

Arh. hig. rada, 11 (1960) 237

## UČEŠĆE I ZNAČAJ POSTTRAUMATSKIH NEUROTSKIH STANJA KOD INDUSTRIJSKIH RADNIKA\*

B. UGLEŠIĆ  
Brodogradilište, Split

(Primljeno 15. XII 1960)

Zapazio sam da učešće psihičkih poremećaja, u prvom redu neurotskih stanja koja se nadovezuju na traumatu, upadljivo malo ovise o lokalizaciji ozljede, vrsti sile i njezinu intenzitetu, pa čak i onda kad se radi o organskoj leziji centralnog živčanog sistema. Ustanovio sam da je nemoguće utvrditi bilo kakav odnos između traume, s jedne strane, i kasnijih neurotskih poremećaja, s druge strane.

Analizirajući faktore koji su odlučni pri razvitku posttraumatskih neuroza, došao sam do zaključka da su od presudne važnosti elementi koji se nalaze izvan same povrede: premorbidna ličnost, stav i adaptacija pojedinca na prilike u poduzeću i radnoj sredini, obiteljske prilike i pogled na život. Kad već dođe do traume, onda je važna emocionalna pratnja te traume i stepen sugestibilnosti, a od naročitog je značaja postupak s povrijeđenim od momenta nastanka traume pa sve do izliječenja ili oformljenja neuroze. Smatram da je pri sprečavanju posttraumatskih neuroza najvažniji momenat odgovarajući postupak s ozlijeđenim, koji na osnovi poznavanja premorbidne ličnosti, karakterološke strukture i sklonosti, mora biti do maksimuma podešen u pravcu sprečavanja eventualnih kasnijih psihičkih aberacija.

Te postavke sam mogao slijediti i dokumentirati na ozlijeđenim radnicima splitskog industrijskog bazena.

Iz većeg broja ozlijeđenih uzeo sam uglavnom samo lezije lokalizirane u predjelu glave, jer mi se čini da ta lokalizacija pruža vrlo plastični supstrat za razvoj kasnijeg neurotskog stanja. Nastojao sam izbjeći ozlijeđene kod kojih je povreda bila praćena određenim žarišnim lezijama centralnog živčanog sistema. Slučajno mi se pružila prilika da pratim razvoj posttraumatskih neuroza kod dvije slične grupe radnika koji su pretrpjeli skoro identičnu nesreću. Dok je u prvoj grupi postupak s povrijeđenim bio rutinski i standardan, bez ikakvog individualnog usmjerenja ili preventivnog rada, u drugoj je grupi čitav terapijski postu-

\* Saopćeno na I kongresu neuropsihijataru Jugoslavije, Sarajevo, oktobra 1960.

pak bio usmjeren na sprečavanje razvoja psihičkih poremećenja, pa su i rezultati kod tih dviju grupa različiti. U obje grupe su traume bile uzrokovane saobraćajnim nesrećama, pri kojima je stradao kamion kojim su radnici dolazili na posao.

Prva se nesreća dogodila 14. IV 1958. Među više unesrećenih radnika, koje sam kasnije izgubio iz vida, bila su i 3 privremena radnika tog poduzeća, koji su na posao stupili mjesec i po dana ranije. Sva trojica još neadaptirani uvjetima rada u poduzeću, vezani na svoju kuću i selo, sa životnim shvaćanjima siromašnog seljaka dalmatinske Zagore.

U prvom slučaju radilo se o mladiću od 18 godina. Zbog komocije mozga ležao je dvadesetak dana u bolnici, a iza toga je bio kod kuće na bolovanju oko 3 mjeseca. Kad je morao nastupiti posao, počeo je pokazivati simptome koje sam označio kao neurosis, odnosno encephalopatia traumatica. Zbog toga je produljivao bolovanje, a kad tegobe nisu prestajale, došao je do Invalidske mirovne komisije koja ga ocjenjuje kao ograničeno sposobnog i određuje mu lakši posao sa skraćenim radnim vremenom.

U drugom slučaju se radilo o radniku starom 58 godina, koji je imao nešto radnog staža uz prekide. Zbog komocije i lakših vanjskih povreda glave i trupa ležao je u bolnici 7 dana, a nakon toga je bio mjesec dana na bolovanju. Kad je bio upućen na posao, počeo se tužiti na tegobe koje pripadaju u okvir posttraumatske neuroze. Invalidska mirovna komisija, na koju je bio upućen, povzala je stanje poslije traume s godinama života i bolesnika ocijenila kao invalida I kategorije.

Treći je bio mladić od 19 godina sa sličnim povredama kao i prva dvojica. Nakon liječenja u bolnici slijedilo je bolovanje od 5 mjeseci, a zatim opet, zbog neurotskih posttraumatskih tegoba, rad sa skraćenim radnim vremenom kroz više mjeseci.

Vidi se da je u navedenim slučajevima nakon traume došlo do razvitka neurotskih stanja koja su ostala fiksirana i još stalno perzistiraju. Ti privremeni radnici u vezi s pretrpljenom traumom razvijaju neurozu rentnog karaktera. Kod sve trojice je postojala sklonost neurotskom načinu reagiranja, uz druge pogodne elemente, i kad su se ukazali izgledi za dobivanje rente (a oni su bili osigurani samo za slučaj nezgode na poslu ili na putu do posla i natrag), tu težnju su ostvarili razvojem posttraumatske neuroze. Došlo je dakle do neurotske reakcije koja predstavlja pogrešno reagiranje na životne prilike i poteškoće.

Poučen tim i sličnim primjerima, a potaknut velikim socijalnim i ekonomskim značajem takvih posttraumatskih neurotskih stanja, nastojao sam poduzeti neke preventivne mjere i odrediti stav u eventualnim sličnim slučajevima.

Slučajnom koincidencijom ponovo se dogodila nesreća u kojoj je stradalo 14 radnika koji su se kamionom vozili na posao u tvornicu. Pošto su se slegli emocionalni poremećaji, koji su slijedili neposredno iza ne-

sreće, mogao sam odrediti težinu ozljeda i odrediti stav u cilju sprečavanja eventualnih kasnijih neurotskih reakcija. Na raspolaganju je stajala pregledna kartoteka tvorničke zdravstvene stanice, pa su se, zahvaljujući toj evidenciji i poznavanju pojedinaca sa strane tvorničkih liječnika, mogle točno odrediti sklonosti svakog pojedinca, njegov odnos prema radu i druge osobine.

U grupi od 14 povrijeđenih dvojica su umrla a kod trojice vrlo teško povrijeđenih terapija je išla uobičajenim kirurško-traumatološkim putem. Na ostalu devetoricu, koji su pretrpjeli srednje teške ili lakše povrede, obratio sam naročitu pažnju. Analizirajući sve podatke mogao sam četvoricu okarakterizirati kao »zrele« i neugrožene ličnosti u smislu razvoja neuroze. Ta četvorica su bila dobro adaptirana radu i okolini, njihove reakcije su uvijek bile adekvatne, a stav ispravan i zdrav. Nastojao sam da kod njih boravak u bolnici bude što kraći. Bili su ubrzo otpušteni kućama, a do povratka na radno mjesto došlo je uskoro, i to u jednom slučaju nakon 3 dana, u drugom nakon 10 dana. U trećem slučaju se radilo i o fakturi klavikule pa je radno osposobljenje zavisilo o sanaciji frakture, ali su sva trojica u psihičkom smislu prošla bez oštećenja. Samo kod četvrtoga sam primijetio početnu neurotsku reakciju praćenu bijegom u bolest. Taj radnik je propustio da dođe određenog dana u tvorničku zdravstvenu stanicu i zadržao se nekoliko dana kod kuće, smatrajući da to može učiniti »kad je već pretrpio nesreću«. Taj stav je kratkom analizom situacije korigiran i bolesnik je, kao i ostala trojica, već sutradan preuzeo svoju dužnost.

Ostala petorica su bili označeni kao »ugroženi« u smislu potencijalne mogućnosti razvoja neuroze. Njihove anamneze otkrivaju učestali apsentizam. Kod nekih je postojala sklonost bezrazložnim konfliktima i inadekvatnom načinu reagiranja, a neki su već otprije bili smatrani kao »problem« zdravstvene službe. Toj petorici je bila obraćena naročita pažnja. Boravak u bolnici je skraćen na najnužniju mjeru. Budući da je trojici bila potrebna dalja kontinuirana njega, oni su premješteni u stacionar tvorničke zdravstvene stanice. Tu su uz simptomatsku terapiju bili intenzivno tretirani u smislu prevencije neurotskih stanja. Nastojalo se da ambijent bude vedar, da stav okoline bude progresivan i ohrabrujući, da se kontakt s radnom sredinom stalno održava, a glavna nastojanja u vezi s liječenjem bila su sugestivno-preventivna. Kod dvojice je primijećena tendencija bijega u bolest, koja je počela manifestiranjem navodne predodžbe o teškom oštećenju zdravlja uz strah zbog eventualnog neuspjelog liječenja. Te tendencije su ubrzo potisnute, pa iako je intenzitet trauma bio takav da je mogao pružiti dovoljno supstrata za razvoj kasnije neuroze, a postojali su za to i svi preduvjeti, ipak do toga nije došlo i kod sve trojice je relativno brzo postignuta dobra i potpuna rehabilitacija.

Kod četvrtog bolesnika sam očekivao naročite teškoće u naprijed izloženom pravcu, jer je on već otprije pokazivao određenu tendenciju k

invaliditetu, a i njegovo bezrazložno »bolovanje« bilo je neuobičajeno često. I ovdje se namjeravalo bolesnika što prije premjestiti iz bolničkog ambijenta u tvornički stacionar, ali u tome nisam uspio, jer je bolesnik još za vrijeme boravka na kirurškom odjelu zapao u delirantno stanje. Bio je premješten na psihijatrijski odjel, gdje je po smirenju uzbuđenog stanja pokazivao kraće vrijeme pseudodementnu sliku, koja je iščezla, da bi na njeno mjesto došlo do jakog pomaka afekta u pravcu depresije uz melankolično držanje i obilje hipohondrijskih tegoba. Bolesnik pokazuje jasnu želju za rentom, pa će vjerojatno i biti preveden u invalidsku mirovinu.

I kod posljednjeg bolesnika je postojala prilična ugroženost u smislu eventualnog razvoja posttraumatske neuroze, ali zbog drugih okolnosti do nje nije došlo. Radilo se naime o šoferu kamiona, kod kojeg je upadljivo brzo osjećaj krivnje i odgovornosti potisnuo sva druga doživljavanja. Vidimo, dakle, da je u ovoj drugoj grupi od devet povrijeđenih samo u jednom slučaju došlo do razvoja posttraumatskog neurotskog stanja, iako su kod većeg broja povrijeđenih postojali za to povoljni uvjeti. Nasuprot tome, u prvoj opisanoj grupi razvila se neuroza kod sva tri ozlijeđenika.

#### ZAKLJUČAK

Učšće posttraumatskih neurotskih stanja kod industrijskih radnika neopravdano je veliko, pa takva stanja zahtijevaju posebni terapijski postupak, kod kojeg je akcent na preventivi.

Takva »preventivna« terapija treba da započne odmah i da naročito obuhvati »ugrožene« pojedince. Terapija se svodi na psihoterapijsko sugestivno djelovanje i hrabrenje pa ima za neposredni cilj što brže osposobljenje za rad. Uspjeh liječenja bit će veći, ako se liječenje provodi po mogućnosti izvan bolničkog ambijenta i bliže radnoj sredini, pa se zbog toga treba boravak u bolnici skratiti, a za vrijeme bolničkog liječenja nastojati da se isključi eventualni negativni utjecaj drugih bolesnika. Ambijent, stav i držanje okoline mora biti pozitivno, ohrabrujuće i umirujuće. Naročitu pažnju treba obratiti individualnim sklonostima i tendencijama i utjecati u pravcu njihova realnog usmjeravanja. Ako imamo više ugroženih radnika iz iste sredine, treba psihoterapijski rad provoditi u grupi.

Prvu i presudnu etapu u psihičkoj rehabilitaciji takvih bolesnika sačinjava njegova neposredna okolina: obitelj, ukućani i susjedi, koji povrijeđenom moraju pružiti svestranu podršku. Tvornički, rajonski ili kućni liječnik na drugoj etapi nadzire tu podršku, daje upute i savjete, a eventualna zastranjivanja korigira u samom početku. Pored toga treba provoditi i psihoterapiju prema naprijed ocrtanim principima. Uloga specijaliste neuropsihijatra, kao treće i zadnje etape, premještava

se naprijed, pa on svoju aktivnost usmjeruje na organizaciono-preventivni rad u smislu instruiranja okoline i zdravstvenog osoblja za rad s takvim bolesnicima. Znamo kako je teška, a često i bezuspješna psihijatrijska terapija već razvijenih posttraumatskih neurotskih stanja, pa se zbog toga i usmjerivanje rada u pravcu aktivne prevencije posttraumatskih neuroza ukazuje kao opravdano i nužno.