.

Tjeskoba

Osoba je stalno i pretjerano fizički pobuđena, u neprestanom strahu da će se nešto strašno dogoditi i zato mora neprekidno motriti svoju okolinu kako bi prepoznala i najmanji znak moguće opasnosti. Oboljeli osjećaju tjeskobu trajno dok napadi panike mogu biti povremeni.

Fiziološka pobuđenost

Autonomni živčani sustav stalno je pod uzbunom te je bolesnik neprestano pod pojačanom tjelesnom napetosti u obliku ubrzanog rada srca, ima teškoće s disanjem, drhtanjem, teškoće s probavom, učestalim mokrenjem. Kod polovine oboljelih od PTSP-a primjećeno je da se trzaju na svaki šum, a bolesnik katkada skoči sa stolice te se nekoliko minuta trese od straha. Simptomi povezani s pretjeranom uzbuđenošću najčešće se vraćaju.

Razdražljivost

Kod oboljelog postoji razdražljivost, nestrpljivost, stalna svadljivost, gubitak smisla za humor i brza pojava ljutnje pri čemu su članovi obitelji najviše zlostavljani i zato se međusobno otuđuju. Bolesnika često smeta buka koju stvaraju djeca ili članovi njegove obitelji.

Izbjegavanje i nijekanje

Bolesnici izbjegavaju razmišljati o traumatskim događajima koje su prošli i tada to nijekanje može ići od potpune ravnodušnosti do tjeskobe.

Nametanje

Unatoč svim naporima da zatomi traumatski događaj to strašno iskustvo ipak se vraća u obliku iznenadnih slika traume po danu i zastrašujućih snova noću. Takva sjećanja često otežavaju osobi da zaboravi traumatski događaj.

Ponavljajuće noćne more

Česte noćne more onemogućuju bolesniku normalano spavanje i potreban odmor.

Teškoće s koncentracijom i pamćenjem

Osobe se žale da se teško mogu usredotočiti na posao, na čitanje, na obiteljske aktivnosti, sklone su zametanju stvari, gube nit razgovora i teško se prisjećaju imena ljudi. Takve promjene kod njih izazivaju zabrinutost imaju li oštećenje mozga i osjećaj kao da gube zdrav razum.

Seksualna zakočenost

Kod više od 90% oboljelih od PTSP-a javlja se smanjena seksualna aktivnost i interes. U nekim slučajevima može se javiti potpuna frigidnost i impotencija posebno ako je traumatski događaj uključivao seksualni napad.

Povlačenje od drugih ljudi i osamljivanje

Oboljeli nema strpljenja za svakodnevne brige i uzruja se kad ga ometaju takvim stvarima pa zato izbjegava prijatelje, susjede, članove obitelji i želi da bude sam.

Impulzivnost i nestabilnost

Ljudi su skloni rizičnom ponašanju pa će tako napustiti posao, iznenada otputovati, potrošiti velike količine novaca, često mijenjati partnere, opijati se i činiti stvari koje prije nisu činili. Bolest kod osobe izaziva promjenu životnog stava koji glasi „život je kratak“, a koji pobjeđuje njegove do tada dobre procjene.

4.3. Tipologija posttraumatskog stresnog poremećaja

Svaka osoba individualno doživljava posljedice traume pa tako nemaju svi iste simptome. Autori Alarcon, Deering, Glover, Ready i Eddleman 1997. predlažu tipologiju koja bi uključila i neobične oblike PTSP:

Depresivni podtip PTSP-a očituje se u povlačenju od ljudi, psihomotoričnoj usporenosti, nemogućnosti izlaženja na kraj sa svakodnevnim životnim zadacima, niskom samopoštovanju, osjećaju krivice, samokritici i sklonosti samoubojstvu.

Disocijativni podtip PTSP-a obilježava prisutnost nametućih živih slika traumatskog događaja, depersonalizacije, halucinatornih događaja, derealizacije, amnestičkih postupaka koji dovode do potpune raspršenosti misli (tzv. bijeg misli-simptom karakterističan za shizofreniju i simptoma koji podsjećaju na one karakteristične za poremećaj višestruke ličnosti.

Somatoformni podtip PTSP-a očituje se u kroničnoj boli ili neka druga vrsta tjelesne simptomatologije, obično bez jasne lokalizacije ili prepoznatljivoga medicinskog uzroka.

Psihotični podtip PTSP-a obilježava stanje iskrivljene svijesti, fantazije, oslabljena im je pažnja, motivacija i volja, zure u jednu točku, vidljiva je paranoja i regresija u ponašanju.

Organski podtip PTSP-a uključuje teškoće s pažnjom, koncentracijom, učenjem, pamćenjem i mišljenjem, zajedno sa zbunjenošću, usporenošću procesa mišljenja, govora i ponašanja a katkada je vidljiva i klinička slika koja podsjeća na demenciju.

Neurotski podtip PTSP-a obilježavaju tjeskoba, nemir, pretjerana osjetljivost, fobično izbjegavanje, prisilne radnje i napadi panike.

4.4. Biokemijske promjene izazvane traumatskim događajem

Prilikom proživljavanja traumatskog događaja u tijelu se odvija niz biokemijskih promjena. Kada je osoba suočena s traumatskim događajem, mozak reagira povećanjem razine neurotransmitera noradrenalina i endorfina. Noradrenalin aktivira koru velikog mozga kako bi što bolje reagirao i kako bi se osiguralo preživljavanje. Povećana razina noradrenalina uzrokuje niz fizičkih simptoma: povećana budnost, pretjerana reakcija zaprepaštenja, strah, panika, tjeskoba, nesanica i razdražljivost. Oko tridesetak sekundi nakon oslobađanja adrenalina, pojačava se i cirkulacija endorfina; neurotransmitora koji opuštaju i umiruju. U početku je bilo nejasno zašto bi se lučili neurotransmitori koji izazivaju smirenost i opuštenost, ali je s vremenom postalo jasno da takav obrazac izlučivanja ima smisla. Endorfini olakšavaju žrtvi da ostane sabrana, da lakše razmišlja i donese povoljnije odluke a osim toga, poznato je da endorfini imaju analgetički učinak pa ne čudi podatak da vojnici kada su ranjeni ne osjećaju bol sve dok ne budu smješteni na sigurnije mjesto, gdje su izvan životne opasnosti. Dugotrajnija izloženost noradrenalinu i endorfinima dovodi do nametljivih simptoma-nametljivih sjećanja, iznenadnih prisjećanja i noćnih mora zato što su to supstance koje su vrlo bitne za učenje i pamćenje, a to omogućava na neki način da se trauma ureže u sjećanje. Endorfini osim analgetičkog imaju i anamestički učinak pa pretjerana količina endorfina može imati za posljedicu loše učenje, slabo pamćenje ili faze zaborava. Endorfin može u nekim slučajevima biti zaslužan zašto se osoba ne može sjetiti pojedinosti vezanih uz traumu.

Kada dođe do smanjenja razine norepinefrina, endorfina i serotonina, pojavljuju se simptomi izbjegavanja koji se povezuju s potištenočću i osjećajem beznađa. Takvo stanje može dovesti i do pojave depresije koja se razlikuje od depresije u netraumatiziranih osoba. U žrtvama traume koje postaju depresivne nema prisustva kortizola, a razlog tome se još uvijek ne zna. Kako taj proces nije još do kraja razjašnjen nema ni učinkovite terapije za depresivne žrtve PTSP-a. 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. Za vrijeme traumatske krize lučile su se velike količine endorfina, adrenalina i serotonina, a nakon prestanka krize dolazi do smanjenja njihove koncentracije što može dovesti do apstinencijskih simptoma kao psihomotorni nemir, opća uznemirenost, drhtavica i simptomi slični gripi. Pojava takvih simptoma uplaše pacijenta što opet ima za posljedicu pojačanu uzbuđenost. Žrtva se nalazi u

začaranom krugu iz kojeg pokušava izaći izborom ovisničkog ponašanja koje ima za posljedicu porast endorfina: na primjer; seksualne ovisnosti, sklonost tučnjavi, prejedavanju, uzimanju opijata, vratolomnim vožnjama. Također nerijetko će pribjeći alkoholu i drogama da bi ublažili apstinencijske simptome. Produženi stres ili kronično zlostavljanje mogu na koncu dovesti do permanentnih promjena u limbičkom sustavu koje se mogu očitovati u trajnom uzbuđenju. Tako pretjerano uzbuđene žrtve nikada se ne mogu u potpunosti opustiti i nerijetko pretjerano reagiraju na događaje koji bi u normalnim okolnostima bile doživljene kao beznačajna stresna stanja.

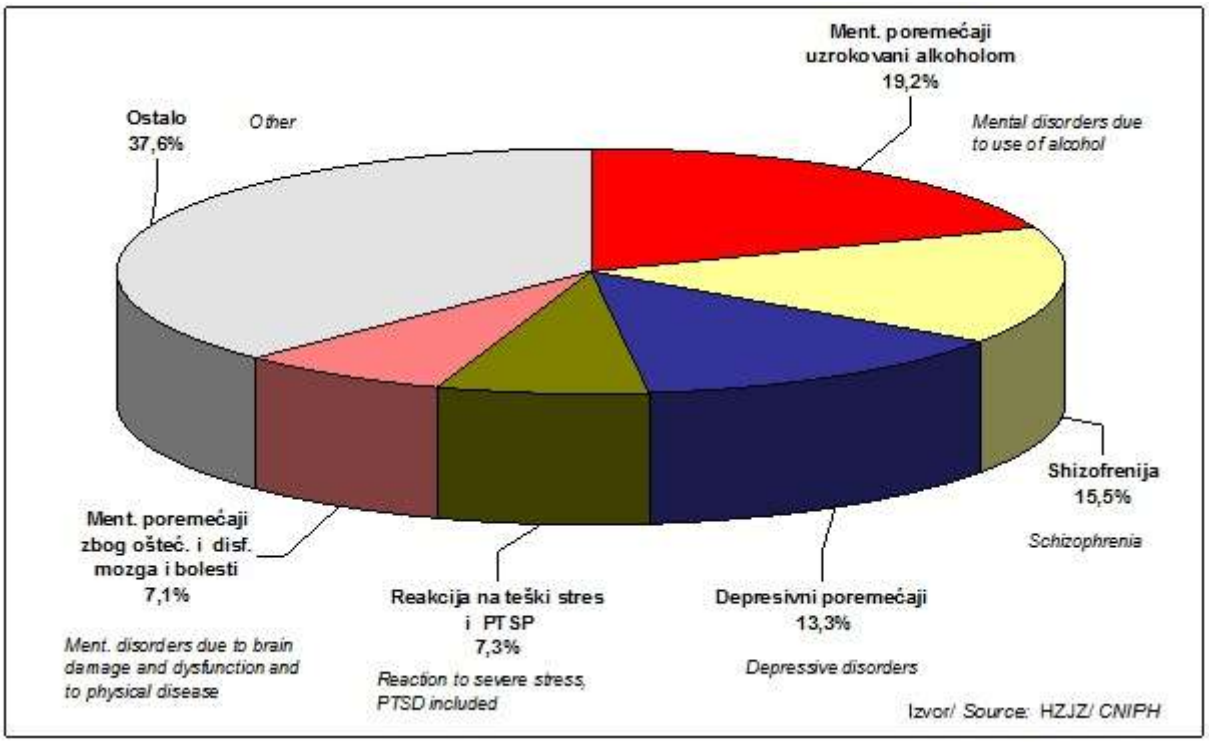
Povećana razina noradrenalina i adrenalina	Tjelesni i nametljivi simptomi
Smanjena razina norepinefrina, endorfina i serotonina	Simptomi izbjegavanja (beznađe)
Snažno uzbuđenje (opijatski)	Opetovane prinudne radnje

4.5. Epidemiologija posttraumatskog stresnog poremećaja u Hrvatskoj

U Hrvatskoj nisu provedena sustavna epidemiološka istraživanja u svezi broja psihotraumatiziranih osoba u ratu, ali prema podacima Vlade Republike Hrvatske procjenjuje se da je najmanje 1,000.000 ljudi bilo izloženo izravno ratnom stresu, a još puno više ljudi je sekundarno traumatizirano. Pretpostavlja se da je kod izbjeglica i prognanika prevalencija PTSP-a između 25 i 50%, a među braniteljima 25% do 30%. Njima treba pridodati i osobe zatočene u logorima i članove obitelji nestalih u ratu.

Prema novijim podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo mentalni poremećaji u Hrvatskoj uz novotvorine čine vodeće uzroke bolničkog pobola radnosposobnog stanovništva.

Najčešći uzroci hospitalizacija zbog mentalnih poremećaja u 2013. godini bili su alkoholizam s udjelom 19,2%, shizofrenija (15,5%), depresivni poremećaj (13,3%), reakcije na teški stres uključujući PTSP (7,3%) i mentalni poremećaji zbog oštećenja i disfunkcije mozga (7,1%).



Slika 1. Vodeće dijagnoze u hospitalizacijama zbog mentalnih poremećaja u Hrvatskoj 2013. godine

5. Posttraumatski stresni poremećaj u ratnoj i poratnoj Hrvatskoj

Do početka 90-ih kad je izbio rat u Hrvatskoj PTSP je u međunarodnim stručnim krugovima bio već opće prihvaćen i istraživan fenomen. Zato se opravdano moglo očekivati da će pojavljivanje PTSP- a kod sudionika Domovinskog rata naići na primjereno razumjevanje stručne ali i šire javnosti u Hrvatskoj, utoliko prije što se radilo o braniteljima, onima koji su iskazali jasnu spremnost izložiti se opasnostima i stradanjima u obrani domovine. Prvih nekoliko godina nakon rata postojala je i teza da je u populaciji hrvatskih branitelja nemoguće očekivati izraženiju zastupljenost PTSP-a jer su domoljubni motivi naših vojnika toliko jaki da ih štite od psihičkih stradavanja. Potpuno krivo tumačenje zapravo svjedoči o potpunoj neobavještenosti i nedovoljnoj informiranosti o posljedicama traume. Niti jedan vojnik koliko god bio motiviran nije samo besćutan stroj koji će ostati ravnodušan na ratne strahote i stradanja svojih suboraca i bližnjih.

5.1. Domovinski rat

Domovinski rat u Hrvatskoj trajao je od 1991. do 1995. godine, a uključivao je borbu za neovisnost Hrvatske države od oružanog pokreta koji je izvršio agresiju u svrhu stvaranja velike Srbije. U Hrvatskoj je već u kolovozu 1990. izbila pobuna dijela srpskog stanovništva protiv hrvatskih vlasti, a JNA je provodila sve veći pritisak na Sloveniju i Hrvatsku, optužujući ih za rušenje Jugoslavije. U Hrvatskoj je 19. svibnja 1991. održan referendum za suverenu i samostalnu Hrvatsku koja s drugim državama može ući u konfederaciju ili savez suverenih država. Većina stanovništva dala je podršku takvu izboru, odnosno podršku hrvatskom čelništvu da provede osamostaljenje. Hrvatska i Slovenija su 25. lipnja 1991. proglasile samostalnost. Tijekom ljeta 1991. godine sve su se više intenzivirali sukobi srpskih pobunjenika u Hrvatskoj s hrvatskom policijom i Zborom narodne garde. JNA se u tim sukobima pokušavala prikazati kao čimbenik koji razdvaja sukobljene strane i pokušava spriječiti međunacionalne sukobe, ali je zapravo sve više pomagala srpske pobunjenike, a od jeseni 1991. i otvoreno krenula u agresiju na Republiku Hrvatsku.

Prema podatcima koje je objavio Institut za društvena istraživanja „Ivo Pilar“ u ratu je poginulo 13.583 osobe, uključujući nestale. Vlada RH raspolaže podacima da je u ratu protiv Hrvatske poginulo 303 djece, a ranjeno ih je 1280 pri čemu ih je 270 ostalo trajnim invalidima. Više od 4000 djece ostalo je bez jednog, a više od 1000 bez oba roditelja, za 900 djece roditelji su nestali, a za 131 dijete oba su roditelja poginula.

U Domovinski rat uključila se totalno nepripremljena vojska koja je bila svakodnevno suočena s prijetnjom ranjavanja i smrti. Braneći vlastitu domovinu mnogi su vojnici bili ranjeni, a mnogi su svakodnevno svjedočili smrti svojih najbližih prijatelja i obitelji. Na bojištu i oko njega odvijale su strašne i nezaboravne drame, a u bitkama su vladali potpuni kaos i pomutnja. Vojnici su se svakodnevno sretali s poginulim i ranjenim civilima, ženama, muškarcima i djecom. Pri tome mnoge su žrtve bile grozno izobličene i unakažene zbog povreda ili raspadanja. Nekada su vojnici skupljali tijela mrtvih boraca, sudjelovali pri masovnom pokapanju tijela svojih i protivničkih vojnika. Mnogi su bili izloženi takvim mučnim iskustvima u duljem vremenskom periodu, a neki borci imali su i manje od 18 godina. Zračni napadi, zvuk sirena, odlazak i boravak u skloništima, napuštanje doma, progonstvo, nedostatak hrane i pića, tjelesno ranjavanje još su od nekih proživljenih iskustava u našem Domovinskom ratu. K tome neki su se vojnici našli trajno izloženi u neposrednoj blizini pucnjave i eksplozija ili u neposrednoj životnoj opasnosti. Nekima su poginuli ili bili ranjeni članovi uže obitelji te dugo o njima nisu imali nikakava saznanja. Mnogi su bili prognani iz svojih kuća i bili prisiljeni napustiti svoje domove bez ičega. Borci su se nekada našli u neposrednom okršaju sa svojim nekadašnjim susjedima, obiteljskim prijateljima, supružnicima, rodbinom, što je još jedna od specifičnosti našega rata.

Ukratko, rat je iz temelja promijenio životne uvjete i svakodnevicu. Specifičnost ratne situacije prouzročio je i porast broja samoubojstava što inače nije uobičajeno jer su mnoga sociološka istraživanja utvrdila da stopa samoubojstava opada za vrijeme ratovanja.

Unatoč teškim gubicima i žrtvama Hrvatska je iz rata izašla kao pobjednica jer je još i Ksenofan, iskusni vojnik i zapovjednik napisao prije 2500 godina kako pobjedu u ratu ne odnose brojnost ili snaga, nego ona vojska koja pođe u borbu jača u duši.

6. Utjecaj posttraumatskog poremećaja na tjelesne procese

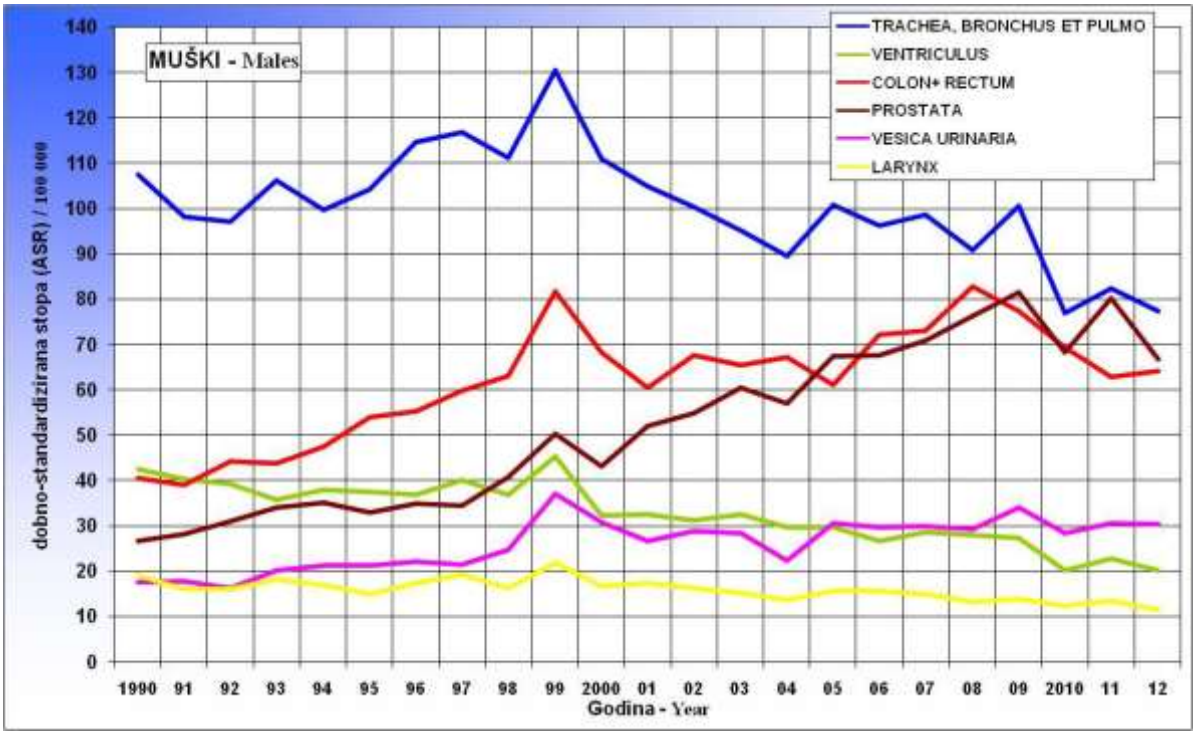
Stres i duševna opterećenja mijenjaju gensku aktivnost imunoloških prijenosnika (citokina) i u stanicama imunološkog sustava (T-stanicama i NK-stanicama, prirodno ubojitim stanicama), tako da se njihova aktivnost prema uzročnicima i tumorskim stnicama znatno smanjuje. Upravo zbog smanjenja broja obrambenih stanica može doći do aktivacije takozvanih „uspavanih“ virusa kao virusa herpesa ili Epstein-Barrova virusa. Također primjećeno je i slabljenje cijeljenja rana.
Istraživač Michael Irwing s kalifornijskog Sveučilišta San Diego promatrao je imunološki sustav žena čiji su supružnici oboljeli od raka te je primjetio da kod njih također dolazi do drastičnog smanjenja, ali i pada djelovanja NK-stanica, stanica koje spadaju u red najznačajnijih obrambenih stanica. Upravo je iz tog razloga važno da se u proces psihoterapije uključi i uža obitelj. Brojna istraživanja su pokazala da se psihoterapija jača funkciju imunološkog sustava i pozitivno utječe na tijek bolesti. Također pomoć i podrška u razgovornim skupinama s vježbama za opuštanje već za nekoliko tjedana dovodi do poboljšanja funkcija T-stanica i NK-stanica.

7. Maligne bolesti

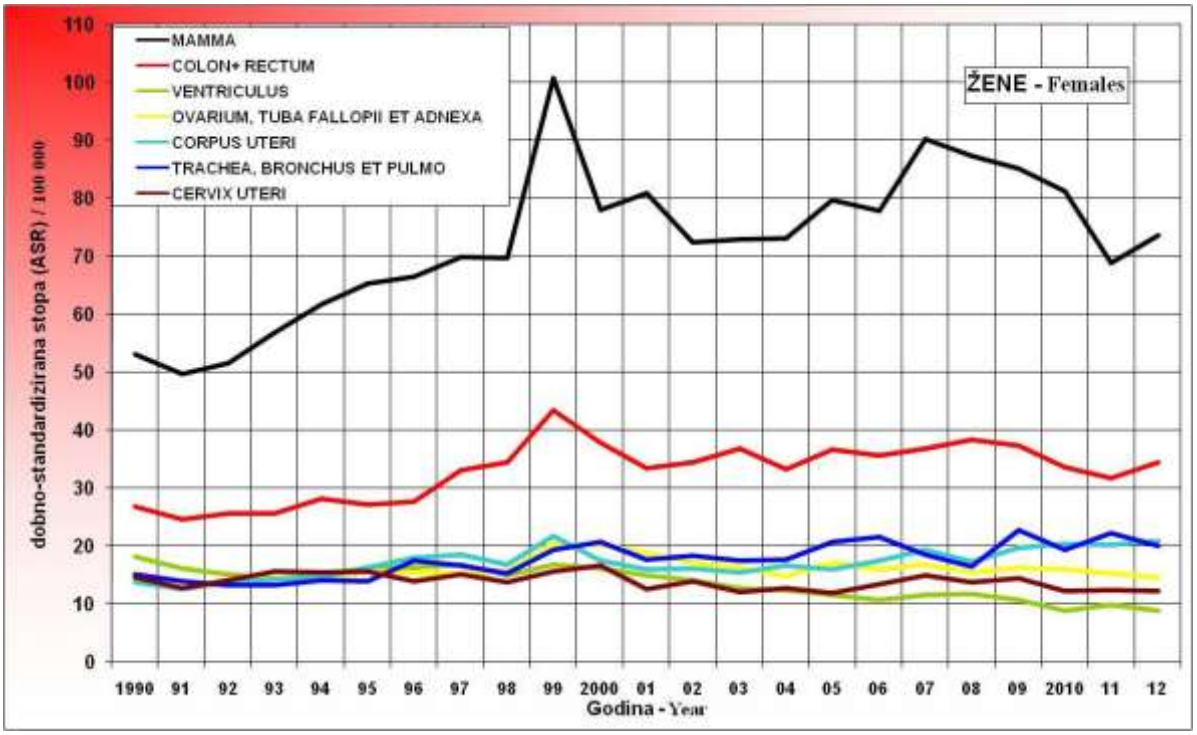
Brzi napredak medicine i tehnologije, nažalost nije još uvijek uspio odgovoriti na mnogo pitanja koja su vezana uz pojavu onkoloških bolesti i njihovo liječenje. Proces zloćudne transformacije stanica je kompliciran proces koji se odvija u više koraka, a očituje se njihovim pretjeranim umnaženjem i sposobnosti metastaziranja. Temelj preobrazbe stanice je mutacija gena koja može biti posljedica naslijeđa ili može biti stečena zbog fizikalnih ili kemijskih oštećenja DNA.

7.1. Epidemiologija malignih bolesti u Hrvatskoj

Ukupan broj novodijagnosticiranih bolesnika 2012. godine s invazivnim tumorom bio je 20 664 i to 11 219 muškaraca i 9 445 žena. Stopa incidencije je iznosila 482,3/100 000; 542,9/100 000 za muškarce i 425,7/100 000 za žene.
Odnos muškaraca i žena je 54:46.
U Hrvatskoj je 2012. godine od malignog tumora umrlo 13 704 osoba, 7 904 muškaraca i 5 800 žena. Stope mortaliteta bile su 319,8/100 000; odnosno 382,5/100 000 za muškarce i 261,4/100 000 za žene. Odnos muškaraca i žena je 58 : 42.
Pet najčešćih sijela malignoma čine ukupno 56% novih slučajeva malignoma u muškaraca: traheja, bronh i pluća(18%), prostata (16%), kolon (9%), mokraćni mjehur (7%) i rektum, rektosigma i
anus (6%). Pet najčešćih sijela malignoma u žena: dojka (24%), kolon (8%), traheja,bronh i pluća (7%), tijelo maternice (7%) i rektum, rektosigma i anus (5%), čine 51% novih slučajeva malignoma u žena.



Slika 2.1 Incidencija najčešćih sijela raka u Hrvatskoj za muški spol 1990 – 2012.,
Dobno standardizirane stope



Slika 2.2. Incidencija najčešćih sijela raka u Hrvatskoj za ženski spol 1990 – 2012., Dobno standardizirane stope

Zloćudne bolesti u Hrvatskoj su drugi najznačajniji uzrok smrti nakon bolesti srca i krvnih žila. Istraživanje se koje se provodilo 2012. godine zahvaljujući suradnji Ministarstva branitelja s Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu i Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo pokazalo je da su kod branitelja prvi uzrok smrti maligne bolesti, a tek na drugom mjestu bolesti srca i krvnih žila.

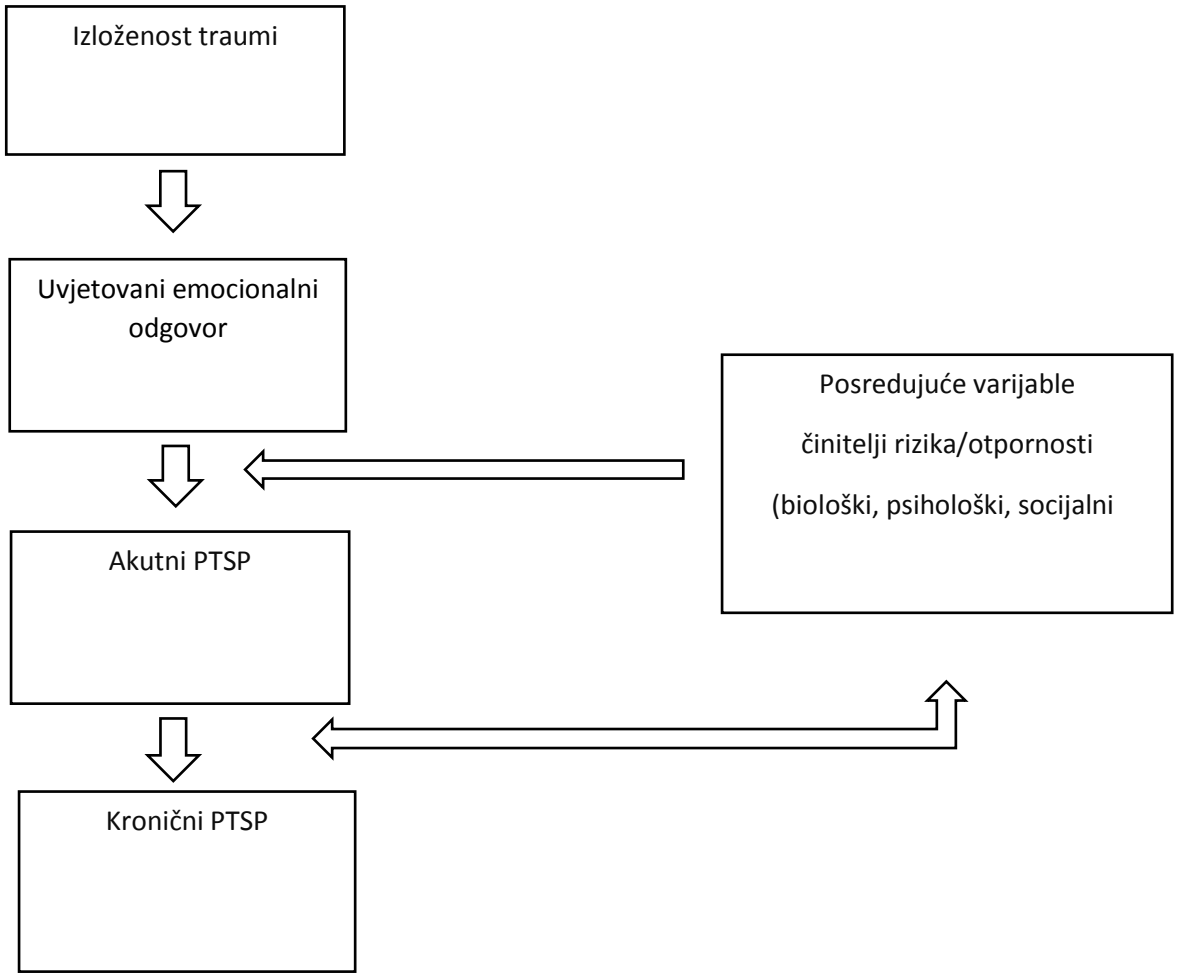
7.2. Psihoonkologija

Primanje dijagnoze maligne bolesti kod osobe izaziva niz psiholoških promjena koje itekako dovode do promjena u životu i funkcioniranju ne samo onoga koji ima dijagnozu malignoma nego i kod svih njemu bliskih osoba. Obolijevanje od malignih bolesti nosi sa sobom mnoge posljedice kako dijagnostike tako i liječenja. Mnogi dijagnostički postupci su izrazito neugodni za bolesnika, a čekanje rezultata i vrijeme neizvjesnosti za većinu predstavlja stresno iskustvo. U sklopu liječenja česti su i operativni zahvati nerijetko s trajnim posljedicama za bolesnika (mastektomija, kolektomija uz nošenje stome, histerektomija..) i primanje kemoterapije sa svim nuspojavama koje utječu na funkcioniranje bolesnika, ali i utječu na promjenu njegova izgleda (gubitak težine, gubitak kose).

Onkološkim bolesnicima mijenja se način razmišljanja o životu, mijenja se njihov pogled na budućnost, mogu se osjećati marginalizirano, usamljeno i neshvaćeno od okoline. Uobičajeno se sreću i psihijatrijski/ psihološki problemi, a prije svega su to depresivni poremećaji, poremećaji prilagodbe i posttraumatski stresni poremećaj te ostali anksiozni

poremećaji, seksualne disfunkcije (impotencija, anorgazmija, gubitak želje) i kognitivni poremećaji.

Navedene promjene koje se događaju bolesniku i promjene u njegovoj okolini dovode do stresa, a biološka reakcija na opterećenje razlikuje se od osobe do osobe. Procjena aktualnih događaja i situacija odvija se u kori velikog mozga i limbičkom sustavu, a rezultat procjene ovisi o iskustvima koje je pojedinac imao u sličnim situacijama, koja su pohranjena u neuronsku mrežu i s kojima mozak uspoređuje aktualnu situaciju. To je ujedno i razlog individualne procjene situacije i aktivacije alarmnog sustava (hipotalamus i moždano deblo) iako se objektivno radi o istoj ili sličnoj situaciji.



Slika 3. Teoretski model PTSP-a. Iz PTSP etiologije od D.W. Foy, S.S. Osato, B. Houskamp i D.A. Neumann: Posttraumatski stresni poremećaj: bihevioralno utvrđivanje i terapija

Istraživanje koje se provodilo u kliničkim bolničkim centrima na području Bostona i Hustona pokazalo je da osobe koje su prethodno bile izložene traumatskim doživljajima kao što je rat i koje su pritom oboljele od PTSP-a dijagnozu raka češće doživljavaju kao traumatski stres nego osobe koje nisu prethodno bile izložene takvim iskustvima. Obolijevanje od maligne bolesti ima značajke proživljavanja pravoga traumatskog iskustva, dovodi do mogućnosti gubitka života. Pojedine promjene kao što je nošenje stome mogu osobu stalno iznova podsjećati na bolest, osoba gubi kontrolu i takvo stanje ne može izbjeći, tim više što takvo stanje dolazi iz tijela, a nije prijetnja izvana(kao što je to na primjer ugroženost života u ratu).

Vrlo je važno imati na umu da osoba koja boluje od ratom uzrokovanog PTSP-a te pritom oboli od raka ima veću šansu razviti PTSP kao posljedicu obolijevanja. Zato takve osobe treba pratiti i provoditi *screening* jer pravodobno prepoznavanje i liječenje može smanjiti stres, olakšati podnošenje dijagnostike i terapije, ali može i utjecati na krajnji ishod bolesti.

Psihološka podrška uz terapiju tumora pokazala se kao značajna medicinska pomoć. Prema opsežnom istraživanju koje je provodila Maggie Watson s renomiranog centra za istraživanje tumora Royal Madsen u Londonu pacijentima s rakom kojima je pružena pomoć psihoterapijom imali su dulji životni vijek od onih koji nisu bili podvrgnuti psihoterapiji. Danas se zato u mnogobrojnim klinikama za tumore pružaju takozvane psiho-onkološke usluge.

7.3. Psihoterapija kod onkoloških bolesnika

Cilj psihoterapijskih intervencija za vrijeme liječenja onkološkog bolesnika jest ublažavanje i uklanjanje tegoba te uspostavljanje psihičke ravnoteže (Sifneos, 1972.). Psihijatri-psihoterapeuti moraju poznavati psihoanalitičku teoriju zato što im ona pomaže u razumijevanju same ličnosti bolesnika, njegov način suočavanja sa stresom, ali i njegova prijašnja iskustva, želje, osjećaje i misli. Najvažnija zadaća je rad na ojačanju ega kod osoba koje imaju slabiji ego dok je kod osoba s dobro razvijenim egom važno raditi na održavanju i jačanju ega.

Psihoterapijski pristup na onkološkom odjelu uključuje sljedeće aktivnosti:

1. Informativno-edukativne sastanke s pacijentima

Psihijatri bi trebali posjećivati bolesnike koji se nalaze na onkološkim odjelima kako bi imali uvid u njihovo ponašanje u bolničkom okruženju, a samim time i njihove mehanizme obrane. Takvi razgovori s bolesnikom trebali bi mu omogućiti da podijeli sa psihijatrom doživljaje svojih simptoma, strahove i sumnje, ali i prijašnja iskustva što posebno vrijedi za osobe koje su proživjele traumatska iskustva gdje im je život već bio ugrožen.

2. Individualne psihoterapijske intervencije

Psihoterapeuti su usmjereni na slušanje bolesnika, uvažavanje njegovih patnji. Terapija izbora je suportivna psihoterapija.

3. Grupna psihoterapija

Osoba se u toj vrsti terapije susreće s grupom ljudi, a takve seanse imaju tri terapijska učinka. Prvo, bolesnik postaje svjestan da postoje ljudi sa sličnim tegobama što mu olakšava da izrazi svoje osjećaje i misli. Na taj način lakše podnosi svoje tegobe i ima osjećaj pripadnosti i prihvaćenosti. Drugo, međusobno se informiraju o bolesti i primaju nova saznanja. Treće, takva vrsta terapije omogućuje pacijentu da prihvati svoju bolest, odnosno djeluje na poricanje bolesti koje se često javlja kod bolesnika. Nakon određenog vremena razvija se osjećaj grupne kohezije, stvaraju se međusobne veze, povjerenje i dijeljenje emocija.

4. Konzultacije liaison psihijatra s onkolozima

Liaison psihijatar bi se trebao povremeno sastajati s onkologom, sa zadaćom da mu ukaže na one bolesnike koji imaju teškoća sa prihvaćanjem bolesti, dijagnostičkih postupaka i terapije. Psihijatar i onkolog trebali bi timski identificirati takve bolesnike i zajedno doći do adekvatnih rješenja koja bi osigurala bolesniku što bolje psihičko i somatsko stanje.

5. Rad s obitelji

Dijagnoza bolesti koja ugrožava život uvelike utječe i na članove obitelji samog bolesnika. Ako se u terapijski proces uključi cijela obitelj to dovodi do značajnog smanjenja anksioznosti i pomaže adaptaciji na novonastalu situaciju. Obitelj teško prihvaća patnju svojega člana i zato su vrlo važne terapijske intervencije u obitelji (Gallegher-Thompson i Steffen, 1994.)

Dok onkolog brine o biološko-medicinskim aspektima liječenja psihijatar se brine za psihološke promjene bolesnika i ima važnu ulogu u kreiranju zdravstveno-odgojnih aktivnosti. Maligna bolest zahtjeva dugotrajan proces adaptacije i mijenja samog bolesnika.

8. Zaključak

U Hrvatskoj PTSP nije samo jedna od dijagnostičkih kategorija već i više od toga jer se poistovjećuje s Domovinskim ratom, odnosno s ratnom traumom. Kod nas on dobiva oznake nacionalne posebnosti i svakodnevno smo svjedoci novih žrtava. Smatra se da u Hrvatskoj PTSP obuhvaća populaciju više od 20%, a oni su gotovo u potpunosti žrtve proživljenih traumatskih događaja u Domovinskom ratu. Više od polovine branitelja ima dijagnosticiran PTSP.

PTSP utječe i ima posljedice ne samo na bolesnika nego i na njegovu cijelu obitelj te šire društveno okruženje. Treba naglasiti da za razliku prirodnih katastrofa koje su isto vrsta traumatskog događaja i dovode do kolektivnih stresnih situacija, rat kao namjeran ljuski čin ostavlja mnogo teže psihološke posljedice (kod 80% žrtava katastrofa izazvanih ljudskim djelovanjem ostaju dugotrajne posljedice u doživljavanju i ponašanju, Krizmanić, 1993.).

Drugi problemi često su vezani uz PTSP kao anksioznost, depresija, srdžba,osjećaj krivnje, zlouporaba droga, bračne nesuglasice, problemi na radnom mjestu i nesposobnost za rad, suicidalne misli i planovi također su česta pojava kao i iznenadni napadi eksplozivnog nasilja i psihofiziološki problemi vezani uz stres na primjer bol u križima, glavobolje i probavne smetnje. PTSP iskazuje učestali komorbiditet; dugi popis komorbiditetnh dijagnoza uključuje alkoholizam, samoubojstvo i distomiju.

Ben Shepard, engleski novinar i povjesničar koji se bavio istraživanjem PTSP-a zaključio je da uz individualni pristup važno uključiti i cjelokupno društvo. U jednom svom tekstu on je rekao da ako zapovjednici i političari dobro obave svoj posao, najvažniji dio psihijatrije bit će već napravljen, a ako ne to će u mnogome otežati rad psihijatara.

Osobe oboljele od PTSP-a zahtjevaju poseban pristup i skrb, vrlo je važno oboljelima osigurati preventivne preglede, adekvatno savjetovati i informirati oboljele i članove njihovih obitelji.

Svi psihijatri koji rade s tom osjetljivom populacijom naglašavaju važnost otvaranja veteranskih centara, savjetovališta i centara za palijativnu skrb koji vrlo dobro funkcioniraju u zemljama koje imaju iskustvo ratovanja.

9. Zahvale

Zahvaljujem se svim braniteljima Domovinskog rata jer su bili spremni položiti svoje živote za obranu Republike Hrvatske i svojoj mentorici doc. dr. sc. Marijani Braš, dr.med. koja je svojim stručnim savjetima pomogla nastanak ovoga rada.

10. Literatura

1. American Psychiatric Association.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

2. Andergon,A.Svratište rata: psihološka dinamika nasilnog sukoba. Split: Paralele, 2008.

3. Anić,V.;Goldstein, I. Rječnik stranih riječi. Zagreb: Novi Liber, 2002.

4. Blehm,J. Anđeo smrti: potresna autobiografija vijetnamskog veterana oboljelog od PTSP-a sa sretnim završetkom. Zagreb, Reforma, 2007.

5. Cvitan,G. Rat uronjen u traumu. Zagreb: Antibarbarus, 2012.

6. Cvitan,G.;Tocilj – Šimunković, G. Trauma uronjena u rat. Zageb: IRCT, 2001.

7. Datillo,F.;Freeman,A. Kognitivno – bihevioralne strategije u kriznim intervencijama. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2011.

8. Davison,G.C.;Neale, J.M. Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1999.

9. Flannery,B. Posttraumatski stresni poremećaj: vodič za žrtve: liječenje i oporavak. Osijek: Izvori, 1998.

10. Foy,D. Liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja: kognitivno bihevioralni postupci. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1994.

11. Gabriel,R. Nema više heroja: ludilo i psihijatrija u ratu. Zagreb: Alfa, 2001.

12. Gregurek,R.;Klain,E. Posttraumatski stresni poremećaj: hrvatska iskustva. Zagreb: Medicinska naklada, 2000.

13. Gurevich M, Devins GM, Rodin GM: Stress response syndromes and cancer: conceptual and assessment issues. Psychosomatics 43 (4): 259-81, 2002 Jul-Aug

14. Hotujac,Lj. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2006.

15. Keresteš,G. Dječje agresivno i prosocijalno ponašanje u kontekstu rata. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2002.

16. Komar,Z.;Vukušić,H. Posttraumatski stresni poremećaj u populaciji hrvatskih branitelja – precijenjen ili ignoriran problem? // Hrvatsko društvo danas: psihosocijalni procesi / uredili Ljiljana Kaliterna Lipovčan, Vlado Šakić. Zagreb : Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, 2004. Str. 105 – 116

17. Lončar,M.;Henigsberg,N. i sur. Psihičke posljedice traume. Zagreb: Medicinska naklada, 2007.

18. Manuel GM, Roth S, Keefe FJ, et al.: Coping with cancer. J Human Stress 13 (4): 149-58, 1987 Winter.

19. Matsakis,A. Živjeti s veteranom. Zagreb: Medicinska naklada, 2009.

20. Patekar,S. Da sam normalan, poludio bih. Zagreb: Nova knjiga Rast, 2007.

21. Stjepan,G.;Marušić,M.;Kovač,Z. I sur. Patofiziologija. Zagreb: Medicinska naklada, 2011.

22. Urlić,I.;Berger,M.;Berman,A. Žrtva, osveta i kultura oprosta. Zagreb: Medicinska naklada, 2014.

11. Životopis

Rođena sam 25. listopada 1985. u Zagrebu. Završila sam Osnovnu školu Ksavera Šandora Gjalskog i VII. gimnaziju u Zagrebu. Nakon srednjoškolskog obrazovanja upisujem se na Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Želim specijalizirati školsku medicinu.