

UTJECAJ POJEDINIH SIMPTOMA POSTTRAUMATSKOGA STRESNOG POREMEĆAJA I INTENZITETA KLINIČKE SLIKE NA RADNU SPOSOBNOST OBOLJELIH

IMPACT OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER SYMPTOMS AND THEIR INTENSITY ON PATIENTS WORKING ABILITY

SANDA ANTON, NIKOLA MANDIĆ, DAVOR LAUFER*

Deskriptori: Posttraumatski stresni poremećaji – dijagnostika; Ocjena radne sposobnosti

Sažetak. Nakon Domovinskog rata na području Republike Hrvatske velik broj ljudi boluje od posttraumatskoga stresnog poremećaja (PTSP-a). Cilj istraživanja bilo je ispitivanje utjecaja pojedinih simptoma i intenziteta kliničke slike PTSP-a na radnu sposobnost oboljelih. Ispitivane su dvije skupine od po 80 osoba oboljelih od PTSP-a bolnički liječenih u Psihijatrijskoj klinici Kliničke bolnice Osijek. Ispitanici su u jednoj skupini bili mišljenjem psihijatra procijenjeni radno sposobnima, a u drugoj skupini radno nesposobnima. U istraživanju se rabila ICD-10 klasifikacija za postavljanje dijagnoze PTSP-a, samoocjenjska ljestvica za procjenu jačine simptoma PTSP-a, Kratka psihijatrijska ocjenska ljestvica (BPRS) za procjenu psihičkog profila te povijesti bolesti. Podatci su statistički obrađeni programskim paketom SAS. Rezultati pokazuju da radni status ovisi o vrijednostima dobivenim na Kratkoj psihijatrijskoj ocjenskoj ljestvici (BPRS) te o samoprocjeni jačine simptoma posttraumatskoga stresnog poremećaja. Radna nesposobnost oboljelih od PTSP-a povezana je s ranijim nastupom prvih simptoma PTSP-a, učestalijim ustrajnim prisjećanjem na stresor putem živih sjećanja te jače izraženim simptomima (težom kliničkom slikom). Jačina izraženih simptoma statistički značajnije utječe na radnu sposobnost od izražavanja pojedinih simptoma PTSP-a, a broj proživljenih stresora tijekom rata (preko razvoja teže kliničke slike PTSP-a) ima veći neizravan utjecaj na radnu sposobnost nego karakteristike i trajanje stresora.

Descriptors: Stress disorders, post-traumatic – diagnosis; Disability evaluation

Summary. After the war in Croatia, many people are suffering from posttraumatic stress disorder (PTSD). The aim of this research was to analyse the impact of symptoms of PTSD and their intensity on working ability of those patients. Two groups of patients with PTSD hospitalized at Psychiatric Department of Osijek Clinical Hospital were interviewed. The first one consisted of 80 patients who were (by psychiatrist) estimated as able to work, and the second of 80 patients who were estimated as unable to work. In this research we used ICD-10 classification for diagnosis of PTSD, self-estimate scale for evaluation of intensity of symptoms of PTSD, Brief psychiatric rating scale (BPRS) and medical files. Data were statistically arranged by SAS. Working status is correlated to values on Brief psychiatric rating scale (BPRS) and self-estimate scale for evaluation of symptoms intensity of PTSD. Work disability was statistically significantly correlated to: earlier appearance of symptoms of PTSD, more frequent reminding of stressor by live memories, and symptoms intensity. The intensity of symptoms was statistically more significantly correlated to work ability than their form, and the number of stressors lived through the war (through more severe illness) had more influence on work ability than characteristics or durability of a stressor.

Liječ Vjesn 2004;126:11–17

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) definiran je u Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)¹ i u International Classification of Diseases (ICD-10),² ali kliničke su slike tog poremećaja različite, bilo da je riječ o akutnom, subakutnom, kroničnom, fluktuirajućem ili zakasnelom obliku. Afektivne, kognitivne, fiziološke teškoće te promjene ponašanja nakon traumatskog događaja mogu se pojaviti u blagom, umjerenom i vrlo jakom obliku.

Psihička simptomatika

Izmjena između nametnutih i izbjegvanih simptoma (bifazična kvaliteta odgovora na traumu) osnova je definicije PTSP-a.^{3–8} Fenomenološka obilježja PTSP-a posljedica su poremećaja afektivne regulacije, impulzivne kontrole, testiranja stvarnosti, međuljudskih odnosa i self-integracije.^{9–11}

Većina ljudi nakon izloženosti djelovanju stresora biva sposobna nastaviti život bez razvijanja PTSP-a.¹⁰ Međutim, neki ljudi postaju preokupirani događajem. Razvojem poremećaja počinje razvijanje specifičnih obrazaca ponašanja uz izbjegavanje i pojačanu pobudnost uz početak organiziranja života oko traume, što ih i razlikuje od osoba bez ovog poremećaja. U velikom broju slučajeva poremećaj počinje nekoliko sati ili dana nakon traumatskog događaja, ali u nekih osoba nastupa

mjesecima ili godinama kasnije. Bolesnici su okupirani ponavljanim snovima, noćnim morama i nametljivim asocijacijama iz područja proživljene traume.¹² Nisu sposobni usmjeriti pozornost i energiju u očekivane životne aktivnosti niti potisnuti nailazeće asocijacije i sadržaje. Gotovo svi bolesnici imaju pretjeranu pobudnost vegetativnog sustava i teškoće sa spavanjem.¹³

Neki postaju disocirani i zapadaju u stanja odsutnosti i nepovezanosti tijekom nekoliko minuta, sati ili dana. Osjećaj skučenosti i siromaštva u odgovorima, obamrlost i smanjenu osjetljivost bolesnici doživljavaju kao vlastitu promjenu u odnosu na stanje prije traume. Osjećaju da se otuđuju i gube sposobnost za zajedničke aktivnosti. Nesposobnost osjećanja katkad može ići do gubitka svih emocija pa i gubitka seksualnih želja.

Iako većina ljudi s PTSP-om ima značajne teškoće u međuljudskim odnosima i radne teškoće, međusobno se razlikuju po tome koliko simptomi PTSP-a narušavaju opće ponašanje.¹⁴

* Psihijatrijska klinika, Klinička bolnica Osijek (mr. sc. Sanda Anton, dr. med.; prof. dr. sc. Nikola Mandić, dr. med.; Davor Laufer, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Mr. sc. S. Anton, Klinička bolnica Osijek, Psihijatrijska klinika, Huttlerova 4, 31000 Osijek

Primljeno 23. kolovoza 2002., prihvaćeno 12. veljače 2004.

Tablica 1. Dijagnostički kriteriji prema ICD-10 za posttraumatski stresni poremećaj (F 43.1)²

Table 1. Diagnostic criteria for PTSD according to ICD-10

A. Izloženost izuzetnom mentalnom ili fizičkom stresoru, kratka ili produžena trajanja.
B. Ustrajno prisjećanje ili »proživljavanje« stresora putem nametljivih »flash-backa«, živih sjećanja, opetovanih snova ili proživljavanja patnje pri izloženosti okolnostima koje podsjećaju na stresor ili su povezane s njim.
C. Stvarno ili željeno izbjegavanje okolnosti koje podsjećaju na stresor ili su povezane s njim (nepostojeće prije izloženosti stresoru).
D. ili
1. Psihogeno amnezija (F 44.0), bilo djelomična ili potpuna, za neke važne aspekte razdoblja izloženosti stresoru ili
2. Trajni simptomi povećane psihološke osjetljivosti i uzbuđenosti (nepostojeći prije izloženosti stresoru) vidljive u bilo koja DVA oblika od sljedećih:
teškoće pri uspjavanju ili spavanju,
razdražljivost,
teškoće pri koncentraciji,
rastresenost,
povećana napetost i ustrašenost.
Kriteriji B, C i D pojavljuju se UNUTAR ŠEST MJESECI nakon stresnog događaja ili kraja stresnog razdoblja. (Za neke svrhe, početak odgođen više od šest mjeseci može se uključiti, ali to treba jasno posebno istaknuti.)

Kada traumatizirana osoba postane zarobljenikom nametanih, ponavljanih iskustava u vezi s traumom, ona općenito počinje organizirati život oko izbjegavanja emocija do kojih dovode intruzije.¹⁵

Psihofiziološki učinci uzbuđenja i anksioznosti pokreću funkcionalne teškoće koje su izraz obrambene reakcije – organske pripreme za borbu ili bijeg. To stanje zahtijeva velik napor vegetativnog i endokrinog sustava iz čega nastaje opća pobuđenost. Traumatski podražaji i strah uvjetuju stanje tjeskobe, strah od straha, stanje prijeteće opasnosti, postepeno dovodeći do depresije.^{16,17} Olako razvijanje pretjerane pobuđenosti kompenziraju povlačenjem, a to opet vodi isključivanju iz svakodnevnog života. Dakle, takve osobe gube spontanost prilagodljivog odgovora prema okolini, što može biti podloga pervazivnim teškoćama učenja i interferenciji stjecanja novih informacija.¹⁸

Istraživanjima je jasno utvrđeno da ljudi s PTSP-om pate od uvjetovane pobuđenosti prema traumatski povezanim podražajima. Posljednjih nekoliko godina postoje i istraživački dokazi da se u mnogih traumatiziranih osoba razvija pretjerana fiziološka pobuđenost na brojne različite podražaje. Naginju razvoju iskustava intenzivnih negativnih emocija u odgovoru i na najmanje podražaje (strah, anksioznost, ljutnja i panika). Rezultat je toga pretjerano reagiranje i često prijeteće ponašanje prema drugima ili reagiranje šutnjom i ukočenošću.¹⁹

Anksioznost, razdražljivost s agresivnim ponašanjem i na najmanje provokacije, depresivni simptomi, zloupotreba alkohola ili droga često su pridružene kliničke slike posttraumatskom stresnom poremećaju. Somatske su tegobe čest simptom koji prati PTSP, a mogu se pronaći patofiziološki sindromi na svim organskim sustavima.^{16,17}

Maligni oblik PTSP-a u ratnih veterana obilježen je nasilnim, eksplozivnim ponašanjem, društvenom izopačenošću i izolacijom, gnušanjem prema samom sebi i perzistentnim ponovnim doživljavanjem ratne traume. Mogu se pojaviti i simptomi psihoorganskog sindroma, kao što su teškoće pamćenja, koncentracije, emotivne nestabilnosti, glavobolje i vrtoglavice.¹⁷ U tih bolesnika postoji stalna opasnost od samoubojstva, a u stanju su počinuti i teška krivična djela.²⁰

Psihosomatske manifestacije kroničnog posttraumatskog stresnog poremećaja

Lako okidanje somatskih reakcija na stres čini bolesnike nesposobnima da se odnose prema tjelesnim senzacijama kao

djelotvornim sustavnim upozorenjem protiv nadolazeće prijeteće. Na taj način neutralni okolinski podražaji i normalne tjelesne senzacije poprimaju novo i prijeteće značenje. Unutrašnja fiziologija osobe postaje izvor straha. U osobe koja pati od PTSP-a razvija se nesposobnost prepoznavanja poruka autonomnoga živčanog sustava, a iz toga proizlazi slabljenje mogućnosti za izražavanje svojih osjećaja (aleksitimija). To čini podlogu reagiranja prema okolini podraženim ili inhibitornim ponašanjem, kao i prema psihosomatskim bolestima.^{17,19,21}

Uz PTSP nerijetko nalazimo sve klasične psihosomatske bolesti (ulcerozni kolitis, hipertireozu, hipertenziju i infarkt miokarda, neurodermitis, gastroduodenalni ulkus, diabetes mellitus i bronhalnu astmu), kao i degenerativne, infektivne i maligne bolesti.¹⁷

Radna sposobnost

Ocjena radne sposobnosti traumatiziranih jedan je od najtežih medicinskih zadataka koji zahtijeva kvalitetno istraživanje i liječenje s naglaskom da je rad terapijska mjera jer potiče jačanje ličnosti. Suradnja ordinirajućeg liječnika, specijalista, liječničkih i invalidskih komisija te prihvatanje transfera i kontratransfera kao objektivnih činjenica, nužni su zbog specifične povezanosti kulturnih, socijalnih i političkih utjecaja, psihijatrijske službe i medicinske prakse uopće kada je riječ o procjeni radne sposobnosti osoba s PTSP-om.

Treba temeljito istražiti premorbidnu ličnost (poremećaj ličnosti, neuroza, mentalna insuficijencija, psihotični poremećaji, specifične deprivacije u djetinjstvu, teškoće adaptacije, sklonost agravaciji i simulaciji), a dijagnozu PTSP-a postaviti nakon kliničke opservacije, laboratorijske i psihologijske obrade. Važno je utvrditi vrstu, trajanje i jačinu stresora te da li se poremećaj pojavio tijekom šest mjeseci ili kasnije. Treba procijeniti i jačinu i trajanje psihosocijalnih, psihofizioloških, psihosomatskih i psihobiheviornalnih odgovora.

Kronični PTSP dublji je proces, oštećuje ličnost, razvija kronično nametajuće ili izbjegavajuće ponašanje, opću pobuđenost i teži k bespomoćnosti i depresiji. U psihodinamici važna su društvena međudjelovanja, tjelesne i psihosomatske bolesti, premorbidna ličnost i radna demotivacija s maladaptacijskim osobinama (sekundarna i tercijarna dobit) zbog čega intenzitet kliničke slike često nije u suodnosu s jačinom traumatskog iskustva,¹⁷ kao ni preostala radna sposobnost.

Pitanje radne sposobnosti i tretman invalida kod kojih je PTSP vodeći ili jedan od nekoliko uzroka smanjenja radne sposobnosti i dalje je jedno od najslabije istraživanih područja unutar cjelokupne problematike PTSP-a.

Dijagnostički i terapijski pristup radnoj sposobnosti kod osoba s PTSP-om u hrvatskoj medicinskoj i psihijatrijskoj praksi tek traži svoje mjesto. Neujednačeno se rabe dijagnostički kriteriji, miješaju se stare i nove klasifikacije psihičkih poremećaja, terapijski postupci su insuficijentni, a u ocjeni radne sposobnosti i invalidnosti sudjeluju više kulturni, društveni i politički čimbenici nego medicinskopsihijatrijski argumenti.

Cilj istraživanja

Osnovi cilj istraživanja je analiza utjecaja pojedinih simptoma PTSP-a i intenziteta kliničke slike na radnu sposobnost oboljelih.

Praktična namjera je što bolje pomoći oboljelima od PTSP-a te spriječiti radni i opći invaliditet.

Ispitanici i metode rada

Prva skupina sastojala se od 80 ispitanika na bolničkom psihijatrijskom liječenju u Psihijatrijskoj klinici Kliničke bolnice Osijek prema sljedećim kriterijima:

1. dijagnoza PTSP-a postavljena prema kriterijima ICD-10,
2. dob 18 do 45 godina, obaju spolova,
3. nakon liječenja preporučeni radni aktivitet.

Druga skupina sastojala se od 80 ispitanika na bolničkom psihijatrijskom liječenju u Psihijatrijskoj klinici Kliničke bolnice Osijek prema sljedećim kriterijima:

1. dijagnoza PTSP-a postavljena prema kriterijima ICD-10,
2. dob 18 do 45 godina, obaju spolova,
3. nakon liječenja preporučeni radni inaktivitet.

Istraživanje je provedeno s pomoću:

1. psihijatrijskog pregleda prema ICD-10 kriterijima za PTSP,
2. uvida u povijesti bolesti,
3. ocjene psihičkog statusa ispitanika Kratkom psihijatrijskom ocjenskom ljestvicom (BPRS),
4. samoocjenske ljestvice za procjenu jačine simptoma PTSP-a,
5. statističkih metoda primjerenih ovom istraživanju.

Tijekom istraživanja primijenjena je *Kratka psihijatrijska ocjenska ljestvica (BPRS)* iz 1962. godine, a čiji su autori J. E. Overall i D. R. Gorham.²²

Ljestvica se sastoji od 18 konstrukata koji pokrivaju spektar manifestne psihopatologije (tjelesna zabrinutost, anksioznost, osjećajna povučenaost, poremećenost misaonog tijeka, osjećaji krivnje, napetost, manire i patološko držanje, osjećaji veličine, depresivno raspoloženje, neprijateljski osjećaji, sumnjičavost, halucinacije, motorička usporenost, nesuradnja, neo-

bični misaoni sadržaji, osjećajna otupljenost, uzbuđenje, neorijentiranost). Jačina je simptoma stupnjevana ljestvicom od sedam stupnjeva (od 1 – bez simptoma do 7 – vrlo jako).

Samoocjenska ljestvica intenziteta simptoma PTSP-a sastojala se od 4 ocjenske kategorije (slabi, srednji, jaki, onesposobljavajući) koje opisuju jačinu simptoma PTSP-a kod oboljela.

Podaci prikupljeni tijekom istraživanja statistički su obrađeni programskim paketom SAS (χ^2 -testom, FE(1), FE(d), logistička regresija, Wilcoxon Scores, Median Scores).

Istraživanje je proveo psihijatar. Izvršio je jednokratni psihijatrijski pregled svakoga pojedinog bolesnika, uvid u povijest bolesti, procjenu psihičkog statusa prema Kratkop psihijatrijskoj ocjenskoj ljestvici²² i utvrdio dijagnozu PTSP-a prema ICD-10 kriterijima.

Bolesnici su dali pismeni pristanak za sudjelovanje u istraživanju.

Provedbu istraživanja odobrilo je Etičko povjerenstvo Kliničke bolnice Osijek.

Istraživanje je provedeno od 1997. do 2000. godine u Psihijatrijskoj klinici Kliničke bolnice Osijek.

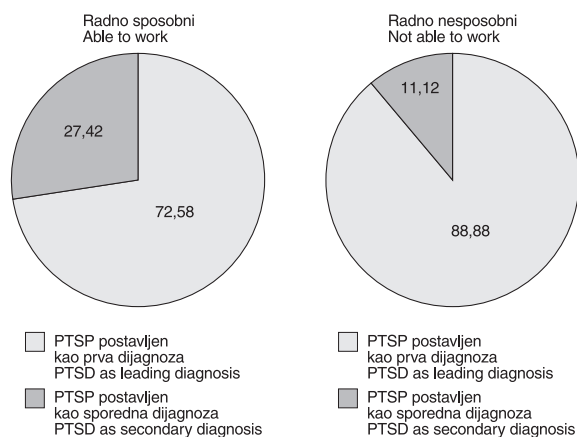
Rezultati

Odnos pojedinih simptoma posttraumatskoga stresnog poremećaja i radne sposobnosti

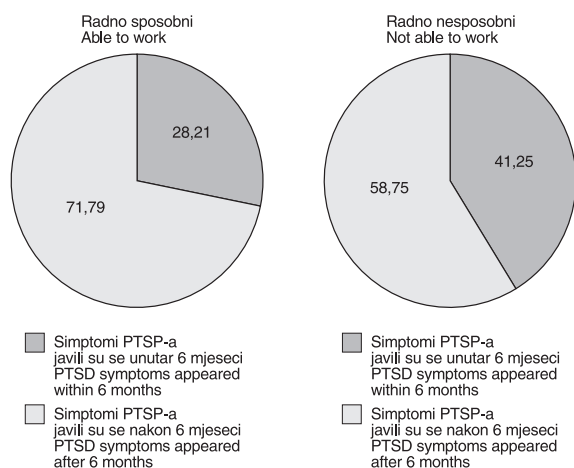
Prema ukupnim podatcima prosječna dob ispitanika bila je 39,32 godine (SD 6,72).

Tablica 2. *Stresori proživljeni tijekom rata prema radnom statusu oboljelih od posttraumatskoga stresnog poremećaja*
Table 2. *Stressors experienced through the war by working status of patients with posttraumatic stress disorder*

Stresor proživljen tijekom rata Stressor experienced during the war	Radno sposobni Able to work (N=80)	%	Radno nesposobni Not able to work (N=80)	%	Ukupno Total (N=160)	%
Proživljeno traumatsko iskustvo u izravnoj borbi Traumatic experience in direct fight	71	88,75	68	85,0	139	86,88
Razrušena kuća/Destroyed home	25	31,25	24	30,0	49	30,63
Poginula bliska osoba/A close person killed	57	71,25	67	83,75	124	77,50
Ranjen netko od bliske rodbine/A close relative wounded	31	38,75	28	35,0	59	36,88
Gubitak važnih osobnih predmeta Loss of important personal possession	30	37,50	30	37,5	60	37,5
Odvajanje od maloljetne djece/Separation from minor children	49	61,25	54	67,5	103	64,38
Odvajanje od muža ili žene/Separation from husband or wife	48	60,0	48	60,0	96	60,0
Netko od rodbine vodi se kao »nestali« A relative classified as »missing«	3	3,75	3	3,75	6	3,75
Prisustvovanje izravnim neprijateljskim napadima Presence at direct enemy attacks	79	98,75	79	98,75	158	98,75
Saslušavanje od strane neprijatelja/Interrogation by enemy	5	6,25	3	3,75	8	5,0
Zarobljenstvo/Captivity	3	3,75	3	3,75	6	3,75
Ranjavanje tijekom rata/Wounding during the war	24	30,0	23	28,75	47	29,38
Hospitalno liječenje na kirurškom odjelu Hospital treatment at surgical war	18	22,50	16	20,0	34	21,25
Imobilizacija zbog vrste ozljede Immobilization due to type of injury	20	25,0	18	22,5	38	23,75
Ranjavanje s posljedicom poremećene funkcije govora Wounding with consequent speech function impairment	5	6,25	1	1,25	6	3,75
Invalidnost zbog tjelesnog nedostatka Disability due to a physical defect	20	25,0	21	26,25	41	25,63
Ranjavanje s posljedicom upotrebe invalidskih kolica Wounding resulting in the use of wheelchair	0	0	0	0	0	0
Prije rata prošao psihološku pripremu Underwent psychological consulting before the war	3	3,75	6	7,5	9	5,63
Ubijanje neprijatelja u borbi/Killing enemy in the fight	22	38,60	17	32,08	39	35,45
Postojanje osjećaja krivnje zbog ubijanja Feeling of guilt because of killing	5	6,25	8	10,0	13	8,13
Nalaženje u situaciji da je bio napadnut, a nije se mogao braniti Attacked, but unable to defend oneself	37	46,25	38	47,5	75	46,88
Osjećaj krivnje nakon proživljenoga traumatskog iskustva Feeling of guilt after a traumatic experience	18	22,5	24	30,0	42	26,25
Smireno reagiranje nakon traume/Calm reaction after a trauma	15	18,75	18	22,5	33	20,63



Slika 1. Pojavljivanje posttraumatskoga stresnog poremećaja kao prve dijagnoze prema radnoj sposobnosti u postotcima
Figure 1. Distribution of diagnosis of posttraumatic stress disorder as leading diagnosis by work ability in percentage



Slika 2. Prikaz vremena pojavljivanja simptoma posttraumatskoga stresnog poremećaja i radne sposobnosti
Figure 2. Distribution of posttraumatic stress disorder symptoms appearance and work ability

U skupini radno sposobnih ispitanika 92,5% bili su muškarci, 72,5% bilo je u braku, 98,75% bili su pripadnici HV-a, a 94,94% dobrovoljno je stupilo u HV. U skupini radno nesposobnih ispitanika 88,8% bili su muškarci, 78,75% bilo je u braku, 96,25% bili su pripadnici HV-a, a 93,51% dobrovoljno

je stupilo u HV. Prema ovim demografskim pokazateljima nije bilo statistički značajnih razlika ispitivanih skupina.

Dužina sudjelovanja u aktivnim borbama za radno sposobne ispitanike iznosila je 31,77 mjeseci (SD 21,97), a za radno nesposobne 33,35 mjeseci (SD 22,30). Ukupni staž u HV-u za radno sposobne ispitanike iznosio je 58,16 mjeseci (SD 35,68), a za radno nesposobne 55,26 mjeseci (SD 32,82). Razlike ispitivanih skupina prema ovim varijablama nisu statistički značajne.

Utjecaj stresora na radnu sposobnost oboljelih od posttraumatskoga stresnog poremećaja promatran je s obzirom na listu odabranih stresora (tablica 2). Za varijablu poginula osoba χ^2 -testom rezultat je statistički značajan na granici vjerojatosti $>0,058$. Ostali ispitivani stresori nisu pokazali statistički značajne razlike u učestalosti kod tih dviju ispitivanih skupina.

Logističkom regresijom ne dobije se statistički značajna razlika dviju ispitivanih skupina prema broju proživljenih stresora tijekom rata.

U skupini radno sposobnih PTSP je postavljen kao prva dijagnoza u 72,58% slučajeva, a u skupini radno nesposobnih u 88,88% (slika 1). Statističkom analizom χ^2 -testom dobije se rezultat koji je statistički značajan na granici vjerojatosti $>0,013$, što upućuje na statistički značajnu razliku tih dviju skupina. PTSP je statistički značajnije postavljan kao prva dijagnoza u skupini radno nesposobnih.

Iz podataka slike 2. vidljivo je da su se simptomi PTSP-a u skupini radno sposobnih češće javljali 6 mjeseci nakon traumatskog događaja (71,79%) nego u skupini radno nesposobnih (58,75%).

Podatci pokazuju da se simptomi PTSP-a kod radno nesposobnih osoba pojavljuju u kraćem vremenskom razmaku nakon traumatskog događaja nego u skupini radno sposobnih ispitanika. Analizom χ^2 -testom dobije se rezultat koji je statistički značajan na granici vjerojatosti $>0,085$, što je osrednja povezanost, ali $FE(1) p=0,97$, što upućuje na statistički značajnu razliku tih dviju skupina prema vremenu javljanja simptoma PTSP-a.

Odnos pojedinih simptoma posttraumatskoga stresnog poremećaja prema kriterijima ICD-10 i radne sposobnosti prikazan je slikom 3. Učestalost izražavanja pojedinih simptoma PTSP-a prema ICD-10 kriterijima gotovo je jednaka u obje ispitivane skupine.

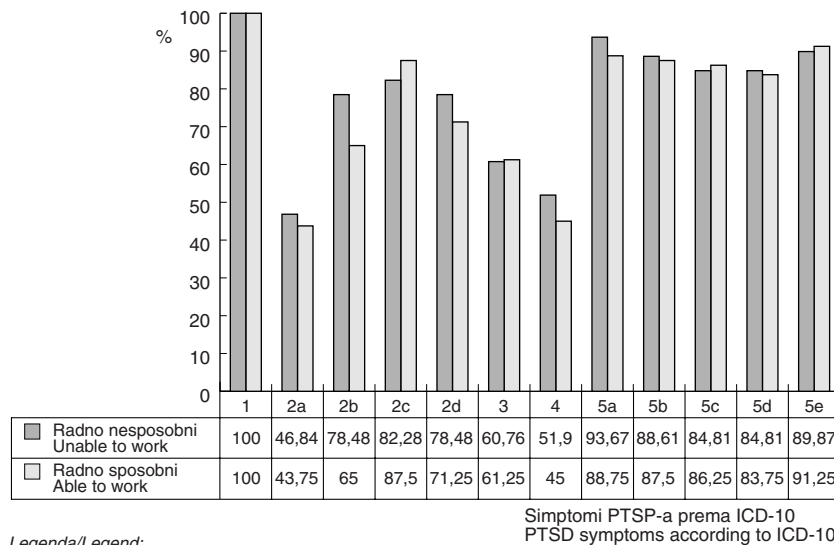
Razlike u simptomima postoje jedino za varijable ustrajno prisjećanje ili proživljavanje stresora preko živih sjećanja, ope-tovanih snova, proživljavanja patnje pri izloženosti okolnostima koje podsjećaju na stresor ili su povezane s njim, psihogenih amnezija i teškoća pri uspavlivanju ili spavanju.

Ustrajno prisjećanje ili proživljavanje stresora preko živih sjećanja u skupini radno nesposobnih javlja se u 78,48%, a u skupini radno sposobnih u 65% slučajeva. Opetovani snovi pojavljuju se kod radno nesposobnih u 82,28%, a u radno spo-

Tablica 3. Raspodjela samoprocjene jačine posttraumatskoga stresnog poremećaja prema radnoj sposobnosti

Table 3. Distribution self-estimated intensity of posttraumatic stress disorder by work ability

Samoprocjena jačine simptoma posttraumatskoga stresnog poremećaja Self-estimate of degree of PTSD symptom	Radno sposobni Able to work	%	Radno nesposobni Unable to work	%	Ukupno Total	%
Slabi/Poor	1	1,25	1	1,25	2	1,25
Srednji/Medium	22	27,5	13	16,25	35	21,87
Jaki/Severe	37	46,25	29	36,25	66	41,25
Onesposobljavajući Incapacitating	20	25	37	46,25	57	35,63
Ukupno/Total	80	100	80	100	160	100



Slika 3. Odnos pojedinih simptoma posttraumatskoga stresnog poremećaja prema kriterijima ICD-10 i radne sposobnosti
Figure 3. Relation of posttraumatic stress disorder symptoms by ICD-10 and work ability

Legenda/Legend:

1 – Izloženost izuzetnom mentalnom ili fizičkom stresoru, kratka ili produžena trajanja/Exposure to exceptional mental or physical stress, of short or longer duration; 2 – Ustrajno prisjećanje ili »proživljavanje« stresora/Persistent recall or reliving a stressor: 2a – putem nametljivih »flashbacka«/via intrusive flashbacks, 2b – živih sjećanja/lively recall, 2c – opetovanih snova ili/recurrent dreams or, 2d – proživljavanjem patnje pri izloženosti okolnostima koje podsjećaju na stresor ili su povezane s njim/suffering at exposure to circumstances reminding of a stressor or related with it; 3 – Stvarno ili željeno izbjegavanje okolnosti koje podsjećaju na stresor ili su povezane s njim (nepostojeće prije izloženosti stresoru)/Real or wanted avoidance of circumstances reminding of a stressor or related with it (nonexistent before exposure to stress); 4 – Psihogeni amnezija (nemogućnost prisjećanja, bilo djelomična ili potpuna), za neke važne aspekte razdoblja izloženosti stresoru/Psychogenic amnesia (inability to remember, partial or complete) for some important aspects of the period of stress exposure; 5 – Trajni simptomi povećane psihološke osjetljivosti i uzbuđenosti (nepostojeći prije izloženosti stresoru) kao što su/Permanent symptoms of increased psychological sensitivity and excitement (nonexistent before stress exposure) such as: 5a – teškoće pri uspjavanju ili spavanju/difficulties in falling to sleep or sleeping, 5b – razdražljivost/irritability, 5c – teškoće pri koncentraciji/difficulties in concentration, 5d – rastresenost/distraction, 5e – povećana nervoza i ustrašenost/increased nervousness and fear.

sobnih u 87,5%. Proživljavanje patnje pri izloženosti okolnostima koje podsjećaju na stresor ili su povezane s njim u skupini radno nesposobnih pojavljuju se u 78,48%, a u skupini radno sposobnih u 71,25%. Psihogeni amnezija kod radno nesposobnih pojavljuje u 51,9%, a kod radno sposobnih u 45% slučajeva. Teškoće pri uspjavanju ili spavanju u skupini radno nesposobnih pojavljuju se u 93,67%, a u skupini radno sposobnih 88,75% slučajeva.

χ^2 -testom dobiva se statistički značajna razlika tih dviju skupina uz rezultat koji je statistički značajan na granici vjerojatnosti $>0,059$, a $FE(1) p=0,981$, $FE(d) p=0,043$ za varijablu ustrajno prisjećanje na stresor putem živih sjećanja. Za varijablu ustrajno prisjećanje na stresor preko opetovanih snova χ^2 -testom dobije se rezultat koji je statistički značajan na granici vjerojatnosti $>0,358$, što pokazuje da razlika tih dviju skupina nije statistički značajna. Za varijablu psihogeni amnezija χ^2 -testom dobili smo rezultat koji je statistički značajan na granici vjerojatnosti $>0,384$, što također pokazuje da razlika ovih dviju skupina nije statistički značajna. χ^2 -testom za varijablu proživljavanjem patnje pri izloženosti okolnostima koje podsjećaju na stresor ili su povezane s njim dobije se rezultat koji je statistički značajan na granici vjerojatnosti $>0,293$, a za varijablu teškoće pri uspjavanju ili spavanju $>0,274$, što je osrednja povezanost. Za ove varijable je zbog medijana na χ^2 -testu

učinjena i logistička regresija kojom se ne nalazi statistički značajnih razlika.

Vrijednosti ostalih varijabla za obje su ispitivane skupine gotovo jednake.

Odnos samoprocjene jačine posttraumatskoga stresnog poremećaja i vrijednosti dobivenih na BPRS-u prema radnoj sposobnosti

Raspodjela rezultata samoprocjene jačine posttraumatskoga stresnog poremećaja prema radnoj sposobnosti prikazana na tablici 3. pokazuje da su u skupini radno sposobnih oboljeli procjenjivali svoje simptome kao jake (46,25%), a potom kao srednje jačine (27,5%). Skupina radno nesposobnih ocjenjivala je svoje simptome kao onesposobljavajuće (46,25%), a potom kao jake (36,25%).

Analizom rezultata samoprocjene jačine simptoma prema radnom statusu ispitanika statističkim testovima dobiju se rezultati: Wilcoxon Scores Prob $>|Z|=0,013$, a za Median Scores Prob $>|Z|=0,013$. Oni pokazuju statistički značajnu razliku dviju ispitivanih skupina prema samoprocjeni jačine simptoma PTSP-a.

Tablica 4. prikazuje vrijednosti dobivene procjenom na Kratkohijerijskoj ocjenskoj ljestvici dizabiliteta (BPRS) prema

Tablica 4. Prikaz vrijednosti dobivenih procjenom Kratkohijerijskom ocjenskom ljestvicom dizabiliteta (BPRS) prema radnom statusu ispitanika

Table 4. Values on the brief psychiatric rating scale (BPRS) by work ability

Ocijenjena vrijednost psihickog profila prema BPRS-u Score of psychological profile according to BPRS	Radno sposobni Able to work	%	Radno nesposobni Unable to work	%	Ukupno Total	%
0–24	2	2,5	1	1,25	3	1,88
25–49	52	65,0	42	52,5	94	58,75
50–74	26	32,5	37	46,25	63	39,38
Ukupno/Total	80	100	80	100	160	100

Tablica 5. Usporedna tablica ukupno dobivenih vrijednosti prema samoprocjeni jačine simptoma posttraumatskoga stresnog poremećaja i psihijatrijskoj ocjeni prema Kratkoj psihijatrijskoj ocjenskoj ljestvici dizabiliteta (BPRS)

Table 5. Comparison table of total values on self-estimated intensity of posttraumatic stress disorder and psychiatric evaluation by the brief psychiatric rating scale (BPRS)

Jačina simptoma/ocjena na BPRS-u Degree of symptoms/score on BPRS	0–24	%	25–49	%	50–74	%	Ukupno Total	%
Slabi/Poor	0	0	2	1,25	0	0	2	1,25
Srednji/Medium	1	0,62	25	15,63	10	6,25	36	22,50
Jaki/Severe	1	0,62	43	26,88	21	13,12	65	40,62
Onesposobljavajući Incapacitating	1	0,62	25	15,63	31	19,38	57	35,63
Ukupno/Total	3	1,86	95	59,39	62	38,75	160	100

radnom statusu ispitanika. U skupini radno sposobnih najviše je ispitanika dobilo vrijednost od 25 do 49 (65%), a potom 50–74 (32,5%). U skupini radno nesposobnih redosljed je isti, ali razlika je učestalosti između dvije vrijednosti psihikog profila manja. Za vrijednost od 25 do 49 iznosi 52,5%, a za vrijednost 50–74 iznosi 46,25%. Vidljivo je da je procjenom psihijatra među radno sposobnim ispitanicima više onih koji imaju niže vrijednosti (od 25 do 49), a među radno nesposobnima više onih koji imaju veće vrijednosti dobivene na BPRS-u.

Analizom rezultata Kratke psihijatrijske ocjenske ljestvice (BPRS) po radnom statusu ispitanika statističkom obradom neparametarskim testovima dobiju se rezultati Wilcoxon Scores $\text{Prob} > |Z| = 0,018$; a za Median Scores $\text{Prob} > |Z| = 0,011$, što upućuje na statistički značajnu razliku dviju ispitivanih skupina prema vrijednostima dobivenim na BPRS-u. Rezultat je potvrđen i logističkom regresijom.

Analizom rezultata dobivenih prema tablicama 3. i 4. dokazano je da radni status ovisi o vrijednostima dobivenim na Kratkoj psihijatrijskoj ocjenskoj ljestvici (BPRS) te o samoprocjeni jačine simptoma posttraumatskoga stresnog poremećaja.

Tablica 5. prikazuje usporedbu rezultata ukupno dobivenih vrijednosti prema samoprocjeni jačine simptoma posttraumatskoga stresnog poremećaja i psihijatrijskoj ocjeni prema vrijednostima dobivenim na Kratkoj psihijatrijskoj ocjenskoj ljestvici dizabiliteta (BPRS).

Križanjem rezultata (zbirno gledajući obje ispitivane skupine) prema samoprocjeni jačine simptoma i rezultatima na BPRS-u nalazi se pozitivna korelacija između te dvije varijable.

χ^2 -testom analizirana je povezanost samoprocjene jačine simptoma i ocjena dobivenih Kratkim psihijatrijskom ocjenskom ljestvicom dizabiliteta (BPRS) te se za ukupne podatke dobio rezultat koji je statistički značajan na granici vjerojatnosti $>0,018$, što upućuje na postojanje pozitivne veze tih dviju varijabla. To dokazuje da se samoprocjena jačine simptoma bolesnika poklapa sa psihijatrijskom procjenom psihikog profila na BPRS-u.

Međutim, ispitivanjem povezanosti procjena podijeljeno prema skupinama, za skupinu radno sposobnih χ^2 -testom dobio se rezultat koji je statistički značajan na granici vjerojatnosti $>0,071$, što upućuje na slabije postojanje veze nego u ukupnim rezultatima.

Za skupinu radno nesposobnih χ^2 -testom dobio se rezultat koji je statistički značajan na granici vjerojatnosti $>0,328$, što upućuje na slabo postojanje veze ovih dviju varijabla, još slabije nego za radno sposobne (medijan). Učinjena je linearna regresija koja pokazuje pozitivnu povezanost ispitivanih varijabla, ali ona nije statistički značajna.

Prema tablicama 3. i 4. vidljivo je da procjena psihijatra za skupinu radno nesposobnih nije toliko usmjerena prema visokim vrijednostima psihikog profila kao samoprocjena jačine simptoma samog bolesnika, tj. bolesnikova i psihijatrijska

procjena jačine simptoma PTSP-a bolje se poklapaju u skupini radno sposobnih ispitanika, dok su u skupini radno nesposobnih ispitanika rezultati raspršeniji.

Rasprava

Ispitivane skupine bolesnika nisu se razlikovale po spolu, dobi, bračnom statusu, pripadnosti HV-u i dobrovoljnom stupanju u vojsku. Tako su uzorak činili muškarci dobi 40 godina, dobrovoljci HV-a koji su u prosjeku 3 godine sudjelovali u aktivnim borbama, a ukupni radni staž u HV-u iznosio im je 4,5 godine. Ispitanici se nisu razlikovali ni prema pojedinim stresorima proživljenim tijekom rata (tablica 2) ni njihovom ukupnom broju. Demografska obilježja (dob, spol, bračno stanje, pripadnost HV-u, dobrovoljno uključivanje u vojsku), broj, jačina i trajanje stresora nisu se pokazali čimbenicima bitnim za razvoj radne nesposobnosti oboljelih.

Analiza rezultata učestalosti pojavljivanja pojedinih simptoma PTSP-a pokazala je da obje ispitivane skupine bolesnika izražavaju simptome istom učestalošću, osim ustrajnog prisjećanja na stresor putem živih sjećanja (učestalije kod radno nesposobnih).

Međutim, intenzitet simptoma PTSP-a je prema samoprocjeni veći u skupini radno nesposobnih ispitanika te je kod njih PTSP učestalije postavljen kao prva dijagnoza, a sam poremećaj se u toj skupini ispitanika javlja ranije, tj. u periodu od 6 mjeseci nakon proživljenog stresora.

Tijekom istraživanja očekivano je da će težina kliničke slike (mjerena samoprocjenom jačine simptoma i BPRS-om) biti u pozitivnoj korelaciji s radnom nesposobnosti, odnosno, snažnije izražena klinička slika PTSP-a vodit će bolesnika u radnu nesposobnost, kao što se događa u svim ostalim i somatskim i psihikim bolestima. Rezultati to i potvrđuju.

Analiza rezultata dobivenih samoprocjenom jačine posttraumatskoga stresnog poremećaja pokazala je statistički značajnu razliku prema radnoj sposobnosti. Uočava se da skupina radno nesposobnih ispitanika ocjenjuje svoje simptome većinom kao jake ili onesposobljavajuće, dok skupina radno sposobnih ispitanika jačinu svojih simptoma opisuju u blažim skupinama – kao srednje i jake (tablica 3).

Vrijednosti dobivene na BPRS-u također se statistički značajno razlikuju, tj. skupina radno nesposobnih ispitanika imala je statistički značajno više dobivene rezultate, što upućuje na težu psihiku bolest (tablica 4).

Te rezultate potvrđuju i podatci da se PTSP kod radno nesposobnih češće postavlja kao prva dijagnoza (slika 1). U literaturi se ne nalazi ni jedno istraživanje koje promatra PTSP prema samoprocjeni jačine simptoma i vrijednosti na BPRS-u te usporedba nije moguća.

Kako bi se uočile moguće razlike u bolesnikovoj procjeni jačine simptoma i procjeni psihijatra koji je istraživao, usporedno su analizirani dobiveni podatci na tim dvjema ljestvicama (tablica 5).

U ukupnom procjenjivanju jačine simptoma PTSP-a dobiva se statistički značajna pozitivna povezanost dobivenih podataka, tj. bolesnici i psihijatri jednako su ocjenjivali jačinu simptoma PTSP-a na svojim ljestvicama.

Kada se rezultati odvoje zasebno, prema radnoj sposobnosti, u skupini radno sposobnih bolesnika povezanost je i dalje značajna, ali se gubi u skupini radno nesposobnih ispitanika. Radno nesposobni bolesnici u većoj mjeri označavaju jačinu svojih simptoma prema onesposobljavajućim vrijednostima nego što ih procjenjuje psihijatar na BPRS-u.

Taj podatak može upućivati na dvoje: na bolesnikovo uveličavanje simptomatologije ili na psihijatrovu neprepoznavanje dublje simptomatologije kada procjenjuje jačinu bolesnikovih simptoma. Subjektivni doživljaj simptoma i objektivna slika o bolesti često se razlikuju. To je pokazalo i ovo istraživanje. Bolesnik ponekad ocjenjuje svoje simptome težima nego što ih objektivno procjenjuje stručnjak. Međutim, poznavajući situaciju u kojoj se nalaze bolesnici, utjecaj aktualnog imovinskog statusa i mogućnost dobivanja izravne koristi iz bolesti (činjenicu da umirovljenje zbog PTSP-a donosi materijalnu dobit), vjerojatniji je zaključak da bolesnici uvećavaju postojeće simptome (sekundarna i tercijarna dobit).

Rezultati dobiveni na BPRS-u i samoprocjenom jačine simptoma PTSP-a analizirani su i brojem ukupno proživljenih stresova tijekom rata s obzirom na popis iz tablice 2.

Dobiven je statistički značajan utjecaj broja proživljenih stresova tijekom rata jedino na rezultat samoprocjene jačine simptoma u skupini radno nesposobnih.

To pokazuje da iako ne postoji razlika u broju proživljenih stresora prema radnoj sposobnosti, oni koji su proživjeli više stresova tijekom rata, ocjenjuju svoje simptome kao intenzivnije, tj. bolest u težem obliku.

Kada se promatra utjecaj trajanja stresa (mjereno dužinom sudjelovanja u aktivnim borbama) na jačinu simptoma mjerenju BPRS-om, dobivaju se rezultati o pozitivnoj povezanosti varijabla, ali utjecaj nije statistički značajan.

Trajanje stresa ne utječe značajno na vrijednosti dobivene na BPRS-u kao mjerilo jačine simptoma PTSP-a.

Analiziran je i utjecaj trajanja stresa na jačinu simptoma PTSP-a mjereno samoprocjenom bolesnika zbog ranije dobivenih razlika u procjeni jačine simptoma PTSP-a mjereno tim dvjema ljestvicama. Rezultat upućuje na pozitivnu povezanost trajanja stresa i jačine simptoma, ali nije statistički značajan.

Podatci pokazuju da trajanje stresa (mjereno dužinom sudjelovanja u aktivnim borbama) nije toliko značajno za razvijanje teže kliničke slike PTSP-a koliko broj proživljenih stresora (prema ispitivanoj listi stresora) uz neizravan utjecaj na radnu sposobnost.

Kada se dodatno analizira utjecaj pojedinog stresora s ispitivane liste na jačinu simptoma PTSP-a, ne dobiva se statistički značajna povezanost, a ispitanici su u vrlo malom broju proživjeli pojedine stresore te se nije dodatno mogao ispitati njihov utjecaj na radnu sposobnost. Međutim, zbog veličine uzorka ispitanika može se zaključiti (s obzirom na to da se u obje ispitivane skupine pojedini od ispitivanih stresora ne nalazi u većem broju u jednoj od ispitivanih skupina), da oni ne utječu na radnu sposobnost. U suprotnom, morali bi se pronaći statistički značajno češće u skupini radno nesposobnih.

Ne dobiva se podatak da pojedini stresori statistički značajno češće dovode do razvoja PTSP-a, i to njegova težeg oblika koji vodi u radnu nesposobnost. »Količina« stresora (broj proživljenih stresora) statistički značajnije utječe na razvoj teže kliničke slike i time na radnu sposobnost nego vrsta ili trajanje stresora.

Intenzitet izraženih simptoma (mjereno samoocjenom ljestvicom i BPRS-om) pokazao se važnijim čimbenikom koji utječe na radnu sposobnost oboljelih od pojedinih izraženih simptoma PTSP-a.

Zaključci

Radni status oboljelih ovisi o vrijednostima dobivenim na Kratkoj psihijatrijskoj ocjenskoj ljestvici (BPRS) te o samoprocjeni jačine simptoma posttraumatskoga stresnog poremećaja.

Radno nesposobni ispitanici statistički značajno češće imaju raniji nastup prvih simptoma PTSP-a, postavljenu dijagnozu PTSP-a kao vodeću, učestalije ustrajno prisjećanje na stresor putem živih sjećanja i jače izražene simptome bolesti (prema samoprocjeni jačine simptomatologije i na BPRS-u). Jačina izraženih simptoma statistički značajnije utječe na radnu sposobnost od izražavanja pojedinih simptoma PTSP-a, a broj proživljenih stresora tijekom rata (preko razvoja teže kliničke slike PTSP-a) ima veći neizravan utjecaj na radnu sposobnost nego karakteristike i trajanje stresora.

LITERATURA

1. Američka psihijatrijska udruga. DSM-IV – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne bolesti – četvrto izdanje – Međunarodna verzija s MKB-10 šiframa. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1996.
2. World Health Organisation. International Classification of Diseases 10th revision, Geneva: WHO, 1988.
3. Bremner DJ, Scott TM, Delaney RC, Southwick SM, Mason JW, Johnson DR, Innis JR, McCarthy G, Charney DS. Deficits in short-term memory in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1993;170:1015–9.
4. Davidson JRT, van der Kolk BA. The Psychopharmacological Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. In van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, ed. *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York: Guilford Press, 1996.
5. Freud S. Introduction to Psychoanalysis and the War neurosis. In: *Complete Psychological Works*, stand. ed., vol 17. London: Hogarth Press, 1955.
6. Gunderson JG, Sabo AN. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD (Review). *Am J Psychiatry* 1993;150(1):19–27.
7. Hendin H, Haas AP. Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans. *Am J Psychiatry* 1991;148:586–91.
8. Hendin H. Combat never ends: the paranoid adaptation to posttraumatic stress. *Am J Psychother* 1984;38:121–31.
9. Horowitz M. Stress response syndromes, character style and dynamic psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1974;31:768–81.
10. Houtjac LJ, Vukelja D, Mahnik M. Some social-demographic, psychopathologic and clinic characteristics of psychiatrically treated soldiers of the Croatian Army. *Psychol Beitr* 1992;34(suppl):224–33.
11. Van der Kolk BA. The compulsion to repeat trauma: Revictimization, attachment and masochism. *Psychiatr Clin North Am* 1989;12:389–411.
12. Mellman TA, Kulick-Bell R, Ashlock LE i sur. Sleep events among veterans with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:110–5.
13. Jonathan RT, Davidson MD. Posttraumatic stress disorder. U: Kaplan HI, Sadock BJ, ur. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 6th edition, vol. 2, Baltimore, Hong Kong, London: Williams & Wilkins Company, 1995;1227–36.
14. Kozarić-Kovačić D, Folnegović-Šmalc V, Marušić A. Psychological disturbances among 47 Croatian prisoners of war tortured in detention camps. *JAMA* 1993;270:575.
15. Laufer RS, Brett E, Gallops MS. Dimensions of posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans. *J Nerv Ment Dis* 1985;173:538–45.
16. Jukić V, Muičević V. Posttraumatic stress disorder. In: Klain E, ed. *Psychology and Psychiatry of a War*. Zagreb: University School of Medicine, 1992.
17. Mandić N. Posttraumatski stresni poremećaj. *Liječ Vjesn* 1995;117:47–53.
18. Yehuda R, Keefe RSE, Harvey PD, Levengood RA, Gerber DK, Geni J, Siever LJ. Learning and memory in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:137–9.
19. Roszell DK, McFall ME, Malas KL. Frequency of symptoms and concurrent psychiatric disorder in Vietnam veterans with chronic PTSD. *Hosp Community Psychiatry* 1991;42(3):293–6.
20. Pollock DA, Rhodes P, Boyle CA, Decoufle P, McGee DL. Estimating the number of suicides among Vietnam Veterans. *Am J Psychiatry* 1990;147:772–6.
21. Shalev AY. Stress versus Traumatic Stress: From Acute Homeostatic Reactions to Chronic Psychopathology. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, ed. *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York: Guilford Press, 1996.
22. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep* 1962;10:799–812.