

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA
POSTTRAVMATSKA STRESNA MOTNJA PRI
MLADOSTNIKI, KI SO BILI IZPOSTAVLJENI
FIZIČNEMU NASILJU V DRUŽINI

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

**Posttravmatska stresna motnja pri mladostnikih, ki so bili
izpostavljeni fizičnemu nasilju v družini**

(Post traumatic stress disorder in adolescent people exposed to physical
violence in family)

Ime in priimek: Sendy Sreš

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Matej Kravos

Koper, oktober 2018

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Sendy Sreš

Naslov zaključne naloge: Posttravmatska stresna motnja pri mladostnikih, ki so bili izpostavljeni fizičnemu nasilju v družini

Kraj: Koper

Leto: 2018

Število listov: 39 Število slik: 3

Število referenc: 68

Mentor: doc. dr. Matej Kravos

Ključne besede: posttravmatska stresna motnja, mladostniki, nasilje, travma, anksiozna motnja

Izvleček:

Posttravmatska stresna motnja (PTSM) je posledica izpostavljenosti smrtno nevarnemu stresnemu dogodku ali seriji dogodkov, kot so vojne, posilstva ali zlorabe. To je pogost odziv običajnih ljudi na hudo ogrožajočo situacijo. Simptomi ovirajo normalno življenje, zaradi česar posameznik težko obvlada vsakodnevne dejavnosti. Čeprav se lahko PTSM pojavi v vseh starostnih skupinah, je najbolj pogosta pri mladih odraslih. Namen teoretskega zaključnega dela je predstaviti PTSM v povezavi s fizičnim nasiljem nad otrokom v družini. Poseben poudarek je namenjen fizičnemu in družinskemu nasilju, ki ga izvaja eden od staršev ali celo oba ter kako se kaže PTSM pri teh mladostnikih. Cilj zaključne naloge je predstavitev PTSM pri mladostnikih, ki so izpostavljeni fizičnemu nasilju. Dejstvo je, da je nasilje v družini pogost pojav, o katerem se premalo govori. V Sloveniji se bomo morali bolj posvetiti PTSM, ki se pojavlja pri mladostnikih. Menim, da se temu vprašanju posveča premalo pozornosti, o čemer priča pomanjkanje ustrezne literature v slovenščini.

Key words documentation

Name and SURNAME: Sendy SREŠ

Title of the final project paper: Post traumatic stress disorder in adolescent people who are exposed to physical violence in family

Place: Koper

Year: 2018

Number of pages: 39 Number of figures: 3

Number of references: 68

Mentor: Assist. Prof. Matej Kravos, Phd

Keywords: post traumatic stress disorder, adolescent, violence, trauma, anxiety disorder

Abstract:

Post- traumatic stress disorder (PTSD) is the result of exposure to a stressful event or series of events, such as wars, rape or abuse. This is a common response of ordinary people to an abnormal situation. Symptoms hinder normal life, which makes the individual difficult to master daily activities. Although PTSD can occur in all age groups, it is most common in young adults. The purpose of theoretical finishing is to present a post- traumatic stress disorder in connection with the physical violence of the adolescent in the family. Special emphasis is placed on physical and family abuse carried out by one parent or even both and the post- traumatic stress disorder in this adolescents. The goal of this work is to present post- traumatic stress disorder in adolescents who was exposed to physical violence. The fact is that domestic violence is a frequent phenomenon that is not talked too much. In Slovenia we have to devote more attention to PTSD. I also think that at least in Slovenia there is too little attention to this issue, as evidence by the lack of adequate literature in Slovene.

ZAHVALA

Rada bi se zahvalila mentorju doc. dr. Mateju Kravosu za pozitiven odnos, strokovne nasvete in spodbudo pri pisanju zaključne naloge. Ne nazadnje se zahvaljujem tudi svoji družini, fantu in prijateljem, ki so me spodbujali in podpirali pri nastajanju zaključne naloge.

KAZALO VSEBINE

1 UVOD.....	1
2 POSTTRAVMATSKA STRESNA MOTNJA.....	3
2.1 Pojmovanje PTSM.....	3
2.2 Znaki in simptomi.....	4
3 OBDOBJE MLADOSTNIŠTVA	7
3.1 Posttravmatska stresna motnja pri mladostnikih	7
4 NASILJE.....	9
4.1 Nasilje v družini.....	9
4.2 Fizično nasilje mladostnikov	10
5 NEVROBIOLOGIJA POSTTRAVMATSKE STRESNE MOTNJE	11
5.1 Genetski dejavniki tveganja za razvoj PTSM.....	12
5.2 Kognitivne funkcije in struktura možganov pri PTSM	13
5.2.1 Amigdala.....	14
5.2.2 Hipokampus	14
5.2.3 Možganska skorja	15
6 ZDRAVLJENJE POSTTRAVMATSKE STRESNE MOTNJE	17
6.1 Terapije pri zdravljenju PTSM	17
6.1.1 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).....	17
6.1.2 Terapija postopnega izpostavljanja.....	19
6.1.3 Hipnoza.....	20
7 SKLEP	23
8 LITERATURA IN VIRI.....	24

KAZALO SLIK IN GRAFIKONOV

<i>Slika 3.1</i> Statistika posttravmatske stresne motnje pri mladostnikih iz leta 2001-2003 (povzeto po nacionalna komorbidna raziskava, 2017).	8
<i>Slika 5.1</i> Trajen učinek travme na možgane, ki kaže dolgoročno motnjo regulacije norepinefrina in kortizola ter ranljiva področja hipokampusa, amigdale in medialne prefrontalne skorje, na katere vplivajo travme (povzeto po bremner, 2006).	12
<i>Slika 5.2</i> Visokozmogljiva magnetna resonančna slike hipokampusa (povzeto po mueller, neylan , in wang, 2010).	15

1 UVOD

Glede na Diagnostični in statistični priročnik (DSM) je posttravmatska stresna motnja (PTSM) anksiozna motnja. V mednarodni klasifikaciji bolezni, poškodb in vzrokov smrti (MKB-10) je razvrščena kot s stresom povezana nevrotska in somatoformna motnja (Javidi in Yadollahie, 2012). PTSM je posledica izpostavljenosti smrtno nevarnemu stresnemu dogodku ali seriji dogodkov, kot so vojne, posilstva ali zlorabe. To je pogost odziv običajnih ljudi na hudo ogrožajočo situacijo. Travmatski dogodki, ki vodijo do nastanka PTSM, so po navadi tako hudi, da bi skoraj vsak posameznik začutil stisko (Schiraldi, 2009). Simptomi ovirajo normalno življenje, zaradi česar posameznik težko obvlada vsakodnevne dejavnosti. Raziskave so pokazale, da 60, 7 % moških in 51, 2 % žensk izkusi vsaj en hujši dogodek v svojem življenju. Čeprav se lahko PTSM pojavi v vseh starostnih obdobjih, je najbolj pogosta pri mladih odraslih. Trajanje PTSM pri ženskah je bistveno daljše kot pri moških, imajo pa ženske dvakrat večjo možnost za razvoj PTSM kot moški (Javidi in Yadollahie, 2012). PTSM lahko povzroči tudi dolgoročne spremembe v fiziološkem delovanju možganov. Stresni odziv se najbolj odraža v prefrontalnem korteksu, hipokampusu in amigdalih možganov. Glukokortikoidni in noradrenalinski neurotransmiterski sistem možganov sta najbolj spremenjena pri PTSM. Disfunkcija v teh področjih možganov je verjetni vzrok za nastanek simptomov PTSM. Raziskave kažejo, da se pri bolnikih s PTSM, ko so bili izpostavljeni hudemu stresu, poveča aktivnost amigdal (Bremner, Elzinga, Schmahl in Vermetten, 2011). Pri PTSM, so lahko prizadeti tudi inzula, območje Broca in talamus (Cwik, Knuppertz, Lebens, Sartory, Seitz, Schulze in Schurholt, 2013). Zloraba mladostnikov je zelo širok problem, ki je lahko za nastanek trajnih psihopatoloških fenomenov. PTSM pri mladostnikih lahko povzroči ponavljajoče se travmatske spomine, ki se lahko pojavijo kadarkoli. Spremljajo jih lahko različni drugi simptomi, kot so razdražljivost, agresivnost, nepremišljeno obnašanje, motnje spanja in težave s koncentracijo (American Psychiatric Association, 2013). Nacionalna replikativna raziskava komorbidnosti duševnih motenj pri adolescentih v Združenih državah Amerike je nacionalno reprezentativen vzorec več kot 10.000 mladostnikov, starih od 13 do 18 let. Rezultati so pokazali, da je 9,-2 % mladostnikov izpolnjevalo merila za PTSM. Razširjenost je bila pri dekletih višja kot pri fantih (6,3 % v primerjavi s 3,-7 %) in se je povečevala s starostjo. Izpostavljenost mladostnikov nasilju v domačem okolju je zelo pogosta in je eden najpogostejših neželenih dogodkov v otroštvu (Gordis in Margolin, 2000). Zadnji podatki iz tega vzorca kažejo, da se vsako leto nasilje v družini pojavlja pri približno 30 % mladih, ki živijo z obema staršema (Caetano, Green, Jouriles, McDonald in Ramisetty-Mikler, 2006). Pri zdravljenju PTSM obstaja veliko različnih terapij, vendar niso vse uspešne. Smernice za zdravljenje, ki so zasnovane na metaanalitičnih študijah, predlagajo predvsem kognitivno-vedenjske terapije (KVT), desenzitizacijo in ponovno predelavo z očesnim gibanjem (EMDR) in terapijo z zdravili (Cohen, Foa, Friedman in

Keane, 2009; Management of PostTraumatic Stress Working Group, 2010; World Health Organization, 2013). Vse več raziskav dokazuje, da sta metodi desenzitizacije in ponovne predelave z očesnim gibanjem lahko zelo učinkoviti pri zdravljenju PTSM (Schiraldi, 2009).

Namen teoretske zaključne naloge je predstaviti PTSM v povezavi s fizičnim nasiljem nad otrokom v družini. Natančneje bom predstavila pojem PTSM. Poseben poudarek je namenjen fizičnemu in družinskemu nasilju, ki ga izvaja eden od staršev ali celo oba in kako se kaže PTSM pri teh mladostnikih. Moj namen je opisati tudi metode zdravljenja, pri katerih se bom osredotočala na terapijo postopnega izpostavljanja, EMDR in hipnozo.

Cilj zaključne naloge je predstavitev PTSM pri mladostnikih, ki so izpostavljeni fizičnemu nasilju. Travmatski dogodki so pogosti in so povezani s psihiatrično oslabitvijo v otroštvu. Znano je, da je nasilje v družini pogost pojav, o katerem se premalo govori. Tudi v Sloveniji se bomo morali bolj posvetiti PTSM mladostnikov. Številne študije na temo PTSM so bile narejene pri vojnih veteranih in pri posameznikih, ki so doživeli določeno obliko nesreč in naravnih katastrof, premalo pa je znanega o tveganjih za PTSM med različnimi vrstami izpostavljenosti travme pri otrocih in mladostnikih.

2 POSTTRAVMATSKA STRESNA MOTNJA

2.1 Pojmovanje PTSM

Glede na DSM je PTSM anksiozna motnja. V mednarodni klasifikaciji bolezni, poškodb in vzrokov smrti (MKB-10) je razvrščena kot s stresom povezana nevrotska in somatoformna motnja (Javidi in Yadollahie, 2012). PTSM je posledica izpostavljenosti smrtno nevarnemu stresnemu dogodku ali seriji dogodkov, kot so vojne, posilstva ali zlorabe. Travmatski dogodki, ki vodijo do nastanka PTSM, so po navadi tako hudi, da bi skoraj vsak posameznik začutil stisko (Schiraldi, 2009). »Približno 10 odstotkom populacije je mogoče v nekem trenutku v življenju postaviti diagnozo PTSM, še več pa jih kaže nekatere simptome te motnje.« (Cvetek, 2009). Ta nastane kot zakasnel ali podaljšan odziv na izjemno hude stresne dogodke, kakršni so opisani pri akutni stresni motnji. Stresorji, ki lahko povzročijo to motnjo, so različni in univerzalni (npr. roparski napad, posilstvo, vojne travme, žrtve ugrabitve letal, terorističnih napadov, mučenja v zaporih, vojno ujetništvo, internacija v koncentracijskih taboriščih, prometne nesreče, seznanjenje z diagnozo neozdravljive bolezni itd.). Po dogodku žrtve podoživljajo dogodek v spominih, nenadnih prebliskih in nočnih morah ter se začnejo izogibati vsega, kar jih posredno ali neposredno spominja nanj. Njihov spomin na dogodek je lahko nezanesljiv, spremljajo ga čustvena otopelost, strah in izbruh jeze. Če omenjeni simptomi vztrajajo dlje kot mesec dni in če jih spremljata izraziti stres ter omejena funkcionalnost, govorimo o PTSM, ki jo lahko nadalje delimo na akutno (do 3 mesece), kronično (več kot 3 mesece) in z odloženim izbruhom (6 mesecev po dogodku) (Erzar, 2007). Motnja lahko nastopi v vsaki starosti, tudi pri otrocih. Znaki motnje se navadno pokažejo v prvih treh mesecih po travmi, čeprav lahko zakasnjijo za več mesecev ali celo let. Pogosto se motnja začne kot akutna stresna motnja in se nato nadaljuje v obliki PTSM (Ziherl, 2015). »Kriterij za opredelitev PTSM določajo, da je posameznik izkusil, bil priča ali je bil soočen dogodku, ki je vključeval dejansko ali grozečo smrt ali resno poškodbo.« (Cvetek, 2009). Motnja, ne glede na njen sprožilec, sproži klinično pomembno stisko ali okvaro v posameznikovih socialnih stikih, njegovih zmožnostih za delo ali drugih pomembnih področij posameznikovega delovanja. PTSM ni fiziološka posledica drugega zdravstvenega stanja, zdravil, drog ali alkohola (American Psychiatric Association, 2013). Okoli polovica oseb s PTSM ozdravi po šestih mesecih, druge lahko motnja zaznamuje tudi za vse življenje. Velik del žensk z motnjo je bila žrtev posilstev. V splošnem velja, da med ljudmi, ki so izpostavljeni hudi psihični travmi, jih 9 % razvije motnjo (Breslau, Kessler in Peterson, 1998). Čeprav vsi ljudje, izpostavljeni stresu in travmi, po določenem času kažejo znake PTSM, nastanejo velike razlike pri tem, kako hitro bodo motnjo premagali.

V DSM-V (APA, 2013) so navedli, da je razširjenost PTSM v Združenih državah Amerike večja kot v Evropi, Aziji, Afriki in Južni Ameriki. Ženske so bolj nagnjene k PTSM kot moški, poleg tega velja tudi, da je pri mlajših odraslih verjetnost za razvoj PTSM večja kot pri starejših. Tveganje razvoja PTSM predstavlja tudi nižja inteligentnost, nižji socialnoekonomski status, nižja izobrazba in duševne motnje v družini. Za oceno vrste in intenzivnosti simptomov PTSM, dodatnih težav in oceno zdravljenja je pomembna uporaba ocenjevalnih lestvic ali samoocenjevalnih vprašalnikov. Najpogosteje uporabljena diagnostična sredstva so: strukturirani in preverjeni klinično-psihološki intervjuji; Klinično regulirana PTSM-lestvica (Clinician-Administered PTSD Scale – CAPS), PTSM lestvica – intervju (PTSD Symptom Scale – Interview version- PSS–I) (Andrew in Bisson, 2007). Zaradi velike pojavnosti težav ob nezgodah so razvite mnoge terapevtske metode, ki vključujejo različne psihoterapevtske pristope (vedenjskokognitivna terapija, terapija osredotočena na anksioznost, suportivna terapija, nedirektivno svetovanje, skupinske terapije, desenzibilizacija – EMDR), psihofarmakološka sredstva in njihove kombinacije (Ibbotson, 2012).

2.2 Znaki in simptomi

V priročniku The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5 iz leta 2013 je diagnoza PTSM opredeljena z naslednjimi kriteriji:

- A. Izpostavljenost dejanski ali grozeči smrti, resni poškodbi ali spolnemu nasilju na en ali več od spodaj navedenih načinov – travmatski ali kvalifikacijski stresor:
- neposredno izkusi travmatski dogodek;
 - je osebno priča travmatskemu dogodku, ki se zgodi nekomu drugemu;
 - spozna, da se je travmatski dogodek dogodil bližnjemu sorodniku ali prijatelju;
 - oseba podoživlja ali je izpostavljen ekstremnim nenaklonjenim podrobnostim travmatskega dogodka.
- B. Prisotnost enega ali več od navedenih vsiljivih simptomov, ki so povezani s travmatskim dogodkom, ki se začnejo po tem, ko se je travmatski dogodek že zgodil – simptomi podoživljanja:
- ponavljajoči se, neprostoVOLJNI in vsiljivi stresni spomini travmatskega dogodka;
 - ponavljajoče se, mučne sanje, v katerih je vsebina sanj povezan s travmatskim dogodkom;
 - disociativne reakcije (npr. vsiljivi spomini, t. i. flashbacks) v katerih se posameznik počuti ali deluje, kot da se travmatski dogodek ponavlja;

- intenzivna ali dolgotrajna psihološka stiska ob izpostavljenosti notranjih ali zunanjih znakov, ki predstavljajo ali spominjajo na določen vidik travmatskega dogodka;
 - zaznamujoče fiziološke reakcije na notranje ali zunanje znake, ki predstavljajo ali spominjajo na določen vidik travmatskega dogodka.
- C. Vztrajno izogibanje dražljajem, povezanim s travmatskim dogodkom, ki jo predstavlja eden ali oba spodaj navedena – simptomi izogibanja:
- izogibanje bolečim spominom, mislim in občutkom o travmatskem dogodku ali z njim povezanimi dogodki;
 - izogibanje zunanjim opomnikom (ljudi, krajev, pogovorov...), ki spodbudijo boleče spomine.
- D. Negativne spremembe v spoznanjih in razpoloženju, ki so povezani s travmatskim dogodkom, ki se začnejo ali poslabšajo, ko je do travmatskega dogodka že prišlo – simptomi otrplosti:
- nezmožnost spominjanja pomembnega vidika travmatskega dogodka;
 - pretirana negativna prepričanja ali pričakovanja o sebi ali drugih (npr. »jaz sem slab«);
 - vztrajna izkrivljena spoznanja o vzrokih ali posledicah travmatskega dogodka, ki vodijo posameznika do tega, da krivi samega sebe ali druge;
 - vztrajno negativno čustveno stanje (npr. strah, groza, jeza);
 - zmanjšan interes pri pomembnih dejavnostih;
 - občutek odtujenosti od drugih;
 - vztrajna nezmožnost doživeti pozitivna čustva.
- E. Izrazite spremembe v vznurjenosti in odzivnosti, povezane s travmatskim dogodkom, ki se začnejo ali poslabšajo po tem, ko je že prišlo do travmatskega dogodka – simptomi pretiranega vznurjenja:
- razdražljivo vedenje in jezni izbruhi, izraženo kot besedno ali fizično nasilje proti osebam ali predmetom;
 - nepremišljeno obnašanje;
 - pretirana pozornost;
 - ob prestrašenju pretirano reagira;
 - težave s koncentracijo;
 - motnje spanja.
- F. Trajanje motenj je daljše od enega mesca.

- G. Motnja povzroča klinično pomembno stisko ali poslabšanje v socialnih, poklicnih ali drugih pomembnih področjih delovanja.

- H. Motnje ni možno pripisati fiziološkim učinkom snovi (npr. zdravila, alkohol) ali drugemu zdravstvenemu stanju.

Simptomi so lahko stabilni (vseskozi navzoči), nestabilni (pridejo in odidejo) ali pa se lahko skrivajo več desetletij. Na splošno se ti simptomi ne pojavljajo posamično, temveč v določenih razvrstitvah. Sčasoma postanejo vse bolj zapleteni in vse manj povezani z izvorno travmatsko izkušnjo, kar je odvisno od narave in stopnje intenzivnosti travme, situacije, v kateri se je travma pojavila, ter osebnih in razvojnih virov, ki jih je imel posameznik na voljo v času izkušnje (Levine, 2010).

3 OBDOBJE MLADOSTNIŠTVA

Obdobje mladostništva, s tujko adolescenca, je definirano kot razvojno obdobje med koncem otroštva in začetkom zgodnje odraslosti, med 11. in 12. in 22. ter 24. letom starosti, torej med 12. in 22. letom starosti. To obdobje se začne s puberteto, obdobjem pospešenega telesnega razvoja, razvojem produktivne zrelosti in intenzivne telesne rasti ter se nadaljuje v zgodnja dvajseta leta (Zupančič, 2004a). Zaradi specifičnosti pod obdobjem znotraj mladostništva delimo to obdobje na: zgodnje mladostništvo (do 14. leta), srednje mladostništvo (do 17. ali 18. leta) in pozno mladostništvo (do 22. ali 24. leta) (Židan, 1994).

3.1 Posttravmatska stresna motnja pri mladostnikih

V zadnjih desetih letih se vedno bolj zavedamo, da lahko pri mladostnikih, ki so bili izpostavljeni travmatskim dogodkom, podobno kot odrasli, razvije PTSM. Zato morajo biti izvajalci sposobni prepoznati in zdraviti posttravmatske stresne reakcije pri mladostnikih. Vendar pa lahko neposredna uporaba diagnostičnih meril za odrasle pri PTSM privede do napačne diagnoze posttravmatskih stresnih reakcij pri mladostnikih, medtem ko so raziskave šele nedavno začele raziskovati učinkovitost različnih načinov zdravljenja za mladostnike s PTSM (Kaminer, Seedat in Stein, 2005).

Študije kažejo, da lahko mladostniki razvijejo PTSM po izpostavljenosti vrsti travmatskih stresorjev, vključno z nasilnimi kaznivimi dejanji, spolnimi zlorabami, naravnimi nesrečami in vojnami. Ker so bile uporabljene sorazmerno standardizirane metode ocenjevanja, se pojavnost PTSM med preživeli mladostniki, ki se soočajo s posebnimi nesrečami, giblje od 30 do 60 % (Yule, 2001). Za zdaj ni epidemioloških študij o razširjenosti PTSM med otroki v splošni populaciji; vendar so študije epidemioloških skupnosti v Združenih državah Amerike dosledno pokazale, da je približno 40 % srednješolcev doživelo neko obliko nasilja na domu ali nasilja v skupnosti, od 3 do 6 % pa ima PTSM (Goenjian, Pynoos in Steinberg, 1995).

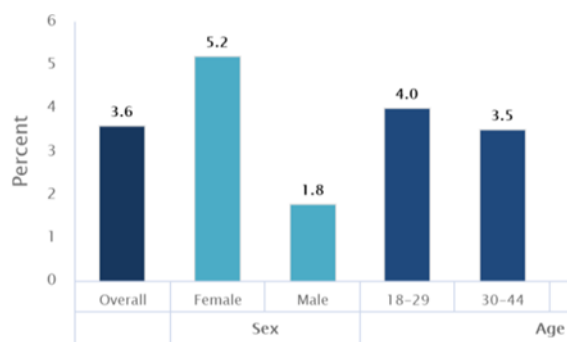
Visoka stopnja izpostavljenosti travmam in dokazi o PTSM pri otrocih kažejo, da morajo svetovni zdravstveni delavci po vsem svetu prepoznati tiste posttravmatske reakcije pri otrocih, ki potrebujejo ukrepanje, ter nudijo časovno in učinkovito zdravljenje. To je še posebej pomembno zaradi posledic, ki jih posttravmatski stres predstavlja za zdrav fizični, kognitivni in čustveni razvoj mladostnikov (Cohen, 2003).

PTSM v mladostništvu poveča tveganje za nastanek duševnih motenj v nadaljnjem življenju. PTSM, zloraba ali nasilje v družini so povezani z manjšim možganskim

volumnom in manjšimi korpus kolosumom, pri čemer je resnost teh sprememb sorazmerna trajanju izpostavljenosti otroške travme. Nekatere študije so pokazale, da je otroška PTSM povezana z nižjimi akademskimi dosežki in nižjo inteligenco (Acierno, Kilpatrick, Resnick, Ruggiero in Saunders, 2003). Ugotovili so, da je bila splošna razširjenost PTSM pri mladih 9,2-%. Na angleškem nacionalnem vzorcu mladostnikov, starih od 12 do 17 let, so ugotovili, da se je 3,7 % mladostnikov in 6,3 % mladostnic srečalo s klinično sliko, ki je zadostila diagnostična merila PTSM (Acierno, Kilpatrick, Resnick, Ruggiero in Saunders, 2003).

Za diagnostiko PTSM pri otrocih je na voljo več instrumentov za ocenjevanje. Obstaja več strukturiranih psihiatričnih razgovorov, prirejenih za otroke, kot je diagnostični intervju za otroke in mladostnike (DICA-R, 6) (Reich in Taibelson, 1991) in diagnostični razgovor za otroke – različica IV (DISC-IV, 7), ki vključujeta tudi modul za PTSM (Dulcan, Fisher, Lucas in Shaffer, 2000).

Obstajajo tudi specifični intervjuji za PTSM, kot so npr. preglednica za otroke in mladostnike, kontrolni seznam in diagnostična merila za otrokovo PTSM (Foa in Johnson, 2001). Na voljo so še številne lestvice za oceno resnosti simptomov PTSM pri otrocih, kot so indeks stresne reakcije za otroke po travmi, anketa o otrocih in mladostnikih in kontrolni seznam za travmatične simptome za otroke (Briere, 1996).



Slika 3.1 Statistika posttravmatske stresne motnje pri mladostnikih iz Harvarda iz let od 2001 do 2003 (povzeto po Nacionalna Komorbidna Raziskava, 2017)

4 NASILJE

Nasilje je vsaka zloraba moči, ki jo posameznik naredi drugemu posamezniku brez njegove privolitve. Je namerno, nadzorovano, preiščljeno in razumno delovanje, ki se v več primerih ponavlja. Vsaka zloraba, ne pa tudi uporaba moči, je nasilje. Najpogosteje se razumejo kot vzorec vedenja, namenjen vzpostavitvi in vzdrževanju nadzora nad družino, člani gospodinjstva, intimnimi partnerji, kolegi, posamezniki ali skupinami. Nasilni storilci najpogosteje poznajo svoje žrtve (intimni ali odtujeni partnerji in zakonci, družinski člani, sorodniki, vrstniki, kolegi itd.) (Društvo za nenasilno komunikacijo, 2015).

V kakršni koli obliki nasilje in zloraba močno vplivata na zdravje ter dobro počutje posameznika. Korenine vseh oblik nasilja so utemeljene v številnih vrstah neenakosti, ki še naprej obstajajo in rastejo v družbi. Nasilje in zlorabe se uporabljajo za vzpostavitev in ohranjanje moči ter nadzora nad drugo osebo in pogosto izražajo neravnovesje moči med žrtvijo in zlorabo (Društvo za nenasilno komunikacijo, 2015).

4.1 Nasilje v družini

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND) opredeljuje nasilje v družini kot vsako uporabo fizičnega, spolnega, psihičnega ali ekonomskega nasilja enega družinskega člana proti drugemu družinskemu članu oz. zanemarjanje družinskega člana ne glede na starost, spol ali katerokoli drugo osebno okoliščino žrtve ali povzročiteljice oz. povzročitelja nasilja. Nasilje v družini po navadi ni enkratni dogodek, temveč traja dlje časa in običajno sledi dinamiki in vzorcu kroga nasilja. Ima daljnosežne posledice: pogosto se nasilni vzorec prenaša z generacije na generacijo. Nasilje v družini se redko kaže kot enkratno dejanje ali oblika. Številne in raznovrstne oblike nasilja v družini se v praksi najpogosteje prepletajo, ponavljajo in stopnjujejo. Nasilna dejanja se lahko ponavljajo mesece, leta in desetletja (POND, 2015).

Raziskave kažejo, da se v družini zgodi več nasilja kot kjerkoli drugje, največja verjetnost, da bo otrok žrtev fizičnega in družinskega nasilja, je ravno v družini. Družina je torej skupina z visoko stopnjo konfliktov in stresov (Filipčič, 2000).

Anica Kos Mikuš (1994) govori o treh kategorijah, ki jih lahko dojamemo kot dejavnik nasilja nad otroki v družini. Mednje sodijo:

1. Storilčeve osebne lastnosti (tip odzivanja, psihosocialna motenost, alkoholizem, duševne bolezni itd.);
2. Otrokove lastnosti (koliko je otrok težaven, obremenilen za starše);

3. Značilnosti družinskega sistema (odnosi med družinskimi člani, vzgojni slogi in vrednote družine) (Kos - Mikuš, 1994).

4.2 Fizično nasilje mladostnikov

Mladostniki pogosto doživljajo zanemarjanje in nasilje v odnosih, ki naj bi bili najbolj varni. Zanemarjanje otroka in nasilje nad otrokom lahko vključuje fizično, psihično, spolno ter ekonomsko nasilje, zanemarjanje, neodgovorno ravnanje in izkoriščanje otroka, katerih posledica je dejanska in/ali možna škoda, ki jo otrok utрпи. Zanemarjanje in nasilje nad otrokom je neustrezno ravnanje glede na splošne družbene in pravne norme, opuščanje potrebne skrbi in pomanjkljiva ter neustrezna skrb za otroka. Mladostnik je lahko žrtev več različnih oblik zanemarjanja in nasilja hkrati (Aničič, Hrovat, Sušnik in Svetič, 2017).

Mladostniki imajo glede na razvojna obdobja vrsto razvojnih potreb. Življenje z nasiljem (posredno ali neposredno) vpliva na zadovoljevanje teh. Izpostavljenost nasilju vpliva na otrokovo telesno zdravje in razvoj, njegov čustveni in vedenjski razvoj, oblikovanje identitete, samopodobe, odnose z drugimi ljudmi in veščine skrbi za samega sebe (Krizni center – ženska svetovalnica, 2018).

Fizično nasilje staršev nad svojimi mladoletnimi otroki je široko razširjena težava tako na nacionalni kot mednarodni ravni. Nasilje je lahko hudo in se pogosto dogaja v številnih domovih. Fizično nasilje nad otrokom je enkratno ali ponavljajoče se dejanje zlorabe fizične moči, ki ga nad otrokom stori starš ali druga oseba. Fizično nasilje povzroča poškodbe, ki so lahko manj opazne (bolečina, spremembe na koži ...) ali izrazite (lahke in hude telesne poškodbe, prikrajšanje, smrt ...). Širša definicija fizičnega nasilja vključuje širok spekter grobih, kaznovalnih, nadzorovalnih in nasilnih načinov vzgoje (Aničič, Hrovat, Sušnik in Svetič, 2017).

»Fizična nasilja so tudi vsa dejanja, s katerimi starš zavestno in namerno ne prepreči nastanka poškodb oz. ne zavaruje otroka pred poškodbami, čeprav zazna nevarnost, da se bo otrok poškodoval.« (Aničič, Hrovat, Sušnik in Svetič, 2017).

Mlajši otroci, ki so doživeli telesne zlorabe, so običajno manj priljubljeni, bolj agresivni in bolj umaknjeni (Appleyard, van Dulmen, Egeland in Yates, 2002). To se na mladostništvo stopnjuje tako, da mladi razvijejo manjšo intimnost in so bolj konfliktni s svojimi prijatelji, prav tako kažejo tudi disocialno vedenje (Herrera in Parker, 1996).

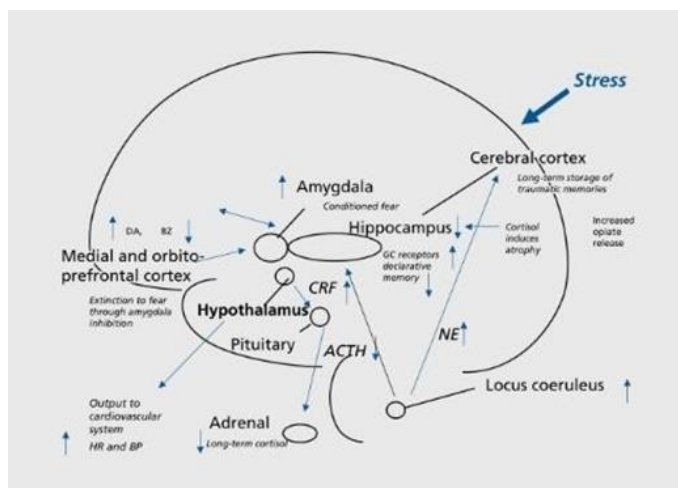
5 NEVROBIOLOGIJA POSTTRAVMATSKE STRESNE MOTNJE

Pri odgovoru organizma na stres je soudeleženo več predelov možganov in neurotransmiterskih sistemov. Pri pacientih s PTSM je njihovo delovanje moteno. Nevrobiološki sistemi, vključeni v patofiziologijo PTSM, so neuroendokrini sistem odgovora na stres (os hipotalamus–hipofiza–nadledvična žleza) ter sistemi z različnimi neurotransmitorji (noradrenalin, dopamin) in neuropeptidi, ki vplivajo na delovanje različnih možganskih področij, vpletenih v odgovor na stres (prefrontalna možganska skorja, hipokampus, amigdala in več jeder možganskega debla). Na delovanje naštetih sistemov in pojavljanje PTSM dodatno vplivajo spol, izpostavljenost stresu v času odraščanja ter genetski dejavniki (Charles in Jonathan, 2011).

PTSM ima biološko osnovo. Povezana je z vrsto kemičnih sprememb v telesnem hormonskem sistemu, imunskem sistemu in avtonomnem živčnem sistemu. Raziskave dokazujejo, da lahko intenzivne razpoke aktivnosti možganov med travmatskimi izkušnjami povzročijo nastanek novih možganskih poti v možganih (Charles in Jonathan, 2011).

Za PTSM so značilni specifični simptomi, vključno z vsiljivimi mislimi, nočnimi morami in motnjami spanja, spremembami v spominskih funkcijah ter koncentraciji. Simptomi predstavljajo vedenjsko manifestacijo s stresom povzročenih sprememb v strukturi in funkciji možganov. Stres lahko privede do akutnih in/ali kroničnih sprememb v nevrokemičnih sistemih in specifičnih možganskih regijah, kar lahko povzroči dolgotrajne spremembe možganskih povezav, vključenih v odziv na stres.

Možganske regije, ki imajo pomembno vlogo pri PTSM, vključujejo hipokampus, amigdalo in medialno prefrontalno skorjo. Kortizol in norepinefrin sta neurotransmitorja, ki sta pri stresnem odzivu najbolj aktivirana (Bremner in Vermetten, 2002).



Slika 5.1 Trajen učinek travme na možgane, ki kaže dolgoročno motnjo regulacije norepinefrina in kortizola ter ranljiva področja hipokampusa, amigdale in medialne prefrontalne skorje, na katere vplivajo travme (povzeto po Bremner, 2006)

Predklinične in klinične študije so pokazale spremembe v spominski funkciji zaradi travmatskega stresa, pa tudi spremembe v povezavah posameznih možganskih področij, vključno s hipokampusom, amigdali in medialno prefrontalno skorjo, ki kažejo motnjo spomina. Hipokampus, ki je vključen v verbalni deklarativni spomin, je zelo občutljiv na učinke stresa (Bremner, 2006).

5.1 Genetski dejavniki tveganja za razvoj PTSM

Znano je, da so za nastanek PTSM ključni tudi genetski dejavniki in ne le dejavniki okolja. Ugotovitve študij na družinskih članih in dvojčkih so prvi pokazali na možnost, da je za nastanek PTSM odgovorna tudi dednost. Ugotovili so, da so dejavniki tveganja za nastanek PTSM posamezni endofenotipi, kot sta npr. zmanjšana prostornina hipokampusa in pretirana odzivnost amigdal. Na voljo je vedno več podatkov o genetskih različicah nevrobioloških sistemov, ki so vključene v odgovor na stres in s tem posledično na tveganje oz. odpornost za razvoj PTSM (Charles in Jonathan, 2011).

PTSM je vzročno zapletena psihična motnja, ki jo povzroči kombinacija genetskih, epigenetskih in okoljskih dejavnikov, ki ne sledijo Mendelovemu/monogenskemu dedovanju (Charles in Jonathan, 2011). Vse več je podatkov, da utegnejo dejavniki okolja vplivati na izražanje genov prek sprememb v strukturi molekule DNK, ne da bi se spremenilo zaporedje nukleotidov. Epigenetski mehanizmi tako zajemajo spremembe v izražanju genov organizma, ki niso povezane s spremembami v zaporedju DNK. Tovrstni vplivi na zgradbo molekule DNK se tudi dedujejo. Ugotavljajo, da je tudi genetske različice v genih, ki so biološki kandidati za pojavljanje PTSM, mogoče povezati z

epigenetskimi mehanizmi. Znana so mesta v DNK, ki so pogosto modificirana z epigenetskimi mehanizmi (npr. metilacija dinukleotidov CpG). Ta mesta so t. i. vroče točke za mutacije, ki bi utegnile povzročiti neustrezno izražanje genov. Moteno izražanje genov pa bi ob izpostavitvi stresu lahko privedlo do PTSM (Paska, Pregelj in Zupanc, 2012).

Ker izraz PTSM zahteva izpostavljenost znatni travmi, je ocena družinske agregacije PTSM zapletena zaradi potrebe po upoštevanju različnih stopenj izpostavljenosti travm med sorodniki. Tako je v standardni zasnovi za nadzor primerov nemogoče ugotoviti, ali bi morda vplivali na sorodnike, ki niso doživeli pomembne travme. Pokazalo se je, da je tveganje za PTSM zvišano med potomci staršev s PTSM, vendar tega niso dokazali v vseh študijah (Amstadter, Blumenthal, Feldner, Knapp in Leen-Feldner, 2013).

Študije na dvojčkih so dokumentirale zmerno dedno obremenjenost za PTSM (v območju od 30 do 50 %) izpostavljenost visokim tveganjem za travmo (v območju od 30 do 60 %) in da se njihovi genetski vplivi močno prekrivajo. Mehanizem, na katerem temelji genetski učinek na izpostavljenost travm, ostaja nejasen, čeprav jih lahko posredujejo lastnosti osebnosti, kot je tveganje, ki povečujejo verjetnost izpostavljenosti nevarnim okoljem (Smoller, 2016).

5.2 Kognitivne funkcije in struktura možganov pri PTSM

Pri mladostnikih s PTSM, ki so bili izpostavljeni nasilju, je bilo ugotovljeno, da imajo pomanjkljivosti v besednem deklarativnem spominu in posledično tudi nižji inteligenčni kvocient. Druge vrste motenj spomina, ki jih proučujemo v PTSM, vključujejo disociativno amnezijo, primanjkljaj v avtobiografskem spominu in okvare, povezane s čelnim režnjem. Te študije kažejo, da imajo travme primanjkljaj v besednem deklarativnem spominu (Brailey, Constans in Vasterling, 1998).

Študije PTSM pri mladostnikih kažejo na izgubo integritete nevronov v medialni prefrontalni skorji. Pokazale so tudi spremembe v površinskih električnih tokovih možganov, dokazanih z elektroencefalogramom (EEG). Ugotovili so tudi zmanjšanje obsega možganov pri teh mladostnikih. S stresom povzročena disfunkcija hiperkampusa je lahko odgovorna za veliko simptomov PTSM, povezanih s pomnoževanjem spomina, vključno z eksplicitnim pomnilnim pomanjkanjem in razdrobljenostjo spomina pri preživelih po zlorabi (Bremner in Elzinga, 2002).

Obstajajo trije možni modeli, ob upoštevanju genetskih ali okoljskih dejavnikov, ki so bili predlagani za razlago manjšega obsega hipokampusa v PTSM: model A (okolje), model B

(okolje in genetika) in model C (genetika). V modelu C (genetika) manjši volumen hipokampusa predstavlja predčasni dejavnik tveganja za PTSM. Model A (okolje) navaja, da stres vodi do poškodbe ali zaviranja nevrogeneze prek zmanjšane vsebnosti iz možganov dobljenega nevrotrofičnega faktorja (brain derived neurotrophic factor BDNF) ali zvečane vsebnosti glutamata. Model B (okolje in genetika) navaja, da kombinacija okoljskih in genetskih dejavnikov vodi v primanjkljaje v funkciji in strukturi hipokampusa (Yehuda, 2001).

5.2.1 Amigdala

Amigdala je najbolj pomembna implicitna struktura možganov v patofiziologiji (PTSM). Amigdala je limbična struktura, vključena v obdelavo čustev in je kritična za pridobivanje odgovorov na strah. Funkcijska vloga amigdal pri posredovanju stresnih odzivov in čustvenega učenja implicira njegovo vlogo pri patofiziologiji PTSM. Študije funkcionalnih slikanj so pokazale njihovo hiperodzivnost pri PTSM. Pacienti s PTSM dodatno kažejo zvečane odzive amigdal na čustvene dražljaje. Glede na to, da je zvečana aktivnost amigdal povezana z genetskimi lastnostmi z zmernim tveganjem za PTSM, lahko povečana reakcija amigdale predstavlja biološki dejavnik tveganja za razvoj PTSM (Shin, Rauch in Pitman, 2006).

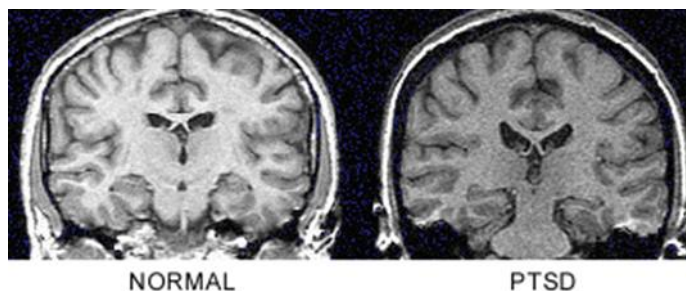
5.2.2 Hipokampus

Hipokampus je kompleksna struktura možganov, globoko vrezana v temporalnem režnju. Ima pomembno vlogo pri učenju in spominu. Je plastična in ranljiva struktura, ki jo lahko poškoduje vrsta dražljajev. Študije so pokazale, da je prizadeta tudi pri različnih nevroloških in psihiatričnih motnjah (Anand in Dhikav, 2012).

Znižanje obsega hipokampusa v PTSM lahko odraža akumulirane toksične učinke ponavljajoče se izpostavljenosti zvišanim koncentracijam glukokortikoidov ali zvišane glukokortikoidne občutljivosti. Ugotovitve tudi kažejo, da bi bil lahko zmanjšan obseg hipokampusa že obstoječ dejavnik ranljivosti pri razvoju PTSM. Študije so dodatno pokazale, da imajo pacienti s PTSM motnje pri aktivaciji hipokampusa (Pitman, Sanders in Zusman, 2002).

Različne raziskave kažejo različno velike spremembe hipokampusa pri obolelih s PTSM. Številke variirajo od 8-% zmanjšanja desnega hipokampusa do 22-% zmanjšanja desnega in 26-% zmanjšanja levega hipokampusa (Bedford, 2002). Zmanjšan hipokampus pri PTSM je pomemben tudi v povezavi z drugimi obolenji, saj so raziskave pokazale, da

imajo tudi osebe z depresijo, ki je pogosta spremljevalka PTSM, zmanjšan hipokampus (Kosslyn in Rosenberg, 2001).



Slika 5.2 Hipokampalni volumen na MRI pri PTSM. Manjši volumen hipokampusa pri reprezentativnem bolniku s PTSM (desno) v primerjavi s subjektom brez PTSM (levo) (povzeto po Bremner, 2006)

5.2.3 Možganska skorja

Medialna prefrontalna skorja (PFC) obsega anteriorno cingularno skorjo (ACC), subkalozno skorjo in medialni frontalni reženj. Medialni PFC izvaja zaviralni nadzor nad odzivnostjo na stres in čustveno reaktivnostjo, delno v povezavi z amigdali. Bolniki s PTSM kažejo zmanjšan obseg čelne skorje, vključno z zmanjšanimi obsegi ACC. Študije funkcionalnega slikanja so ugotovile zmanjšano aktivacijo medialnega PFC pri bolnikih s PTSM kot odgovor na stresne dražljaje (Rauch, Segal in Shin, 2003).

Prefrontalni korteks (PFC) je možganska skorja, ki pokriva sprednji del čelnega režnja. Ta možganska regija je ključna za načrtovanje kompleksnega kognitivnega vedenja, izražanja osebnosti in odločanja. Najbolj značilen psihološki izraz za funkcije, ki jih izvaja prefrontalni predel korteksa, je izvršilna funkcija. Izvršilna funkcija se nanaša na sposobnosti razlikovanja med konfliktnimi mislimi, določanju dobrih in slabih, boljših in najboljših, enakih in različnih, prihodnjih posledicah sedanjih dejavnosti, pri doseganju določenega cilja, napovedovanju rezultatov, pričakovanjih na temelju dejanj in socialnem nadzoru (Dahlitz, 2017).

Zmanjšana aktivacija medialnega PFC je bila povezana z resnostjo simptomov PTSM v številnih študijah in uspešnim zdravljenjem s serotoninskimi antidepresivi (Charles in Jonathan, 2011).

Verjetno je, da imajo bolniki s PTSM tudi visoke ravni tirozina in tiroksina v serumu. Tireotoksikoza se pogosto pojavlja po izjemno stresnih dogodkih. Tiroksin zveča stopnjo presnove, če ni na voljo dovolj ogljikovih hidratov in maščob. Tiroksin povzroča hitrejšo razgradnjo beljakovin za energijo. Študije so pokazale, da je lahko visoka raven tiroksina

odgovorna za več stresnih psiholoških dražljajev. Biološke in hormonske spremembe, ki se pojavijo pri PTSM, so obsežne in raziskave kažejo, da lahko večje motnje na več področjih možganov na koncu izhajajo iz številnih sprememb hormonskega sistema (Essays, 2013).

6 ZDRAVLJENJE POSTTRAVMATSKE STRESNE MOTNJE

6.1 Terapije pri zdravljenju PTSM

Za zdravljenje posledic je nujno, da se posameznik lahko vrne v življenje in (vsaj približno) na raven psihofizičnih sposobnosti pred travmatsko izkušnjo. Skrajni čas je za iskanje zdravniške in druge pomoči, ko ima posameznik občutek, da je sam storil vse, da bi sebe in svojo stisko obvladal z različnimi dejavnostmi in ukrepi, pa mu to ni uspelo. Zdravljenje je krajše in bolj uspešno, če posameznik PTSM prepozna dovolj zgodaj. Z zdravljenjem se zmanjša tesnoba in zveča sposobnost soočanja z vsakodnevnimi obremenitvami in zahtevami (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006).

Eden od najtežjih vidikov preživelih po travmah je razumevanje sprememb, ki so se zgodile, kako travme vplivajo na življenje in kaj je mogoče storiti, da bi jih simptome izboljšali. Okrevanje se začne z normalizacijo simptomov po poškodbah s preučevanjem, kako travma vpliva na možgane in kakšne simptome povzročajo ti učinki (Rosenthal, 2015).

Ključnega pomena je vzpostavitev odnosa in zaupanja med terapevtom in posameznikom, saj je terapevtski odnos osnovni temelj terapije (Reddemann, 2008). Od terapevta je odvisno, kakšen pristop oz. tehniko bo uporabil, da bo zagotovil varno okolje in obravnavo PTSM z vsemi svojimi posledicami. Za obravnavo PTSM se pogosto uporabljajo kognitivno-vedenjski pristopi, psihofarmakologija, psihodinamski, relacijski in drugi postopki. Med temi so tudi novejša terapevtske metode, med katerimi je Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), kar pomeni desenzitizacijo in ponovno predelavo z očesnim gibanjem (Cvetek, 2009).

6.1.1 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Kratica EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) pomeni desenzitizacijo in ponovno predelavo z očesnim gibanjem. Omogoča aktiviranje mehanizma samozdravljenja, tako da stimulira obstoječi sistem za adaptivno predelavo informacij v možganih. Izredna učinkovitost te metode naj bi bila posledica neposrednega učinka na možganske nevrofiziološke mehanizme (IPSA, 2006).

EMDR je novejša terapevtska metoda, ki pomaga ponovno predelati neprimerno in disfunkcionalno shranjene izkušnje oz. doživetja iz preteklosti, ki nas ovirajo pri ustreznem vedenju, mišljenju in čutenju v sedanjosti (Cvetek, 2002).

Pri tej metodi se oseba med premikanjem oči spominja določenega dogodka, se v mislih usmerja na določeno predstavo ali sliko dogajanja. Očesno gibanje se nanaša na načrtovano, usmerjeno gibanje oči in naj bi pomagalo spremeniti osebno doživljanje sebe in dogodka (Shapiro, 1995). Oseba s pogledom običajno sledi dvema terapevtovima prstoma na isti roki. Metoda je kompleksen pristop, ki kombinira različne vidike teoretičnih smeri (psihodinamske, vedenjsko-kognitivne, fiziološke, usmerjene na klienta in telo) (Cvetek, 2009).

Z EMDR oz. očesnim gibanjem odstranimo blokado sistema informacijske predelave in omogočimo ustrezno predelavo informacije (Shapiro, 1995). Predpostavlja, da lahko disfunkcionalno informacijo, ki je shranjena fiziološko, dosežemo in preoblikujemo neposredno brez uporabe zdravil. Shapiro (1995) predvideva, da s tem, ko med EMDR klient prikličje dogodek, shranjen v spominu, vzpostavi zvezo med zavestjo in področjem; kjer je informacija shranjena v možganih. Očesno gibanje sproži sistem informacijske predelave in ga znova uravnoteži.

Francine Shapiro (1995) predpostavlja, da ima očesno gibanje neposreden vpliv na kortikalne funkcije. Ritmično ponavljanje očesnih gibov zahteva usklajeno delovanje večine delov korteksa (primarnega vidnega korteksa, ekstrastriatnih predelov, prefrontalnega korteksa in drugih mehanizmov) v obeh možganskih hemisferah, zato je verjetno, da očesno gibanje sproži usklajevanje delovanja tudi drugih možganskih predelov.

Številna klinična in nevrobiološka raziskovanja so v zadnjih letih potrdila in dokazala veljavnost ter učinkovitost tega psihoterapevtskega pristopa. APA (American Psychiatric Association), NICE (National Institute of Clinical Excellence) in Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) priporočajo EMDR kot učinkovito metodo za PTSM (IPSA, 2006).

OSEM FAZ METODE EMDR

1. Prva faza: Klientova zgodovina in načrtovanje obravnave. Terapevt povzame klientovo zgodovino. Pregleda simptome, njihovo trajanje, začetni vzrok, trenutne disfunkcionalnosti in želeno stanje. Nato določi tarče (klientovi moteči spomini), na katere se osredotoči obravnava.
2. Druga faza: Priprava. Terapevt vzpostavi terapevtski odnos, klientu na kratko razloži teorijo EMDR. Testira očesno gibanje, da ugotovi, ali ima klient pri sledenju terapevtovih prstov težave. Terapevt klienta nauči nekaterih relaksacijskih tehnik, ki jih potrebuje ob morebitni visoki motenosti.

3. Tretja faza: Ocenitev Terapevt identificira in oceni tarčo ter izbere podatke o tem, kakšna je klientova začetna reakcija na proces. Terapevt ga lahko vpraša: »Kaj se zgodi, ko pomislite na incident?« Klient nato izbere sliko, ki predstavlja tarčo ali spomin. Terapevt ga lahko vpraša: »Katera slika predstavlja najbolj travmatski del dogodka?« Nato klient izbere negativno kognicijo, ki izraža disfunkcionalno ali nezdravo izjavo o samem sebi, npr. »nisem vreden ljubezni«.
4. Četrta faza: Desenzitizacija Klient si zamisli travmatsko podobo, misli na negativno kognicijo in opazuje občutke, povezane z njima, medtem pa z očmi sledi terapevtovima prstoma, ki sta po navadi dvignjena – kazalec in sredinec na eni roki. Po nizu od 15 do 30 očesnih gibov od ene strani vidnega polja na drugo stran in nazaj terapevt naroči: »izbrišite vse in globoko vdihnite«.
5. Peta faza: Instalacija V tej fazi skušata terapevt in klient doseči integracijo pozitivne kognicije s tarčo. Terapevt naroči klientu, naj v mislih zadrži najbolj primerno pozitivno kognicijo, hkrati s tem pa tudi tarčo.
6. Šesta faza: Pregled telesa Klient telo v mislih pregleda in skuša identificirati kakršne koli fizične napetosti ali neprijetne občutke. Če klient kaj najde, se med očesnim gibanjem osredotoči na to, dokler motenost ni odstranjena.
7. Sedma faza: Zaključek Na koncu vsakega srečanja vrne terapevt klienta v stanje čustvene stabilnosti in oceni njegovo varnost. Klientu pomaga ponovno vzpostaviti pozitiven miselni okvir.
8. Osmo faza: Reevalvacija Terapevt preveri, ali je bil material, ki sta ga s klientom predelovala, primerno razrešen in ali je bil sprožen kakšen material, ki ga je treba obravnavati. Določi tarče, ki jih je treba še predelati (Cvetek, 2002).

EMDR se učinkovito uporablja pri zdravljenju otrok, ki so doživeli travmo ali zapletene travme. EMDR se pogosto navaja kot sestavni del pri zdravljenju zapletene PTSM. Nedavna metaanaliza kontroliranih preizkušanj z naključnim izborom pri otrocih in mladostnikih s PTSM je ugotovila, da je bil EMDR vsaj tako učinkovit kot kognitivno vedenjsko zdravljenje in tudi boljši od uporabe placeba (IPSA, 2006).

6.1.2 Terapija postopnega izpostavljanja

Terapija postopnega izpostavljanja je intervencijska strategija, ki se pogosto uporablja v kognitivnem vedenjskem zdravljenju, da bi posameznikom pomagali pri soočanju s strahovi. Je oblika psihoterapije za PTSM. Dolgotrajna izpostavljenost je posebna vrsta kognitivne vedenjske terapije, ki uči posameznike, da se postopno prilagajajo spominu, občutkom in situacijam, ki so povezani s travmo. Ta terapija je zelo priporočljiva za zdravljenje PTSM (APA, 2013).

S postopnim izpostavljanjem se klient večkrat sooči s strašljivim travmatskim dogodkom, a tokrat v varnem okolju. Ponavljajoče se soočanje s travmatskim dogodkom in pripadajočimi mislimi ter čustvi zmanjša njihov negativni vpliv na počutje. Posameznika uči, da postopoma pristopi k spominu, občutkom in situacijami, ki so povezani s travmo (Schiraldi, 2009). Cilj terapije je, da posameznik vzpostavi zmožnost soočenja z mislimi in dražljaji, ki ga spominjajo na travmo in v njem vzbudijo občutke strahu (Cohen, 2009).

Travma se obdela v dveh oblikah izpostavljenosti: imaginarno (v okviru seanse ponovnega pregleda najbolj travmatskega pomnilnika in poslušanje posnetega preusmerjanja med sejami) in in vivo (s katerimi se srečujemo s situacijami, povezanimi s travmo v vsakdanjem življenju) (Lancman, Marthur in Myers, 2017).

Terapija postopnega izpostavljanja pri mladostnikih vključuje:

- motivacijski intervju za izboljšanje prisotnosti in zdravljenja;
- izobraževanje o travmah;
- učenje dihanja, ki mladostnika nauči, kako mirno dihati;
- ponovna in vivo izpostavljenost situacijam in predmetom, ki se jih klient izogiba zaradi travme;
- ponovna imaginarna izpostavljenost določenim spominom (Chrestman, Foa in Schechtman, 2009).

Podaljšana izpostavljenost se po navadi dogaja v obdobju približno treh mesecev s tedenskimi posameznimi seansami, kar ima za posledico od 8 do 15 seans. Običajno je potrebna od 60- do 120-minutna seja, da se posameznik vključi v izpostavljenost in da obdela svoje izkušnje.

Terapevti začnejo s pregledom zdravljenja in razumevanja preteklih izkušenj klienta. Terapevti nadaljujejo s psihoedukacijo in nato na splošno učijo tehniko dihanja za upravljanje anksioznosti (Foa in Mclean, 2011).

6.1.3 Hipnoza

Medicinska hipnoza je definirana kot zapleten mentalni fenomen, kot posebno psihološko stanje spremenjene zavesti z določenimi fiziološkimi lastnostmi, za katerega je značilna povečana osredotočena koncentracija in povečana sposobnost za sprejemanje sugestij druge osebe. Gre za budno stanje intenzivne relaksacije in koncentracije, pri katerem se zavest oddalji od vsakodnevnih skrbi, v tem sproščenem stanju pa lahko podzavest kreativno odgovarja na sugestije, kar pacientu omogoča spreminjanje lastnih neželenih lastnosti (Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije, 2007).

S pomočjo medicinske hipnoze ima bolnik možnost, da ponovno pregleda travmatski dogodek in vključi zanj pomembne spremembe v takratno dogajanje in s tem spremeni eksplicitni ter implicitni spomin o travmi. Pridobi občutek nadzora nad sabo, svojim telesom, občutki, ponovno se počuti varnega in uspešnega.

Rossi (2008) je opisal učinkovitost medicinske hipnoze kot koncept »soodvisnega (angl. state-dependent) spomina, učenja in vedenja«, kjer se informacije, zakodirane v limbičnohipotalamičnem delu možganov, odzivajo kot prenašalci informacij med mislijo in telesom.

Hipnoza omogoča nadzorovani dostop do spominov, ki se sicer lahko izognejo zavesti. Nove uporabe hipnoze pri psihoterapiji žrtev PTSM vključujejo povezovanje dostopa do disociiranih travmatskih spominov s pozitivnim prestrukturiranjem teh spominov. Hipnoza se lahko uporablja za pomoč pacientom, ki se soočajo s travmatsko izkušnjo. Na ta način se hipnoza lahko uporabi za zagotovitev nadzorovanega dostopa do spominov, ki se nato dajo v širšo perspektivo. Paciente je mogoče naučiti tehnike samohipnoze, ki jim omogoča, da delajo skozi travmatske spomine in s tem zmanjšajo spontane neobvezne vsiljive spomine (Cardena in Spiegel, 1990).

V klinični praksi ugotavljajo, da je treba k zdravljenju simptomov akutne stresne motnje in PTSM pristopiti multimodalno: farmakološko, s psihološkimi intervencijami, predelavo interpersonalnega, intrapersonalnega in družinskega sveta posameznika ter ostalih komorbidnih motenj. Ugotovili so, da je lahko pri zdravljenju PTSM hipnoterapija najbolj učinkovita, če se jo uporabi kot del omenjenega multimodalnega pristopa (Ibbotson, 2012).

Telesna poškodba povzroči nenaden razkorak v kognitivnih in čustvenih izkušnjah, ki se pogosto nadaljujejo po koncu travme. To ima za posledico simptome, kot je psihozna amnezija, omahovanje odzivnosti in preobčutljivost za dražljaje. Prav tako se je izkazalo, da je zgodovina fizične zlorabe v otroštvu močno povezana z disociativnimi simptomi kasneje v življenju. Poleg tega disociativni simptomi med in kmalu po travmatski izkušnji napovedujejo poznejše simptome PTSM (Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije, 2007).

Osnovni pristopi za uporabo medicinske hipnoze pri zdravljenju PTSM vključujejo:

- kontrolirano lažji dostop do spomina na poškodbo, čustveno doživljanje in odzivanje;
- vzpostavitev kontrole nad intenzivnimi občutki in preplavljajočimi fiziološkimi odzivi ob spominjanju na travmo;
- predelava spominov in njihovih pomenov.

Pomembno je, da po vsakem zaključenem srečanju terapevt s klientom pregleda zaznane spomine, občutke in da skupaj ovrednotita napredek, spremembe, nove poglede. Nato se terapevtsko delo nadaljuje s samohipnozo, ko se osebi krepí občutek nadzora nad travmatskimi spomini, novo organizacijo zaznav in predvsem v občutku moči in samozavesti za soočanje z novimi situacijami (Spiegel, 2013).

Obetajoči so tudi rezultati študij, v katerih so s hipnozo skušali pomagati posameznikom, ki imajo težave z anksioznostjo in PTSM. Metaanaliza raziskav, ki so spremljale kratkoročne in dolgoročne učinke hipnoze pri osebah, ki so trpele za PTSM, kaže na to, da ima hipnoza podobno učinkovitost kot vedenjsko kognitivni pristopi ter sistematična desenzitizacija (ali izpostavljanje). Njeni učinki so še vedno vidni po štirih tednih in tudi še po 12 mesecih (Rotaru in Rusu, 2015).

7 SKLEP

Znano je, da je nasilje v družini pogost pojav, o katerem se premalo govori. Tudi v Sloveniji se bomo morali bolj posvetiti PTSM, ki se pojavlja pri mladostnikih. Številne študije so bile narejene na temo PTSM pri vojnih veteranih in pri posameznikih, ki so doživeli določeno obliko nesreč in naravnih katastrof, premalo pa je znanega o tveganjih za PTSM med različnimi vrstami izpostavljenosti travme pri otrocih in mladostnikih. Za ugotovitev dejanske pogostosti pojavljanja PTSM bi bile potrebne obsežnejše, predvsem pa dolgotrajnejše raziskave.

Vsem neprijetnim dogodkom se ni mogoče izogniti. Trik zadovoljnega življenja ni v tem, da se stresu ter travmi izognemo, temveč v tem, da se naučimo, kako se s težavami spoprijeti, kako okrepiti in ojačati telesne in duševne sposobnosti, da nam stres ali travmatična izkušnja ne pride do živega in da ne zbolimo.

8 LITERATURA IN VIRI

Acierno, R., Kilpatrick, D., Resnick, H., Ruggiero, K. in Saunders, B. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol*, 71(4), 692–700.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition. Washington DC: American Psychiatric Press.

Amstadter, A. B., Blumenthal, H., Bunaciu, L., Feldner, M. T., Knapp, A. in Leen-Feldner, E. W. (2013). Offspring psychological and biological correlates of parental posttraumatic stress: review of the literature and research agenda. *Clin Psychol Rev.* 33, 1106–1133.

Anand, S. K. in Dhikav, V. (2012). Hippocampus in health and disease: An overview. *Ann Indian Acad Neurol.* 15(4), 239–246.

Andrew, M. in Bisson, J. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 18(3).

Aničič, K., Hrovat, T., Sušnik, A. in Svetič, T. (2017). *Nasilje nad otroki. Strokovne smernice za delo z otroki, ki doživljajo zanemarjanje ali nasilje.* Društvo za nenasilno komunikacijo. Ljubljana.

Appleyard, K., van Dulmen, M., Egeland, B. in Yates, T. (2002). The long-term consequences of maltreatment in the early years: A developmental pathway model to antisocial behavior. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice.* 5 (4), 249–260.

Brailey, K., Constans, J. in Vasterling, JJ. (1998). Attention and memory dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Neuropsychology.* 12, 125–133.

Bedford, S. (2002). *War and PTSD.* Baltimore.

Bremner, J. D. in Elzinga, B. M. (2002). Are the neural substrates of memory the final common pathway in PTSD? *J Affect Disord.* 70, 1–17.

Bremner, J. D. In Vermetten, E. (2002). Circuits and systems in stress. II. Applications to neurobiology and treatment in posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety.* 16, 14–38.

Bremner, J. D. (2006). Traumatic stress: effects on the brain. *Dialogues Clin Neurosci.* 8(4), 445–461.

Bremner, D. J., Elzinga, B., Scmahl, C. in Vermetten, E. (2011). Structural and functional plasticity of the human brain in posttraumatic stress disorder. *Prog brain res*, 167, 171–186.

Breslau, N., Kessler, R. in Peterson, E. (1998). Post-traumatic stress disorder assessment with a structured interview: reliability and concordance with a standardized clinical interview. 7(3), 121–127.

Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*. Odessa: Psychological Assessment Resources.

Caetano, R., Green, C. E., Jouriles E. N., McDonald, R. in Ramisetty-Mikler, S. (2006). Estimating the number of American children living in partner-violent families. *Journal of Family Psychology*, 20, 137–142.

Cardeña E. in Spiegel D. (1999). New uses of hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry.* 51, 39–43.

Charles, B. N. in Jonathan, E. S. (2011). Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues Clin Neurosci.* 13(3), 263– 278.

Chrestman, R. K., Foa, E. B. in Schectman, G. (2009). *Prolonged exposure therapy for adolescents with PTSD*. Oxford University Press.

Cohen, J. A., Foa, E. B., Friedman, M. J. in Keane, T. M. (2009). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from International Society for Traumatic Stress Studies (2 izd.)*. New York: Guildford Press.

Cohen, J. (2003). Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. *Biol Psychiatry*, 53, 827–833.

Cvetek, R. (2002). *Metoda EMDR in njena učinkovitost pri zmanjšanju anksioznosti, ki jo povzroča priklic nepredelanega spomina*. Neobjavljeno diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Oddelek za psihologijo.

Cvetek, R. (2002). Obravnava disfunkcionalno shranjenih izkušenj z metodo desenzitizacije in ponovne predelave z očesnim gibanjem – EMDR. *Psihološka obzorja*, 11 (3), 55–79.

Cvetek, R. (2009). *Bolečina preteklosti. Trauma, medosebni odnosi, družina in terapija*. Celje: Mohorjeva družba.

Cwik, J., Knuppertz, H., Lebens, M., Sartory, G., Seitz, J. R., Schulze, R. in Schurholt, B. (2013). In Search of the Trauma Memory: A Meta-Analysis of Functional Neuroimaging Studies of Symptom Provocation in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Plos one*. Pridobljeno iz <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0058150>

Dahlitz, M. (2017). *Prefrontal Cortex. Neuroscience*. Pridobljeno iz: <https://www.neuropsychotherapist.com/>

Dernovšek, M. Z., Gorenc, M. in Jeriček, H. (2006). *Ko te stresa stres: kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Dulcan, M., Fisher, P., Lucas, C. in Shaffer, D. (2000). Schwab-Stone ME. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 39(1), 28–38.

Društvo za nenasilno komunikacijo. (2015). *Kaj je nasilje?* Pridobljeno na: <https://www.drustvo-dnk.si/o-nasilju.html>

Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije. (2007). Pridobljeno iz: www.hipnoza-dmhs.si/

Erzar, T. (2007). *Duševne motnje. Psihopatologija v zakonski in družinski terapiji*. Celje: Mohorjeva družba.

Essays, UK. (november 2013). *The Biological Process That Causes Ptsd Psychology Essay*. Pridobljeni iz: <https://www.ukessays.com/essays/psychology/the-biological-process-that-causes-ptsd-psychology-essay.php?cref=1>

Filipčič, K. (2000). Miti o nasilju v družini. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 51, 197–206.

Foa, E. in Johnson, K. (2001). The child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. *J Clin Child Psychol*. 30(3), 376–84.

Foa, E. B. in Mclean, C. P. (2011). Prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder: a review of evidence and dissemination. *Expert Rev Neurother.* 11(8), 1151–63.

Goenjian, A., Pynoos, R. in Steinberg, A. (1995). Psychiatric comorbidity in children of the 1988 earthquake in Armenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 34, 1174–1184.

Gordis, B. E. in Margolin, G. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology,* 51, 445–479.

Harvard Medical School (2017). National Comorbidity Survey (NCS). Pridobljeno na: <https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/index.php>.

Ibbotson, G. (2012). Post-traumatic stress disorder. *Handbook for contemporary clinical hypnosis.* West Sussex: Wiley-Blackwell, 389–412.

Inštitut za integrativno psihoterapijo in svetovanje. (2006). Pridobljeno iz: <http://www.institut-ipsa.si/>

Javidi, H. in Yadollahie, M. (2012). Post-traumatic Stress Disorder. *The international journal of occupational and environmental medicine.*

Kaminer, D., Seedat, S. in Stein, D. (2005). Post-traumatic stress disorder in children. *World Psychiatry,* 4(2), 121–125.

Kos - Mikuš, A. (1994). Psihološke determinante dogajanj, ki sopogujejo trpinčenje otrok in vplivajo na odzive strokovnjakov. V: *Zbornik prispevkov o delovanju strokovnih služb pri preprečevanju zlorab otrok.* Ljubljana: Firis Logatec.

Kosslyn, S. in Rosenberg, R. (2001). *Psychology: the brain, the person, the world.* Univerza v Michinganu.

Krizni center – ženska svetovalnica. (2018). O nasilju nad otroki in mladostniki. Pridobljeno iz: <http://www.drustvo-zenska-svetovalnica.si/o-nasilju-nad-otroki-in-mladostniki>

Lancman, M., Marthur, U. V. in Myers, L. (2017). Prolonged exposure therapy for the treatment of patients diagnosed with psychogenic non-epileptic seizures (PNES) and post-traumatic stress disorder (PTSD). *Epilepsy & Behavior.* 66, 86–92.

Levine, P. A. (2010). *In an Unspoken Voice: How The Body Releases Trauma and Restores Goodness*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.

Management of Post-Traumatic Stress Working Group. (2010). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for The Management of Post-Traumatic Stress*. Washington DC.

Mueller, S. G., Neylan, C. T. in Wang, Z. (2010). Magnetic Resonance Imaging of Hippocampal Subfields in Posttraumatic Stress Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 67(3), 296–303.

Parker, J. G. in Herrera, C. (1996). Interpersonal processes in friendship: A comparison of abused and nonabused children's experiences. *Developmental Psychology*. 32 (6), 1025–1038.

Paska, A. V., Pregelj, P. in Zupanc, T. (2012). Vpletenost epigenetskih mehanizmov v razvoj posttravmatske stresne motnje. *Zdrav vestn*. 81, 246–52.

Pitman, R. K., Sanders, K. M. in Zusman, R. M. (2002). Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biol Psychiatry*. 51, 189–192.

Pitman, R. K., Rauch, S. L. in Shin, L. M. (2006). Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Ann N Y Acad Sci*. 1071, 67–79.

Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti POND. (2015). *Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini*. Zdravniška zbornica Slovenije.

Rauch, S. L., Segal, E. in Shin, L. M. (2003). Selectively reduced regional cortical volumes in post-traumatic stress disorder. *Neuroreport*. 14, 913–916.

Reddemann, L. (2008). *Zdravilna moč domišljije. O obravnavi posledic travm s pomočjo miselnih predstav*. Temza.

Reich, S. JJ. in Taibelson, C. (1991) *Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA)*. St. Louis: Washington University.

Rosenthal, M. (2015). *The Science Behind PTSD Symptoms: How Trauma Changes The Brain*. Psych Central.

Rossi, E. L. (2008). *The new neuroscience of psychotherapy, therapeutic hypnosis & rehabilitation: a creative dialogue with our genes*. Los Osos.

Rotaru, T. S. in Rusu, A. (2015). A Meta-Analysis for the Efficacy of Hypnotherapy in Alleviating PTSD Symptoms. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 64(1), 116–136.

Schiraldi, R. Glenn. (2009). *The Post-Traumatic Stress Disorder Sourcebook: A Guide to Healing, Recovery, and Growth*. The McGraw-Hill Companies.

Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press.

Smoller, J. W. (2016). The Genetics of Stress-Related Disorders: PTSD, Depression, and Anxiety Disorders. *Neuropsychopharmacology*. 41(1), 297–319.

Spiegel, D. (2013). Transformations: hypnosis in brain and body. *Depress Anxiety*. 30, 342–52.

World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva: WHO. Pridobljeno iz http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf?ua=1

Yehuda, R. (2001). Are glucocorticoids responsible for putative hippocampal damage in PTSD? How and when to decide. *Hippocampus*. 11, 85–89.

Yule, W. (2001). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Int Rev Psychiatry*, 13, 194–200.

Zupančič, M. (2004a). Opredelitev razvojnega obdobja in razvojne naloge v mladostništvu. V L. Marjanovič Umek in M. Zupančič (ur.), *Razvojna psihologija* (str. 511–525). Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete.

Ziherl, S. (2015). *Stresne motnje in obvladovanje stresa*. Psihiatrična bolnišnica Begunje. Dostopno prek: <http://www.pb-begunje.si/gradiva/Ziherl1351439582197>

Židan, A. (1994). Značilnosti adolescentnega obdobja. *Teorija in praksa*, 32(3–4), 330–336.