

Posttraumatski stresni poremećaj

Vera Folnegović Šmalc

Psijatrijska bolnica Vrapče, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

SAŽETAK Iako opis kliničke slike PTSP-a seže u daleku povijest, u službene klasifikacije MKB-a (Međunarodna klasifikacija bolesti Svjetske zdravstvene organizacije) i DSM-a (Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje) uvodi se tek 1980. i 1992. godine. Hrvatska je odmah prihvatila obje svjetske klasifikacije i obje su prevedene na hrvatski jezik. Kako i samo ime kaže posttraumatski stresni poremećaj je poremećaj, a ne bolest, poremećaj koji ima prediktivnu validnost a ne strukturnu, i samim tim je jasno da u dijagnosticiranju postoje samo subjektivni parametri. To uvelike otežava postupak dijagnosticiranja, posebno u situacijama kada je dijagnoza PTSP-a povezana s rentnim motivima. Pravovremena i adekvatna terapija kod velike većine oboljelih dovodi do poboljšanja, pa čak i izlječenja.

KLJUČNE RIJEČI dijagnoza; patofiziologija; posttraumatski stresni poremećaj, rat

Američka psihijatrijska asocijacija uvrstila je posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) u službenu medicinsku klasifikaciju DSM-III (Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, treće izdanje) 1980. godine¹, dijelom i pod pritiskom vojnih veterana Vijetnamskog rata. Opisuje ga kao reakciju na ekstremni stres s trajanjem dužim od šest mjeseci. U Međunarodnu klasifikaciju Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) uvrštena je tek u MKB-10 1992. godine.² I prema DSM-u IV³ i prema MKB-u 10 PTSP je uvršten u skupinu anksioznih poremećaja i razlikuju se sljedeće tipovi: akutni, odgođeni, kompleksni i *de novo*, a MKB-10 je uz PTSP uvela i dijagnostičku kategoriju trajne promjene ličnosti nakon katastrofalnog doživljaja, što se u praksi često naziva kronificirani PTSP.

POVIJESNI RAZVOJ KONCEPTA PTSP-A

Pojam psihička trauma i njezine posljedice seže puno dalje u prošlost od uvođenja te dijagnostičke kategorije u DSM-III. Detaljno je opisan u knjizi Judith Lewis Herman *Trauma and recovery*.⁴ U poglavlju *Zaboravljena povijest* opisujući pojam psihičke trauma ističe se problem odnosa žrtve i promatrača. Istraživanja L. Eitingera,⁵ koji je analizirao žrtve nacističkih koncentracijskih logora, ukazuje na konflikt između rata i žrtve u smislu potiskivanja kolektivnog i osobnog iskustva i sjećanja i želje da se zaborave i žrtve i rat. Traumatske događaje potiskuju i žrtve i zajednica, prvi žele zaboraviti ali ne mogu, a oni drugi, koji iz nesvjesnih motiva žele zaboraviti, u tome uspijevaju. Pri tome dolazi do izražaja tendencija diskreditiranja žrtve, ali i njihovih terapeuta i drugih profesionalaca, koji se s njima bave.

Nakon Prvog svjetskog rata u kojemu je više od osam milijuna ljudi poginulo, brojni su se borci ponašali izgubljeno, prezentirali su somatske tegobe, izgubili osjećaje i iako nisu bili fizički zlostavljani ni ranjavani, izgubili su volju za životom. Ta pojava je nazvana *shell shock* ili *combat neurosis*. Pod tim se pojmom podrazumijevao emocionalni stres koji je nastao kao posljedica prolongiranog izlaganja nasilju i životnoj ugroženosti.

Tijekom Drugog svjetskog rata ponovno se prepoznaje taj fenomen kod boraca, koji prezentiraju iste simptome i znakove koji su povezani s vrlo intenzivnim stresom; nazvan je ratna neuroza. Intenzitet nastalog psihičkog poremećaja, u korelaciji je i s trajanjem i s intenzitetom traumatskih događanja.⁶

Značajnu je ulogu u definiranju traumatskog iskustva odigrao i fenomen silovanja, koje je sve do 70-ih godina bio tabu-tema. Godine 1972. Ann W. Burgess i Lynda L. Holmstrom opisale su psihičke i tjelesne posljedice silovanja i nazvale ga *rape trauma syndrom*.⁷

Problem psihičke traume ponovno se aktualizirao u vrijeme Vijetnamskog rata. Kliničke slike vijetnamskih veterana pridonijele su uvođenju dijagnostičke kategorije posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), koju je Američko psihijatrijsko udruženje i službeno uvrstilo u DSM-III. Jasno je naglašeno da su u nastanku PTSP-a traumatska iskustva izvan uobičajenih ljudskih iskustava po svom intenzitetu, tj. da se ne radi samo o subjektivnom doživljaju traume već o njezinom objektivno jakom traumatskom djelovanju i karakterističnim posljedicama prezentiranim u kliničkoj slici PTSP-a.

PTSP je produžena i/ili opetovana reakcija na ekstremno traumatsko iskustvo, što rezultira sljedećim simptomima: pretjeranom pobuđenosti i pokušajem

izbjegavanja takvih stanja i mogućih situacija, obamrlosti, osjećajem strave i sl. Ukratko, emocionalni se doživljaj javlja ponovno, i to intenzitetom i na način kao prilikom samog traumatskog događaja.⁸

PTSP ozbiljno mijenja kvalitetu življenja oboljeloga, mijenja stil življenja, radnu aktivnost, spavanje, često dovodi do umanjena radne sposobnosti ili do nesposobnosti, dolazi do gubitka seksualnih potreba i socijalnih kontakata (osim s osobama koje su također oboljele od PTSP-a). Oboljeli od PTSP-a često izbjegavaju i članove najbliže obitelji. Život im postaje težak, sniženog su praga na frustraciju. Često dolazi do gubitka vitalnih nagona što može rezultirati suicidalnošću. Vrlo često se javlja komorbiditet, često alkoholizam i druge ovisnosti, depresija, pa i psihotične dekompenzacije, a česte su i somatske bolesti.

ŠTO JE PTSP: BOLEST, POREMEĆAJ ILI DIJAGNOZA?

U psihijatriji se rijetko govori o bolesti, jer unatoč relativno naglom razvoju bioloških spoznaja, još uvijek se u velikom broju slučajeva izraz poremećaj ne može zamijeniti izrazom bolest. Evo zašto: da bi se moglo reći da je npr. PTSP bolest, trebalo bi poznavati sljedeće: etiologiju, patoanatomiju, patofiziologiju, kliničku sliku (tj. simptome), terapiju, tijek i prognozu. Što mi od toga znamo?

ETIOLOGIJA PTSP-A

Etiologija PTSP-a nije poznata; istina, poznato je da je povod za nastajanje PTSP-a izrazito jak stresogeni događaj, ali isto je tako poznato da i vrlo jaki stresogeni događaji ne dovedu kod svih traumatiziranih osoba do nastanka PTSP-a.

Simptomi PTSP-a trebali bi biti determinirani poremećajima neurobioloških sustava izazvanih stresogenim traumatskim događajem ili događajima ili apriorno neadekvatnom adaptacijom na stresogeni događaj. Međutim, simptomi su unaprijed određeni, kako bi bila osigurana bar prediktivna validnost, ako već nema strukturne validnosti. Osim toga, ratni PTSP se uz isto ili slično ratno traumatsko iskustvo daleko češće dijagnosticira kod pobjednika nego kod pobijedenih.

PATOANATOMIJA I PATOFIZIOLOGIJA PTSP-A

Provedena su i provode se brojna istraživanja utjecaja HHN-osi (hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda), što upućuje na mogućnost da bi PTSP mogao biti posljedica „poremećenog“ nadzora HHN-osi, kao i poremećene funkcije (centralnog) serotonergičnog, dopaminergičnog, noradrenergičnog, glutaminergičnog i opioidnog sustava te aktivnosti GABA-sustava. Smatra se također, da u nastanku PTSP-a važnu ulogu mogu imati i neuropeptidi te prefrontalni korteks, amigdala, hipokampus i jezgre moždanog stabla. Za sada se uglavnom radi više o hipotezama nego o dokazanim tvrdnjama.^{9,10}

Što se tiče funkcije serotonina koji se povezuje s mogućim značenjem u nastanku PTSP-a, važno je istaknuti da se funkcija središnjeg, tj. moždanog serotonina ne može procjenjivati na rezultatima perifernog, tj. trombocitnog serotonina, što se do sada radilo. To predstavlja veliki hendikep u daljnjim istraživanjima neurobiologije psihičkih poremećaja, pa tako i PTSP-a. Naime, za razliku od neurona, trombociti nemaju sposobnost sinteze 5-HT nego akumuliraju 5-HT sintetiziran u stanicama sluznice tankog crijeva putem krvi. Analiza centralnog serotonina mnogo je kompliciranija i često iz etičkih razloga neizvediva.

Danas se intenzivno radi i na istraživanju eventualne promjene volumena mozga i/ili pojedinih regija mozga značajnih za etiologiju ili posljedice PTSP-a, no unatoč tome još uvijek nema sigurnih potvrda, kao ni etiološke ni posljedične morfološke determiniranosti PTSP-a.

Za sada se još uvijek ne može sa sigurnošću zaključiti koji bi eventualni biološki poremećaji bili patognomonični za nastanak PTSP-a. Očekuje se da će daljnji razvoj translacijske medicine pridonijeti bržem razvoju novih spoznaja i na području PTSP-a.

KLINIČKA SLIKA PTSP-A

MKB-10 navodi, da se PTSP pojavljuje kao odgođeni ili produljeni odgovor na stresogeni događaj ili situaciju (kraćeg ili duljeg trajanja), iznimno jake ugroženosti ili katastrofične prirode koja može izazvati sveprožimajuću uznemirenost, u gotovo svakog (npr. kod prirodne katastrofe, ili one uzrokovane ljudskim čimbenicima kao npr. borba, teška nesreća, nazočnost nasilnoj smrti drugih osoba, kod žrtava mučenja, terorizma, silovanja i drugih zločina). Tipični simptomi su prema MKB-u 10: epizode ponovnog proživljavanja traume nametljivim sjećanjima (*flashback*) ili u snovima, emocionalnoj ukočenosti i tuposti, izbjegavanju ljudi, nereagiranju na okolinu, anhedonija, izbjegavanje situacija koje bi mogle podsjećati na proživljenu traumu i pojačana pobuđenost.² Česti su vegetativni poremećaji i poremećaji raspoloženja, te relativno čest komorbiditet. Stresogeni događaj (kriterij A) ili situacija iznimno jake ugroženosti ili katastrofične prirode koja može izazvati sveprožimajuću uznemirenost kod gotovo svakog predstavlja *conditio sine qua non* za postavljanje dijagnoze PTSP-a. Važno je istaknuti kriterije E i F, koji se u praksi često izostave.

- Kriterij E: trajanje simptoma najmanje jedan mjesec.
- Kriterij F: poremećaj uzrokuje značajno oštećenje u socijalnom, radnom i/ili drugom funkcioniranju.

Pored svih navedenih kriterija, briga o oboljelima mora uključiti informacije o njihovoj dobi, strukturi ličnosti, ranijem traumatskom iskustvu, eventualno već postojećem psihičkom poremećaju i/ili tjelesnoj bolesti, specifičnom značenju traume za svaku pojedinu osobu i njezinoj bazičnoj sigurnosti. Vrlo je važna uloga obiteljske potpore i potpore radne sredine. Intenzitet simptoma ne mora biti u korelaciji s kvalitetom življenja niti s funkcioniranjem.

TIJEK BOLESTI PTSP-A

Osobu, koja je preživjela teško traumatsko iskustvo, bez obzira na stanje u kojem se nalazi, potrebno je psihijatrijski obraditi i pružiti adekvatnu pomoć, prije svega psihičku potporu, a potom i druge terapijske metode. Ako se radi o pojačanom uzbuđenju, strahu, vegetativnom poremećaju i/ili nesanicu, potrebno je ordinirati i medikamentoznu terapiju, kako u cilju prevencije razvoja PTSP-a tako i radi otklanjanja postojećih aktualnih simptoma. Osim o intenzitetu traumatskog događaja i strukturi osobe, tijek bolesti je determiniran podrškom obitelji i/ili društvene zajednice i adekvatnosti terapijskih postupaka u odnosu na aktualnu kliničku sliku. Također je vrlo važan motiv oboljeloga za liječenje i izlječenje, pri čemu negativnu ulogu mogu imati eventualni rentni motivi.

PROGNOZA PTSP-A

Ishod liječenja osobe koja je razvila kliničku sliku PTSP-a dobrim dijelom ovisi i o:

1. strukturi ličnosti
2. o tome je li u vrijeme nastanka PTSP-a imala strukturiran život i obitelj
3. o pravovremenoj adekvatnoj terapiji i podršci okoline
4. o vlastitim vrijednosnim kriterijima.

EPIDEMIOLOŠKI PODACI PTSP-A

Prema podacima vlade Republike Hrvatske procjenjuje se da je tijekom Domovinskog rata najmanje 1.000.000 osoba bilo izloženo ratnom stresu i da je još više bilo sekundarno traumatiziranih. Smatra se da je među braniteljima bilo 25-30% oboljelih od PTSP-a, a kod prognanika i izbjeglica između 25 i 50%, što je ovisilo i o migracijama stanovništva, kako o odlascima iz Hrvatske u druge zemlje Europe i SAD-a tako i imigracije stanovnika iz Bosne i Hercegovine i Vojvodine u Hrvatsku.

Smatra se da 7,8% osoba bar jednom tijekom života oboli od PTSP-a i da se kod oko 60% oboljelih od PTSP-a simptomi spontano povuku.¹¹ U epidemiološkim istraživanjima ratne traume u civilnoj populaciji uglavnom nerazvijenih zemalja utvrđene su stope PTSP-a od 15 do 42%, a u populaciji silovanih 55%.¹²

Epidemiološki podaci o PTSP-u često su kontradiktorni, što može biti posljedica razlika u vrsti i intenzitetu liječenja, u pojavi ratova i elementarnih nepogoda, masovnim silovanjima^{12,13}, dijagnostičkim kriterijima^{2,3}, ali i fenomena simulacije i disimulacije, koje su obično determinirane mogućom nagradom ili kaznom. Osim u ratu, PTSP je češći kod osoba ženskog spola.

DOMOVINSKI RAT I PTSP

Od Domovinskog rata do danas brojni su branitelji na psihijatrijskom tretmanu zbog psihičkih tegoba iz kruga PTSP-a. Već na samom početku Domovinskog rata

počele su se javljati i žene, a u manjem broju i muškarci, kao žrtve seksualnog nasilja, pa je uz pomoć međunarodne zajednice i IRCT-a (*International Rehabilitation Council for Torture Victims*) iz Copenhagena u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče osposobljen tim stručnjaka kako bi traumatiziranim osobama mogao pružiti visoko stručnu pomoć.¹⁴⁻¹⁶ Nakon što je već godinama u psihijatrijskim ustanovama liječen veliki broj branitelja oboljelih od PTSP-a, počeli su se javljati i civili s istim ili sličnim „simptomima“ i traumatskim događajima, koje su opisivali kao „visoko traumatske“, i koji su navodili simptome PTSP-a, često terminologijom iz stručne literature, a bilo je i situacija, kada su znali reći: „Ja imam iste simptome kao i XY kojega vi liječite, pomognite i meni.“ Sve su se češće javljali i bolesnici nakon saobraćajne nesreće, i kada nisu „dobili“ dijagnozu PTSP-a već eventualno akutnu reakciju na stres, bili su vrlo nezadovoljni i obično su mijenjali terapeuta.

PTSP je u godinama nakon Domovinskog rata jedan od češćih razloga psihičkog liječenja, kako ambulantno tako i bolnički. Brojni su branitelji koji se liječe godinama, i kod kojih su simptomi reducirani, pa bolje ili dobro funkcioniraju, ali unatoč tome dolaze na povremene kontrole, bilo radi komorbiditeta ili radi prevencije recidiva. Velik postotak ih je umirovljen, ali su i dalje u ambulantnom tretmanu. Kod dijela tih bolesnika povremeno se javljaju recidivi, koji su provocirani daleko blažim traumatskim događajem nego što je bio onaj koji je prethodio razvoju PTSP-a.

Ima međutim i onih, koji su se „zbog“ PTSP-a počeli liječiti više godina nakon rata, i koji se i sada „liječe“. Može se procijeniti da dio njih ima rentne motive. Iako se radi o manjini, potrebno je postaviti pitanje: smijemo li pogriješiti? Odgovor treba biti: *Primum non nocere*, ni osobi ni društvu.

ZAKLJUČAK

PTSP je dijagnostička kategorija, koja nema strukturu validnost ali ima prediktivnu, kako samo ime kaže: posttraumatski stresni poremećaj (a ne bolest). Međutim, i u medicini važe konsenzusi i algoritmi koje treba uvažavati, kako u dijagnostici tako i u terapiji.

Potrebno je *lege artis* postaviti dijagnozu u skladu s aktualnom klasifikacijom i u skladu s tim i liječiti oboljele, koji ozbiljno pate, pate i njihovi članovi obitelji, a patnja je ponekad i transgeneracijska. Naša je stručna i moralna obaveza razlikovati postoje li simptomi ili ne, pa i uz pomoć drugih tehnika i strpljivosti postaviti ili ne postaviti dijagnozu PTSP-a i u skladu s tim ordinirati optimalni tretman.

Post-traumatic stress disorder

SUMMARY Although post-traumatic stress disorder (PTSD) has been long known as a clinical entity, it was only included in the International Classification of Diseases (ICD) and Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) in 1980 and 1992. Croatia immediately adopted both classifications of diseases and both were translated into Croatian language. As the name says, PTSD is a disorder, not a disease. Since it has a predictive rather than structural validity, it is diagnosed only on the basis of subjective parameters. This fact makes the diagnosis difficult, especially in situations when PTSD diagnosis is associated with second gains. Timely and adequate therapy in most patients leads to improvement or even complete cure of the symptoms.

KEY WORDS diagnosis; physiopathology; stress disorders, post-traumatic; war

LITERATURA

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington, DC: American Association Press, 1980.
2. MKB-10 klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Klinički opisi i dijagnostičke smjernice. Folnegović Šmalc V, ur. Zagreb: Medicinska naklada, 1999.
3. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Association Press, 1994.
4. Herman JL. Trauma and Recovery. New York: Basic Books, 1992.
5. Eitinger L. The Concentration Camp Syndrome and Its Late Sequelae In: Dimsdale JE, ed. Survivors, Victims and Perpetrators. New York: Hemisphere, 1980:127-62.
6. Breuer J, Freud S. Studies on Hysteria, vol. 2. London: Hogarth Press, 1955.
7. Burgess AW, Holmstrom LL. Rape trauma syndrome. Am J Psychiatry 1974;131(9):981-6.
8. Leri A. Shell Shock, Commotional and Emotional Aspect. London: University of London Press, 1919: 118.
9. Lucki I. The spectrum of behaviors influenced by serotonin. Biol Psychiatry 1998;44(3):151-62.
10. Stahl SM. Mechanism of action of serotonin selective reuptake inhibitors. Serotonin receptors and pathways mediate therapeutic affects and side effects. J Affect Disord 1998;51(3):215-35.
11. Folnegović-Šmalc V, Folnegović Z. Epidemiology of PTSD. Druš Istraž Zagreb 7, 1998.
12. Arcel LT, Folnegović-Šmalc V, Tocilj Šimunković G, Kozarić Kovačić D, Ljubotina D. Ethnic Cleansing and Post-Traumatic Coping – War Violence, PTSD, Depression, Anxiety and Coping in Bosnian and Croatian Refugees. A transactional Approach. In: Arcel LT, ed. War Violence, Trauma and the Coping Process. Copenhagen: IRCT, 1998:45-79.
13. Folnegović-Šmalc V. Psychiatric Aspects of the Rapes in the War against the Republics of Croatia and Bosnia-Herzegovina. In: Stiglmayer A, ed. Mass Rape: The War Against Women in Bosnia-Herzegovina. Lincoln and London: University of Nebraska Press, 1994:174-9.
14. Folnegović-Šmalc V. Psychiatric Problems Related to Violence and Rape. In: Henn F, Sartorius N, Helmchen H, Lauter H, eds. Contemporary Psychiatry. Volume 2. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 2000:311-31.
15. Lončar M, Skorušek S. Žrtve seksualnog zlostavljanja u ratu. U: Lončar M, Henigsberg N, ur. Psihičke posljedice traume. Zagreb: Medicinska naklada, 2007: 103-24.
16. Šeparović Z. Viktimologija, Studije o žrtvama. Zagreb: Informator, 1998.

ADRESA ZA DOPISIVANJE

Prof. dr. sc. Vera Folnegović Šmalc, dr. med.
Psihijatrijska bolnica Vrapče
Bolnička cesta 32, 10090 Zagreb
E-mail: zdenko.folnegovic@zg.t-com.hr
Telefon: +385 1 3780 678