

Terapija sa žrtvama torture: integrativni model i znacaj farmakoterapije

Radomir Samardžić

Sažetak

Farmakoterapija kod pacijenata traumatizovnih torturom do sada nije bila predmet istraživanja, odnosno o tome nema podataka u literaturi. Na osnovu iskustava u terapiji sa žrtvama torture u "Centru za rehabilitaciju žrtava torture – IAN Beograd" uocilo se da za njihovu rehabilitaciju nije dovoljna samo psihosocijalna, pravna i humanitarna pomoc. U cilju dostizanja integrativnog terapijskog pristupa, u terapijske procedure ukljucena je i farmakoterapija. U radu je prikazan pregled propisanih lekova u IAN-u za period od šest meseci kod 429 pacijenata. Najzastupljeniji psihofarmaci bili su antidepresivi (26.8%), zatim anksiolitici i hipnotici (25.4%), a najmanje su propisivani antipsihotici (4.2%). Kompleksnost sekvela sindroma torture potvrđuje i visoka zastupljenost lekova koji su propisivani za somatske poremećaje, kardiovaskularne (21.2%) i reumatske (10.5%). U zaključku se može reci da je farmakoterapija kod žrtava torture neophodan deo integrativnog terapijskog pristupa i da su se uloženi napori da se ona realizuje u našem Centru, pokazali opravdanim.

POSLEDICE RATA NA PROSTORIMA PRETHODNE JUGOSLAVIJE

Rat na prostoru prethodne Jugoslavije od 1991. godine imao je karakteristike građanskog, verskog i etnickog. Otpočeo je prvo u Sloveniji, zatim se proširio na Hrvatsku, Bosnu i Hercegovinu i 1999. godine na Kosovo i Metohiju. Njegova tragedija se ogledala u činjenici da su vekovima na ovom prostoru razni narodi živeli zajedno i zasnovali više od dva miliona mešovitih brakova. Ogroman priliv izbeglica koji su preživeli uništavanje svojih domova, smrt ili ranjavanje bliskih osoba, ili sami bili ranjavani, izmuceni gladu, strahom i neizvesnošću, doveo je do naglog porasta reaktivnih stresnih psihickih poremećaja. Dugotrajan rat i pogoršanje ekonomske situacije doveli su do teških poremećaja mentalnog zdravlja ne samo izbeglica, već i celokupne populacije (Kalicanin, Bukelic, Išpanovic-Radojkovic & Lecic-Toševski, 1994).

Po podacima Svetske Zdravstvene Organizacije iz 1994. godine, broj izbeglica, raseljenih lica i onih koji žive u ratnoj zoni iznosio je 4 miliona, a zbog ratnih poststresnih sindroma bilo je ozbiljno ugroženo mentalno zdravlje 800.000 ljudi u meri da im je potrebna hitna psihijatrijska i psihosocijalna pomoc.

Smatra se da sada u Srbiji, odnosno Srbiji i Crnoj Gori, ima preko 700.000 hiljada izbeglica i preko 200.000 privremeno raseljenih sa prostora Kosova i Metohije.

Po svireposti, brutalnosti, bestijalnosti, necuvenim torturama, patnji i stradanju civila i dece, pustošenjima u ratnim zonama, rat na prostorima prethodne Jugoslavije predstavlja paradigmu traumatskog iskustva. Ove traume cine endemsko žarište posttraumatskih poremećaja cije ce žrtve dugo posle rata iziskivati psihijatrijsku pomoc zbog teških posledica u vidu psiholoških, psihosomatskih i psihosocijalnih poremećaja kod onih koji su ih proživeli (Jovanovic i sar., 1996; Samardžic, Mandic-Gajic, Alacov & Bosic 1998).

Nagomilavanju ratnih stresora doprinelo je bombardovanje od strane NATO pakta, u prolece 1999. godine. Posledice ovih stresova kod mnogih ljudi u ovoj zemlji traju i danas.

TRAGICNE POSLEDICE ISKUSTVA ZAROBLJENIŠTVA I TORTURE

Specificnosti građanskog rata u prethodnoj Jugoslaviji su ovaj sukob unekoliko izdvojile od ratova u skorijoj istoriji. Između ostalog, kombinacija frontovskog i građanskog ratovanja, masovna etnicka čišćenja i progoni stanovništva druge nacionalnosti su obeležila traumatska iskustva preživelih. Veliki broj civila je preživeo i neku vrstu iskustva logora, bez obzira da li je u pitanju bio civilni zatvor, vojni logor, ili čak i "privatni logor". Tretman ratnih zarobljenika i civila bio je gotovo istovetan. Jedini cilj psihofizicke torture kojoj su bili izloženi i civilni i ratnici, bio je slamanje tela i duha zatvorenika, pripadnika drugih

nacija. To je odredilo i vrstu torture kojoj su bili izloženi zatvorenici (Ilic, Jovic & Lecic-Toševski, 1998).

Zarobljeništvo u logorima predstavlja jedno od najtežih traumatskih iskustava, koji značajno deluju na psihicko i telesno zdravlje žrtava. Pretpostavlja se da u Srbiji danas živi nekoliko hiljada ljudi koji su bili zatvoreni u nekom od logora u Bosni i Hrvatskoj. Logoraši su živeli u ekstremno teškim uslovima, bili su korišćeni kao živi štitovi i podvrgavani torturi, fizickoj i psihickoj. Vecina od njih je pod rizikom da razvije stresne poremećaje. I ne samo oni, nego i njihove porodice, zbog poznatog negativnog uticaja osobe koja ima psihijatrijski poremećaj na njenu okolinu.

Naša ranija istraživanja pokazala su da je 30% izbeglica manifestovalo znake hronicnog posttraumatskog stresa, kao i 70% logoraša koji su bili podvrgnuti torturi. Pored toga, 11% studenata koje smo ispitivali imalo je pokazatelje posttraumatskog stresa godinu dana posle bombardovanja (Lecic-Toševski, 2002).

PSIHOTERAPIJA PSIHICKIH POREMEĆAJA IZAZVANIH TORTUROM

Kod velikog broja klijenata koji su se javljali za pomoc u Centar za rehabilitaciju žrtava torture – IAN Beograd registrovane su sekvele torture ili traume koje su preživeli, u vidu razlicitih psihopatoloških sindroma, a najčešće posttraumatskog stresnog poremećaja.

Iskustvo torture cesto dovodi do mnogih mentalnih zdravstvenih problema kao što su anksioznost, strah, paranoja i sumnjicavost, tuga, osećanje krivice, ocajanje, beznadežnost, povlacenje, depresija, somatizacija, zloupotreba psihoaktivnih supstanci i alkoholizam, bes i neprijateljstvo. Uz navedene psihijatrijske simptome, takode postoje problemi na poslu, u porodici i bracnom funkcionisanju.

Psihosocijalna rehabilitacija žrtava torture podrazumeva integrativni terapijski pristup kombinacijom razlicitih vrsta psihoterapijskih tehnika, farmakoterapije i psihosocijalne podrške.

Psihoterapija sa žrtvama torture može da se odvija primenom razlicitih vrsta metoda i tehnika a u literaturi se opisuju, kognitivno-bihejvioralne (Basoglu, 1992), metod svedocenja (Cienfuegos & Monelli 1983), psihodinamske i psihoanaliticke tehnike sa naglaskom na suportivne i eksplorativne tehnike (Herman, 1992). U praksi su se, u razlicitim centrima, razvile razlicite metode, kombinacijom kognitivnih i psihodinamskih tehnika posebno adaptiranih za preživle žrtve torture. Mnoge od ovih tehnika su razvijene na osnovu iskustava u tretmanu razlicitih formi posttraumatskih stanja nastalih nakon kriminalnih akata ili prirodnih nesreca (Horowitz, 1988; McCann, 1990).

Otkrivanje traumatskog iskustva je suština terapijskog pristupa nezavisno od tehnika koje se primenjuju. Značajno je, medutim, voditi racuna o kolicini traumatskog sadržaja koji se otkriva tokom jedne seanse jer isti može da preplavi klijenta. U terapiji su cesto važniji drugi aspekti nego što je sam sadržaj traumatskog iskustva torture. Rad na ucvršćenju terapijskog odnosa sa klijentom i stvaranju dobre terapijske alijanse cesto je

znacajni faktor u terapiji, nego sadržaj koji se razmatra ili interpretacija odnosno klarifikacija.

Terapija sa žrtvama torture je teška i daje ograničene rezultate u prvom redu zato što je kod njih uništeno "osnovno poverenje" i njihova nesposobnost da iskažu i opišu traumatsku situaciju. Žrtve torture blokiraju i potiskuju traumatsko iskustvo koje ih preplavljuje, psihološkim mehanizmima "zatvaranja", "afektivne anestezije", "psihickim utrnucem", i "psihickomsrću" a ovi mehanizmi znacajno remete terapijski kontekst.

Drugi problemi proisticu iz tendencije klijenata da retroaktivno idealizuju detinjstvo, osecanja krivice zato što su preživeli, kontinuirane agresije koja je posledica rigidnog, politicki ili religijski orijentisanog superega.

Žrtve torture se mogu identifikovati sa muciteljima, traumatskim vezivanjem, u nameri da ocuvaju razoreni identitet. Ovaj tip "zavisnosti od mržnje" može da stvori novo osecanje krivice koje ih još više distancira od drugih ljudi zbog straha od želje za odmazdom i osvetom. Terapeut treba da bude svestan ovakvog nacina emocionalnog vezivanja i da zna da se od njega zaštiti jer isti nosi puno konfliktnih potencijala. To se postiže tako što terapeut treba da bude snažan i precizan, da zna da stvori granice, da ima takta kada odbacuje klijentovu idealizaciju ili kada prihvata mržnjom ispunjeno odbacivanje. Treba favorizovati suportivne tehnike koje imaju za cilj da reorganizuju dinamske snage kroz iskustvo, pre nego kroz uvid. Terapijski pristup treba da ponudi nešto što klijentu nedostaje. Tradicionalni analiticki pristup koji se karakteriše objektivnošću, strpljenjem i tolerancijom treba dopuniti i pristupom koji podrazumeva da se sa klijentom traži novi smisao egzistencije.

Kod nekih klijenata je efikasna kratkotrajna terapija koja koristi abreakciju i manipulativne tehnike. Ove tehnike mogu da dovedu do brzog oslobadanja od simptoma posebno kod onih klijenata koji imaju zdravu licnost. Kod teže traumatizovanih, medutim, mogu postojati takva oštećenja u strukturi licnosti da je potrebna dugotrajna psihoterapija koja može samo delimicno da popravi funkcionisanje (Elsass, 1997).

Centar za rehabilitaciju žrtava torture, u okviru Medunarodne mreže pomoci (IAN) poceo je sa radom u septembru 2000. godine u Beogradu, sa ciljem pružanja besplatne psihijatrijske, psihološke, medicinske i pravne pomoci ljudima koji su preživeli torturu vezanu za rat, žrtvama civilne i politicke torture i nasilja, clanovima porodice žrtava torture i ljudima traumatizovanim NATO bombardovanjem.

U Centru se primenjuju razlicite vrste tehnika u okviru individualne i grupne psihoterapije. Vrsta terapijskih tehnika koje se primenjuju zavise od obrazovanja i sklonosti terapeuta kao i od uslova koji zavise od karakteristika klijenata i njihove psihopatologije.

Vecina terapeuta ima adekvatno obrazovanje i edukaciju iz psihoterapijskih tehnika koje primenjuju, a dodatnu edukaciju iz kognitivno-bihejvioralne tehnike EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing), koja je vršena u IAN-u, pohadao je veci broj terapeuta iz Centra.

FARMAKOTERAPIJA POREMECAJA IZAZVANIH TORTUROM

Do sada nije bilo studija u kojima su ispitivane kvalitativne i kvantitativne razlike između psiholoških efekata izazvanih torturom i onih izazvanih drugim traumatskim iskustvima.

Raspravljajući o dijagnostičkim definicijama psihopatoloških reakcija izazvanih traumom nekoliko terapeuta pokušalo je, na osnovu sopstvenog kliničkog iskustva, da definiše i identifikuje "sindrom torture" ali u tome nisu uspeli (Goldfeld, Mollica & Pesavento, 1988; Hougen, 1988; Kosteljanetz & Aalund, 1983).

Drugi su tvrdili da se slične reakcije i dugotrajne sekvele mogu pojaviti kao posledica rata, silovanja, kidnapovanja, iskustava iz logora, incesta (Horowitz, 1986; van der Kolk, 1987). Tortura se, međutim, može razlikovati od drugih teških traumatskih iskustava zato što predstavlja ekstremnu formu nasilja, kako fizičkog tako i mentalnog, koje ima specifičan sociopolitički kontekst i najčešće jasan politički cilj. Tortura se razlikuje od Holokausta kako po značenju, tako i po smislu. Tortura je usmerena na individue i grupe, sa specifičnom namerom izazivanja povreda, prinudnog priznanja i uništavanja političke volje, i to često kada nema rata. Holokaust je imao za cilj da izazove kolektivnu traumu i uništenje, dok se tortura odnosi uglavnom na individualno proganjanje i pritisak koji ima politički kontekst (Somnier & Genefke, 1986).

Iako je posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) najčešća posledica torture mnogi se slažu da je insuficijentan za definisanje njenih sekvela. Dijagnoza PTSP ne uključuje sindrome torture koji dovode do trajne promene ličnosti zato što isključuje promene identiteta i ličnosti kao kriterijumske odredbe (Reeler, 1994; Turner & Gorst, 1993).

Da bi proširili PTSP dijagnozu i obuhvatili žrtve ekstremnih trauma kao što su one izazvane torturom, Herman i Lansen predložili su dijagnostički entitet "Kompleksni PTSP sindrom". Ovaj entitet se karakteriše hroničnošću simptoma, pridruženom depresijom, teškom regresijom afekta, anhedonijom i aleksitimijom, sklonošću novoj traumatizaciji (Lensen, 1993).

Bez obzira na konceptualni model, ciljevi farmakoterapije kod PTSP, odnosno kod klijenata koji su preživeli torturu su isti:

- smanjenje simptoma nametanja i težnje da se stimuli interpretiraju kao vraćanje traume;
- smanjenje ponašanja izbegavanja i simptoma otupljenosti i distanciranosti, uz tendenciju da se popravi raspoloženje;
- smanjenje fizičke i toničke razdražljivosti u odgovoru na podsetnike traume;
- smanjenje impulsivnosti i psihotičnih ili disocijativnih simptoma, ukoliko isti postoje (Davidson & van der Kolk BA, 1996).

U ovu svrhu se koriste različite grupe lekova ciji ce karakteristike ukratko biti prikazane.

Inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina - SSRI (*sertralin, fluoksetin, paroksetin, fluvoksamin*)

SSRI se mogu preporučiti kao lekovi izbora za PTSP. Oni redukuju simptome PTSP i dovode do opšteg poboljšanja i istovremeno su efikasni protiv komorbidnih poremećaja i pridruženih simptoma (van der Kolk, Dreyfuss & Michaels, 1994). Ovi lekovi imaju manje neželjenih efekata od drugih antidepresiva ali mogu da izazovu insomniju, agitaciju, gastrointestinalne simptome i seksualnu disfunkciju. Pokazano je da je efikasnost kod ratnih veterana teže interpretirati jer su se studije radene na ispitanicima koji su imali teške hronicne forme ovog poremećaja (Brady 1997; Brady, Sonne & Roberts 1995). U studijama sa civilima koji su imali PTSP, medutim, pokazana je efikasnost kako fluoksetina (Connor, Sutherland & Tupler, 1999; Malik, Connor & Sutherland, 1999), tako i fluvoksamina (Marmar, Schoenfeld & Weiss 1996).

Inhibitori monoaminooksidaze- IMAO (*fenelzin, moklobemid*)

Pokazali su efikasnost u opštem poboljšanju, zatim za intruzivne, a nešto manje za simptome izbegavanja, ali nisu ekstenzivno ispitivani. U tri placebo-kontrolisane studije ispitivana je efikasnost fenelzina (15-75 mg/dnevno) kod veterana rata sa PTSP i nadena je znacajna efikasnost u odnosu na placebo (Kosten, Frank & Dan, 1991). U studiji u kojoj je ispitivana efikasnost moklobemida kod 20 pacijenata sa PTSP, kod 11 pacijenata više nije bilo simptoma (Neal, Shapland & Fox 1997). Ogranicenje u primeni je povezano sa restrikcijom u dijeti, a takode su kontraindikovani kod pacijenata koji su skloni zloupotrebi alkohola ili drugih psihoaktivnih supstanci. Takode je neophodno pracenje kardiovaskularnih, hepatotoksicnih i drugih neželjenih efekata.

Triciklicni antidepresivi - TCA (*imipramin, amitriptilin, dezipramin*)

U dve studije, sa veteranima Drugog svetskog rata i Vijetnamskog rata, ispitivani su amitriptilin (50-300 mg/dnevno), kod prvih, i imipramin (50-300 mg/dnevno), kod drugih, i kod oba je nadena znacajna redukcija simptoma u odnosu na placebo, ali nešto više kod primene imipramina (Davidson, Kudler & Smith, 1990). Ovi lekovi imaju slican opseg dejstva kao IMAO (smanjivanje simptoma nametanja i opšte poboljšanje) ali su manje delotvorni. Uz to imaju i više ozbiljnih neželjenih dejstava; mogu dovesti do hipotenzije, srcane aritmije, antiholinergickih efekata i sedacije.

Antiadrenergicki lekovi (*klonidin, gvanfacin, propranolol*)

Ovi lekovi smanjuju simptome povišene razdražljivosti, intruzije, a moguće i simptome disocijacije, mada efikasnost ovih lekova nije proveravana u kliničkim istraživanjima. U celini, oni su dosta sigurni, mada rutinski treba pratiti krvni pritisak i puls, naročito kod onih koji imaju nizak pritisak ili uzimaju antihipertenzivne lekove. Propranolol može, nekada, da izazove depresivne simptome i psihomotorno usporenje.

Antikonvulzivi (*karbamazepin, valproat*)

Oba ova leka mogu da budu efikasna u smanjenju simptoma povišene razdražljivosti, simptoma intruzije (samo *karbamazepin*) i simptoma izbegavanja (samo *valproat*). Ispitivani su u više otvorenih kliničkih ali ne i randomizovanih studija. Oba leka su se pokazali efikasnim za bipolarni afektivni poremećaj i mogu da izazovu značajne neželjene efekte, naročito *karbamazepin* (Davidson, 1992).

Benzodiazepini (*alprazolam, klonazepam*)

Kod pacijenata koji su jako anksiozni, razdražljivi, imaju nesanicu i vegetativno nestabilni, ovi lekovi su logičan izbor mada je jako malo podataka o tome. U jednoj randomizovanoj, duplo slepoj, studiji u kojoj su poredeni alprazolam i placebo, kod 10 Izraelaca, ratnih veterana i žrtava terorizma, pokazano je da alprazolam redukuje simptome anksioznosti više od placeba ali u umerenom stepenu (Braun, Greenberg & Dasberg, 1990). Prekid terapije sa kratko delujućim benzodiazepinima može dovesti do apstinencijalnih smetnji zato se preporučuje upotreba benzodiazepina sa dužim dejstvom, kao što je klonazepam (Davidson 1997). Potrebna je opreznost u propisivanju ovih lekova pacijentima koji zloupotrebljavaju ili su zavisni od alkohola, ili su to ranije činili.

Antipsihotici (*tioridazin, klozapin, risperidon*)

Ovi se lekovi takode ne preporučuju za terapiju PTSP jer je jako malo publikovanih informacija o njihovoj efikasnosti. Mogu se preporučiti samo kod pacijenata otpornih na lekove iz prve ili druge linije a ispoljavaju ekstremnu hipervigilnost, paranoidne simptome, agitaciju ili psihozu. Ovi lekovi imaju i dosta neželjenih efekata od kojih su neki ozbiljni.

PREGLED PRIMENJENE FARMAKOTERAPIJE KOD KLIJENATA IAN-A

Da bi se realizovao integrativni terapijski model za žrtve torture, klijente koji su tražili pomoć u našem Centru, neophodno je bilo omogućiti i farmakoterapiju. Uz dodatne napore i pomoć Danske humanitarne organizacije, O.A.K. Centra iz Kopenhagena, od juna 2001 godine, naši klijenti su poceli da dobijaju i farma koterapiju.

Poznato je da teške traume a posebno one izazvane torturom ostavljaju i trajne neurobiološke promene. Ove promene se mogu ispoljiti kroz depresivne i anksiozne simptome ali i kroz somatoformne reakcije kao i kroz razlicite somatske simptome i poremećaje, što je posledica poremećaja imunološkog odbrambenog sistema.

U cilju pružanja medicinske pomoći IAN je otvorio ambulantu "Median" u kojoj se vrše besplatni, opšti internistički i neurološki pregledi. Do juna 2002 godine, među pregledanim klijentima bila je zastupljena polimorfna patologija. Najviše je bilo onih sa hipertenzijom i srčanim tegobama (31%), zatim sa reumatskim tegobama (27%), oboljenjima gastrointestinalnog trakta (17%) i opstruktivnim bolestima pluća (11%) (Jovic, 2002).

U tabeli 1. su prikazani najčešće propisivani lekovi, u ambulanti "Median" i u "Centru za rehabilitaciju žrtava torture", kod 429 klijenata za period od 1.8.2001 do 8.2.2002. godine.

Tabela 1. Pregled propisanih lekova u IAN-u za period 1.8.2001 – 8.2.2002

Vrsta leka	Broj klijenata	%
Antidepresivni lekovi	115	26.8
<i>Amitriptilin</i>	16	3.7
<i>Maprotilin</i>	44	10.3
<i>Mianserin</i>	36	8.4
<i>Fluoksetin</i>	16	3.7
<i>Sertralin</i>	3	0.7
Anksiolitici i hipnotici	109	25.4
<i>Diazepam</i>	68	15.9
<i>Bromazepam</i>	24	5.6
<i>Prazepam</i>	6	1.4
<i>Lorazepam</i>	4	0.9
<i>Brotizolam</i>	7	1.6

Antipsihotici (<i>Haloperidol, Tioridazin</i>)	11	4.2
Lekovi za kardiovaskularne bolesti	91	21.2
Lekovi za plucne bolesti	23	5.4
Antireumatici	45	10.5
Lekovi za gastrointestinalne bolesti	28	6.5
Ukupno	429	100

Iz tabele se vidi da su najviše propisivani lekovi iz grupe antidepresiva (26.8%), zatim anksiolitici i hipnotici (25.4%) a odmah posle njih lekovi za kardiovaskularne bolesti (21.2%) i antireumatici (10.5%), što potvrđuje kompleksnost sekvela sindroma torture sa posledicama na psihicko i somatsko zdravlje njenih žrtava.

DISKUSIJA

Rat na prostorima prethodne Jugoslavije tokom poslednje decenije dvadesetog veka predstavlja paradigmu traumatskog iskustva. Više stotina ljudi koji su preživeli traume rata tražilo je pomoc u Centru za psihosocijalnu rehabilitaciju IAN.

Od pocetka rada Centra klijentima je uglavnom pružana psihološka, psihosocijalna, pravna i medicinska pomoc. Konceptija integrativnog terapijskog modela ubrzo se pokazala deficitarnom zbog toga što se nije primenjivala farmakoterapija. Zahvaljujuci pomoci Danske humanitarne organizacije O.A.K. farmakoterapija je ukljucena i model integrativne terapije poceo je da se primenjuje.

U pregledu farmakoterapije sa klijentima IAN-a vidi se da su zastupljene razlicite grupe lekova. Najviše ih je iz grupe psihofarmaka a medu njima antidepresiva i anksiolitika. Antipsihotici su propisani za 11 (4.2%) klijenata i to, uglavnom, haloperidol i tioridazin što ukazuje da je bilo malo psihotičnih poremećaja kod naših klijenata.

Interesantna je i cinjenica da je za dosta mali broj klijenata propisivan hipnotik; lendormin je propisan samo za 7 (1.6%) klijenata. Verovatno je poremećaj spavanja mogao da se reguliše ostalim psihofarmacima. Moguce je i da je i poremećaj spavanja bio manje izražen obzirom na vreme koje je proteklo od traumatskog iskustva. Za ovakvu vrstu zakljucivanja nedostaju empirijski podaci i evaluacija karakteristika klinicke slike posttraumatskih sindroma što nije cilj ovoga rada.

Odmah posle psihofarmaka, visoko su zastupljeni lekovi za kardiovaskularne i reumatske a nešto manje i oni za gastrointestinalne bolesti.

Na osnovu navedene zastupljenosti propisivanih lekova može se zaključiti da kod naših klijenta dominiraju mentalni poremećaji ali da postoje i somatska oboljenja koja su najverovatnije posledica istog etiološkog faktora odnosno traumatskog iskustva.

U ovom radu se daje deskriptivna analiza farmakoterapije koju su dobijali klijenti Centra za rehabilitaciju žrtava torture. Na osnovu broja klijenata koji su dobijali farmakoterapiju može se zaključiti da su sekvele traumatskog iskustva torture značajne i da obuhvataju i mentalno i somatsko zdravlje klijenata. Opređenjenje za psihofarmake koji su propisivani proisticalo je u velikoj meri i na osnovu stanja na tržištu lekova koje je, takode, dugo godina bilo pogodeno ekonomskim sankcijama i posledicnim deficitom izbora i nabavke lekova.

U literaturi nema podataka o istraživanjima uticaja farmakoterapije na iskustvo torture a farmakološke studije se uglavnom odnose na PTSP. Na osnovu klinickog iskustva uocili smo da je farmakoterapija sa klijentima koji su preživeli torturu dala pozitivne efekte u vidu brže redukcije simptoma sekvela torture. Validni zaključci o efektima farmakoterapije kod žrtva torture mogli bi se dati tek na osnovu adekvatnog empirijskog istraživanja što je, teže izvodivo u uslovima ograničenja koje s sobom nosi rad sa ovakvom vrstom pružanja pomoci.

ZAKLJUČAK

Sve je više podataka o trajnim psihološkim, psihosocijalnim i neurobiološkim promenama koje nastaju kao posledica teških traumatskih iskustava posebno onih izazvanih torturom. U ovom radu su opisani neki aspekti terapije sa žrtvama torture u "Centru za rehabilitaciju žrtava torture – IAN Beograd", a naglašen je značaj farmakoterapije kao sastavnog dela integrativnog terapijskog pristupa. Pregled lekova koji su propisani u toku jednogodišnjeg perioda, pokazuje da su od psihofarmaka najzastupljeniji bili antidepresivi, a zatim anksiolitici, antipsihotici i hipnotici. Visoka zastupljenost propisanih lekova za somatske bolesti ukazuje na kompleksnost posledica torture i opravdanost napora da se u CRŽT IAN, pored ostalih terapijskih procedura, realizuje i farmakoterapija.

LITERATURA

- Basoglu, M. (1992) Behavioral and cognitive approach in the treatment of torture related psychological problems. In: Basoglu, M., (Ed.) *Torture and its consequences: Current treatment approaches*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Brady, K.T. (1997) Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry* **58** (suppl 9), 12-15.
- Brady, K.T., Sonne, S.C. and Roberts, J.M. (1995) Sertraline treatment of comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence. *Journal of Clinical Psychiatry* **56**, 502-505.
- Braun, P., Greenberg, D. and Dasberg, H. (1990) Core symptom of posttraumatic stress disorder unimproved by alprazolam treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* **51**, 236-238.
- Cienfuegos, A. and Monelli C. (1983) The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry* **53**, 43-51.
- Connor, K.M., Sutherland, S.M. and Tupler L A (1999) Fluoxetine in post-traumatic stress disorder: randomised, double blind study. *British Journal of Psychiatry* **175**, 17-22.
- Davidson, J.R.T. (1992) Drug therapy of posttraumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry* **160**, 309-314.
- Davidson, J.R.T. (1997) Biological therapies for posttraumatic stress disorder: an overview. *Journal of Clinical Psychiatry* **58** (suppl 9), 29-32.
- Davidson, J.R.T., Kudler, H. and Smith, R. (1990) Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. *Archives of General Psychiatry* **47**, 259-266.
- Davidson, J.R.T. and van der Kolk, B.A. (1996) The psychopharmacological treatment of posttraumatic stress disorder. In: van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C. and Weisaeth, L., (Eds.) *Traumatic Stress - The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*, pp. 510-524. New York: Guilford Press.
- Elsass, P. (1997) Treating victims of torture and violence: Theoretical, cross-cultural, and clinical implications. New York: University Press.
- Goldfeld, A.E., Mollica, R.E. and Pesavento, B.H. (1988) The physical and psychological sequelae of torture: Symptomatology and diagnosis. *Journal of the American Medical Association* **259**, 2725-2729.
- Herman, J.I. (1992) Trauma and recovery: The aftermath of violence - From domestic abuse to political terror. New York: Basic Books.
- Horowitz, M.J. (1986) Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital and Community Psychiatry* **37**, 241-249.
- Horowitz, M.J. (1988) Introduction of psychodynamics: A new synthesis. New York: Routledge.
- Hougen, H.P. (1988) Physical and psychological sequelae of torture: A controlled clinical study of exiled asylum applicants. *Forensic Science International* **39**, 5-11.
- Ilic, Z., Jovic, V. and Lecic-Tosevski, D. (1998) Posttraumatic stress in war prisoners. *Psihijatrija Danas* **30** (1):73-97.
- Jovanovic, A., Pejovic, M., Marinkovic, J., Dunjic, D., Aleksandric, B. and Nad, I. (1996) Uticaj socioekonomskih faktora na nivo opsteg životnog funkcionisanja obolelih od posttraumatskog stresnog poremećaja. *Engrami* **18**, 47-54.

- Jovic, V. (2002) Novine u organizaciji Centra i tipovima pomoci koja se pruža klijentima. *Bilten CRŽT* 9-10.
- Kalicanin, P., Bukelic, J., Išpanovic-Radojkovic, V. and Lecic-Toševski D. (1994) Stresovi Rata [The Stresses of War]. Beograd: Institut za mentalno zdravlje.
- Kosteljanetz, A. and Aalund, O. (1983) Torture: A challenge to medical science. *Interdisciplinary Science Reviews* 8, 320-327.
- Kosten, T.R., Frank, J.B. and Dan, E. (1991) Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder using phenelzine or imipramine. *Journal of Nervous and Mental Disease* 179, 366-370.
- Lansen, J. (1993) Vicarious traumatization in therapists treating victims of torture and persecution. *Torture* 3, 138-140.
- Lecic-Toševski, D. (2002) Centar za pomoc žrtvama torture - I.A.N. [Center for Rehabilitation of Torture Victims - I.A.N.]. *Bilten CRŽT* 1, 3-4.
- Malik, M.L., Connor, K.M. and Sutherland, S.M. (1999) Quality of life and posttraumatic stress disorder: a pilot study assessing changes in SF-36 scores before and after treatment in a placebo-controlled trial of fluoxetine. *Journal of Traumatic Stress* 12, 387-393.
- Marmar, C.R., Schoenfeld, F. and Weiss, D.S. (1996) Open trial of fluvoxamine treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 57 (suppl 8), 66-70.
- McCann, I.L. and Pearlman L A (1990) Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation. New York: Bruner/Mazel.
- Neal, L.A., Shapland, W. and Fox, C. (1997) An open trial of moclobemide in the treatment of post-traumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology* 12, 231-237.
- Reeler, A.P. (1994) Is torture a posttraumatic stress disorder. *Torture* 4, 59-63.
- Samardžić, R., Mandić-Gajić, G., Alacov, T. and Bosic, B. (1998) Uloga Dnevne bolnice u psihosocijalnoj rehabilitaciji bolesnika sa ratnim psihotraumama. *Vojnosanitetski Pregled* 55, 385-390.
- Somnier, E. and Genefke, I. (1986) Psychotherapy for victims of torture. *British Journal of Psychiatry* 149, 323-329.
- Turner, S.W. and Gorst, U.C. (1993) Psychological sequelae of torture. In: Wilson, J.P. and Raphael, B., (Eds.) *International handbook of traumatic stress syndromes*, pp. 703-714. New York: Plenum press.
- van der Kolk, B.A. (1987) Psychological Trauma. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- van der Kolk, B.A., Dreyfuss, D. and Michaels, M. (1994) Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 55, 517-522.
- World Health Organization (1994) WHO interventions in psychosocial rehabilitation and mental health in the countries of former Yugoslavia. In: WHO, (Ed.) *Rehabilitation of War Victims*, Geneva: WHO Regional Office for Europe, Mental Health Unit.