

## Tijek i prognoza PTSP-a Prikaz značajnih pokazatelja

Vinko Čatipović, Radomir Drobac i  
Miroslav Turković

Izvorni znanstveni rad  
UDK 616.89-008  
Prispjelo: 12. lipnja 1996.

Opća bolnica Bjelovar

U radu je prikazana skupina od 59 ispitanika, liječenih pod dijagnozom PTSP-a na Psihijatrijskom odjelu Opće bolnice Bjelovar, tijekom 1996. godine. U 23% bolesnika, posttraumatski stresni poremećaj nije prepoznat prilikom upućivanja u bolnicu, a u tih 23% bolesnika klinička slika je bila najčešće "prekrivena" alkoholizmom ili psihotičnim simptomima. Uz PTSP, dijagnosticiran je anksioznodepresivni poremećaj u 12,4% bolesnika, anksiozni poremećaj u 5,3% i depresivni sindrom u 17,8% ispitanika. Poremećaj (F60) ili trajne promjene ličnosti (F62) utvrđeni su u 50,8% ispitanika, a unutar te skupine 63,3% bolesnika imalo je od ranije (prije razvoja PTSP-a) verificiran poremećaj ličnosti. Skupina bolesnika s trajnim promjenama ličnosti nakon

katastrofalnih doživljaja je po tijeku bolesti slična skupini bolesnika bez promjena poremećaja ličnosti. U bolesnika s primarnim poremećajem ličnosti nalazimo veći broj alkoholičnih komplikacija i rehospitalizacija ( $p < 0,05$ ). Čak 40,7% promatranih bolesnika već je psihijatrijski liječeno prije razvoja PTSP-a, a u sadašnjoj bolesti oni su češće rehospitalizirani, često prekidaju ambulantno liječenje i imaju veći broj alkoholičnih komplikacija ( $p < 0,05$ ). U liječenju su najčešće primjenjivani lijekovi iz skupine bazalnih neuroleptika, zatim anksiolitici, pa anti-depresivi. Među neurolepticima i anksioliticima najviše su korišteni lijekovi koji ispoljavaju i antidepresivno djelovanje (sulprid i alprazolam).

### Ključne riječi: PTSP

Posttraumatski stresni poremećaj je novija dijagnostička kategorija. Prije definiranja PTSP-a kao zasebnog dijagnostičkog entiteta, psihički poremećaji, koji su se javljali kod osoba izloženih ratnim stradanjima, označavani su terminima "iritabilno srce", "vojničko srce", "šok od granate", "sindrom koncentracionog logora",... (3, 5, 7, 11).

Na temelju proučavanja problema ratnih veterana iz Vijetnama, u DSM-III, definiran je 1980. godine posttraumatski stresni poremećaj.

U Hrvatskoj se dijagnoza PTSP-a učestalo postavlja od početka Domovinskog rata, što ne treba posebno objašnjavati. Dijagnostika je olakšana uvođenjem u rad desete revizije MKB-a i četvrtog izdanja DSM-a, gdje su definirani dijagnostički kriteriji PTSP-a (1, 20). Poznavanje dijagnostičkih kriterija PTSP-a važno je ne samo psihijatrima, već i liječnicima opće medicine, jer su oni u prvom kontaktu s pacijentom i odlučuju o eventualnom upućivanju psihijatru.

Na kliničku sliku u individualno različitoj mjeri djeluju premorbidno postojeće crte ličnosti, osobito pojedinih povijesnih, zemljopisnih i psiholoških sredina (12), kao i sekundarana problematika koja

gotovo redovno prati PTSP (10, 16, 17). Ne treba zanemariti ni značaj socijalnih čimbenika (18).

Radeći ovaj rad postavili smo si nekoliko ciljeva:

1. obraditi komorbiditet PTSP-a, izdvajajući poremećaje, odnosno bolesti, koje se javljaju uz PTSP prema učestalosti javljanja.

2. Prodiskutirati o utjecaju ranije postojećih psihijatrijskih poremećaja i bolesti na tijek PTSP-a.

3. Prikazati koji se psihofarmaci (obavezno uz psihoterapiju) najčešće primjenjuju na liječenju PTSP-a na Odjelu psihijatrije Opće bolnice Bjelovar.

### MATERIJAL I METODE

Analizirana je skupina bolesnika liječenih pod dijagnozom PTSP-a, tijekom 1996. godine, na Odjelu za duševne bolesti Opće bolnice Bjelovar. Obuhvaćeno je 59 bolesnika čije liječenje je započeto u razdoblju od 01. 01. do 31. 12. 1996. godine, bez obzira kada je završeno. Osnovni kriterij uključivanja u studiju bio je PTSP kao otpusna ili jedna od otpusnih dijagnoza, bez obzira na uputne dijagnoze. Dva ispitanika upućena pod dijag-

nozom PTSP-a, koja nije verificirana tijekom hospitalizacije, isključena su iz daljnje obrade.

Verifikaciju uputne dijagnoze izvršili smo uspoređivanjem podataka Knjige upisa i otpusnica. Tako smo dobili tri skupine bolesnika:

- a) upućeni i otpušteni pod dijagnozom PTSP,
- b) upućeni pod dijagnozom PTSP-a, a tijekom hospitalizacije ta dijagnoza nije verificirana,
- c) upućeni pod drugom dijagnozom, a kod otpusta je verificiran PTSP (kao vodeća ili jedna od dijagnoza evidentiranih u otpusnici).

Nakon isključenja bolesnika kod kojih nije verificirana dijagnoza PTSP-a, pristupili smo prikupljanju podataka. Njih smo prikupili uvidom u povijest bolesti bolesnika i svrstali u, za tu svrhu, pripremljene upitnike. Prateći komorbiditet PTSP-a, obratili smo pozornost na promjene strukture ličnosti (nastojeći odvojiti poremećaj ličnosti - F60 i F61, od trajnih promjena ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja - F62.0), depresivni sindrom (ne radeći distinkciju prema vrsti, intenzitetu i trajanju poremećaja), opći anksiozni poremećaj, alkoholizam i tjelesne ozljede.

Od socijalnih pokazatelja pratili smo zaposlenost, bračni status i nivo stručne spreme. Terapiju smo analizirali izdvajajući najčešće primjenjivane vrste psihofarmaka, a zatim i najčešće propisivane lijekove iz pojedinih skupina. Razmatrajući utjecaj premorbidno postojećih poremećaja bolesti na tijek PTSP-a, pokušali smo utvrditi psihičko stanje bolesnika prije dijagnosticanja PTSP-a i definirati što smatramo povoljnim, a što nepovoljnim tijekom PTSP-a.

Psihičko stanje bolesnika prije početka sadašnje bolesti utvrdili smo uporednom analizom svih nalaza psihijataru i psihologu (ambulantnih i bolničkih, od prvog javljanja bolesnika psihijatru ili psihologu).

Za slučajeve gdje su nalazi bili uredni (npr. evidentirani sistematski pregledi), ili gdje nije bilo tragova psihijatrijskog pregleda, smatrali smo da su bili zdravi do početka sadašnje bolesti.

Nepovoljan tijek bolesti nije praćen samo perzistiranjem simptoma PTSP-a, već i javljanjem komplikacija, od kojih su depresija, anksiozni poremećaj i alkoholizam vrlo česti. U nekim slučajevima alkoholizam postaje toliko ekscesivan da zasjeni sliku PTSP-a i dovede do socijalnog i psihološkog propadanja ličnosti. Pad sposobnosti socijalne adaptacije i tolerancije na svakodnevne životne frustracije očituje se u dijelu bolesnika opetovanim hospitalizacijama, koje poprimaju regresivne oblike povlačenja iz života, izvan zaštićene bolničke sredine. Dio bolesnika manifestira nihilistički stav prema liječenju, ali i životu, koji se, između ostalog, očituje i nemogućnošću održavanja transfera s terapeutom u izvanbolničkim uvjetima. Prateći

pokazatelje mogućeg nepovoljnog tijeka poremećaja, mi smo pažnju usmjerili na alkoholne komplikacije, učestalost rehospitalizacija i prekida ambulantnog liječenja.

Dijagnozu PTSP poremećaja postavljao je psihijatar, oslanjajući se na kriterije DSM IV. Kod većine bolesnika učinjena je i psihološka obrada.

U statističkoj obradi značajnost razlika rezultata korišteni su  $\chi^2$  i t-test, što je u tekstu označeno.

## REZULTATI

U bolnicu je pod dijagnozom PTSP-a upućeno 47 bolesnika obuhvaćenih studijom (od toga kod 2 dijagnoza tijekom bolničkog liječenja nije potvrđena). Bilo je i 14 bolesnika upućenih pod drugom dijagnozom, kod kojih je tijekom hospitalizacije postavljena dijagnoza PTSP-a (tablica br. 1).

Kod nepoznatih PTSP-a klinička slika je najčešće bila "prekrivena" alkoholizmom ili psihotičnom slikom (slika br. 1).

Uz simptome PTSP-a, u 28,7% ispitanika bili su prisutni simptomi tjelesne bolesti, u 26,1% poremećaj ličnosti, 20,9% alkoholizam, 14,8% depresivni sindrom i u 3,6% opći anksiozni poremećaj (slika br. 2).

Kod polovine ispitanika bile su izražene promjene na planu ličnosti, i to u 32,2% poremećaj ličnosti (F60/61), a u 18,6% trajne promjene ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja (F62.0) (tablica br. 2).

U skupini "PTSP s poremećajem ličnosti" nalazimo statistički značajno više ispitanika s ispoljenom ovisnošću o alkoholu ( $\chi^2=7,32$   $p<0,01$ ) i većim brojem hospitalizacija ( $\chi^2=14,72$   $p<0,01$ ). Između uspoređivanih skupina nema statistički značajne razlike u pogledu broja ispitanika koji su prekinuli ambulantno liječenje ( $\chi^2=0,66$   $p>0,05$ ) (slika br. 3).

Kod ispitanika s poremećajem ličnosti bilo je statistički značajno više alkoholizma

**TABLICA 1.**

Verifikacija uputne dijagnoze PTSP-a

**TABLE 1.**

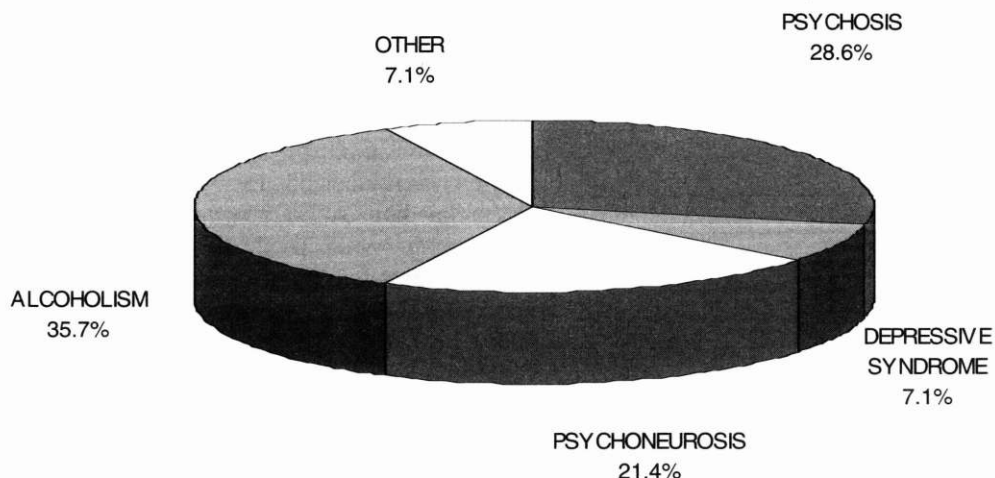
Verification of the diagnosis with which the patients were referred to the hospital

	Uputna dg Diagnosis at admittance	PTSP PTSD	Drugo Other
Otpusna dg Diagnosis at discharge	PTSP PTSD	45	14
	Drugo Other	2	

**SLIKA 1.**

Dijagnoze pod kojima su upućivani na bolničko liječenje pacijenti s neprepoznatljivim PTSP-sindromom  
**FIGURE 1.**

Diagnoses with which the patients with an unrecognized PTSD were referred to hospital treatment



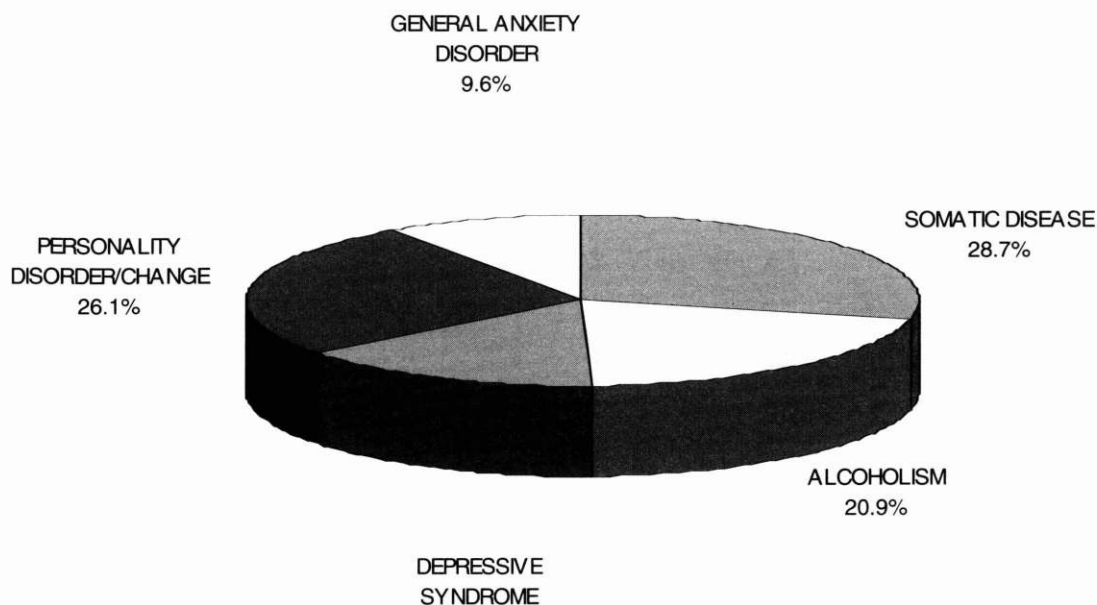
ALKOHOLIZAM - ALCOHOLISM / PSIHONEUROZA - PSYCHONEUROSIS / DEPRESIVNI SINDROM -  
DEPRESSIVE SYNDROME / PSIHOZA - PSYCHOSIS / OSTALO - OTHER

**SLIKA 2.**

Komorbiditet PTSP-a

**FIGURE 2.**

PTSD and concomitant diseases



DEPRESIVNI SINDROM - DEPRESSIVE SYNDROME / POREMEĆAJ/PROMJENE LIČNOSTI - PERSONALI-  
TY DISORDER/CHANGE / OPĆI ANKS. POREMEĆAJ - GENERAL ANXIETY DISORDER / TJELESNA  
BOLEST - SOMATIC DISEASE / ALKOHOLOZAM - ALCOHOLISM

**TABLICA 2.**

Odnos poremećaja ličnosti (F60 i F61) i trajnih promjena ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja (F62.0) među bolesnicima s PTSP-om

**TABLE 2.**

The relationship of personality disorders (F60 and F61) and permanent personality changes after catastrophic experiences (F62.0) in patients with PTSD

	N	%
PTSP bez promjene/poremećaja ličnosti PTSD without personality disorders	29	49.2
PTSP+poremećaj ličnosti PTSD+F60/F61	19	32.2
PTSP+promjene ličnosti nakon katastrofe PTSD+F62.0	11	18.6
UKUPNO TOTAL	59	100.0

( $t=3,105$   $p<0,05$ ) i rehospitalizacija ( $t=2,444$   $p<0,05$ ). Nije bilo razlika u učestalosti prekida ambulantnog liječenja ( $t=1,05$   $p>0,05$ ) (slika br. 4).

Bolesnici s trajnim promjenama ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja statistički se značajno ne razlikuju po ispitivanim parametrima od PTSP bolesnika, bez promjene poremećaja ličnosti (za alkoholizam  $t=1,592$ , za broj hospitalizacija 3 i više  $t=0,25$ , za prekid ambulantnog liječenja  $t=0,25$ ;  $p>0,05$ ) (slika br. 5).

U skupini ranije psihijatrijski liječenih ispitanika nalazimo na razini statističke značajnosti više alkoholizma ( $\chi^2=6,63$   $p<0,05$ ), veći broj bolesnika s 3 i više hospitalizacija ( $\chi^2=7,24$   $p<0,01$ ) i veći broj bolesnika koji su samovoljno prekinuli ambulantno liječenje ( $\chi^2=9,25$   $p<0,01$ ) (slika br. 6).

Tijekom 1995. i 1996. godine liječenje pod dijagnozom PTSP-a započelo je čak 79,6% bolesnika. (slika br. 7).

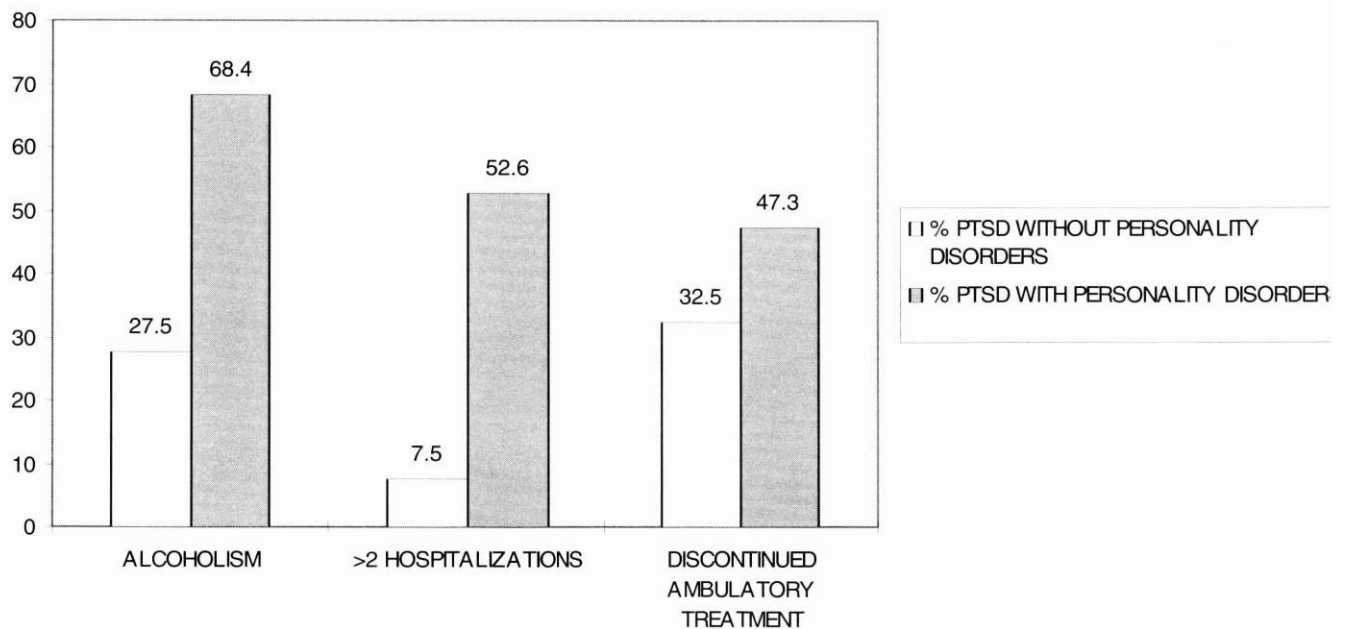
U 22,2% bolesnika tijekom bolesti zahtijevao je liječenje kroz 3 i više hospitalizacija (slika br. 8).

**SLIKA 3.**

Utjecaj premorbidno postojećeg poremećaja ličnosti na tijek i prognozu PTSP-a

**FIGURE 3.**

The influence of a previously diagnosed personality disorder on the course and prognosis of PTSD



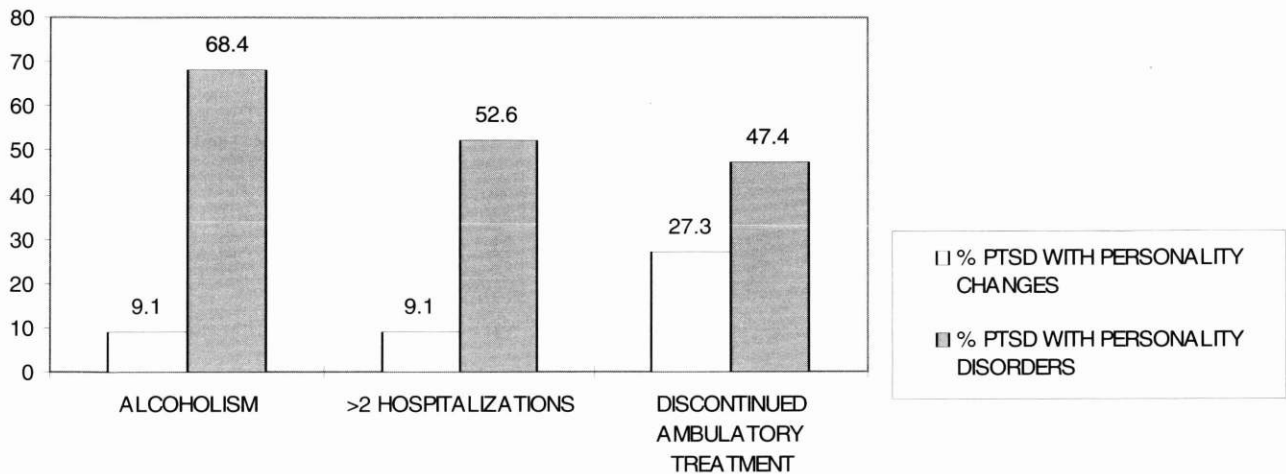
ALKOHOLIZAM - ALCOHOLISM / BROJ HOSP >2 - >2 HOSPITALISATIONS / PREKID AMB LIJEČENJA - DISCONTINUED AMBULATORY TREATMENT / PTSP BEZ POREMEĆAJA LIČNOSTI - PTSD WITHOUT PERSONALITY DISORDERS / PTSP SA POREMEĆAJEM LIČNOSTI - PTSD WITH PERSONALITY DISORDERS

**SLIKA 4.**

Usporedni prikaz utjecaja trajnih promjena ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja i poremećaja ličnosti na tijek i prognozu PTSP-a

**FIGURE 4.**

A comparison of the influences of permanent personality changes after catastrophic experiences and of personality disturbance on the course and prognosis of PTSD



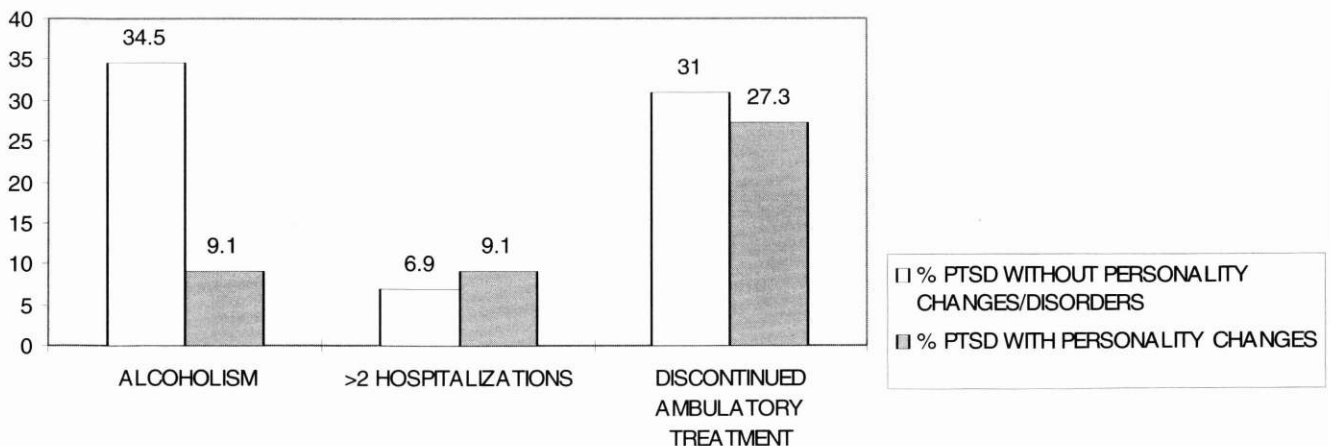
ALKOHOLIZAM - ALCOHOLISM / BROJ HOSP >2 - >2 HOSPITALIZATIONS / PREKID AMB LIJEČENJA - DISCONTINUED AMBULATORY TREATMENT / PTSP SA PROMJENAMA LIČNOSTI - PTSD WITH PERSONALITY CHANGES / PTSP SA POREMEĆAJEM LIČNOSTI - PTSD WITH PERSONALITY DISORDERS

**SLIKA 5.**

Prikaz utjecaja trajnih promjena ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja na tijek i prognozu PTSP-a

**FIGURE 5.**

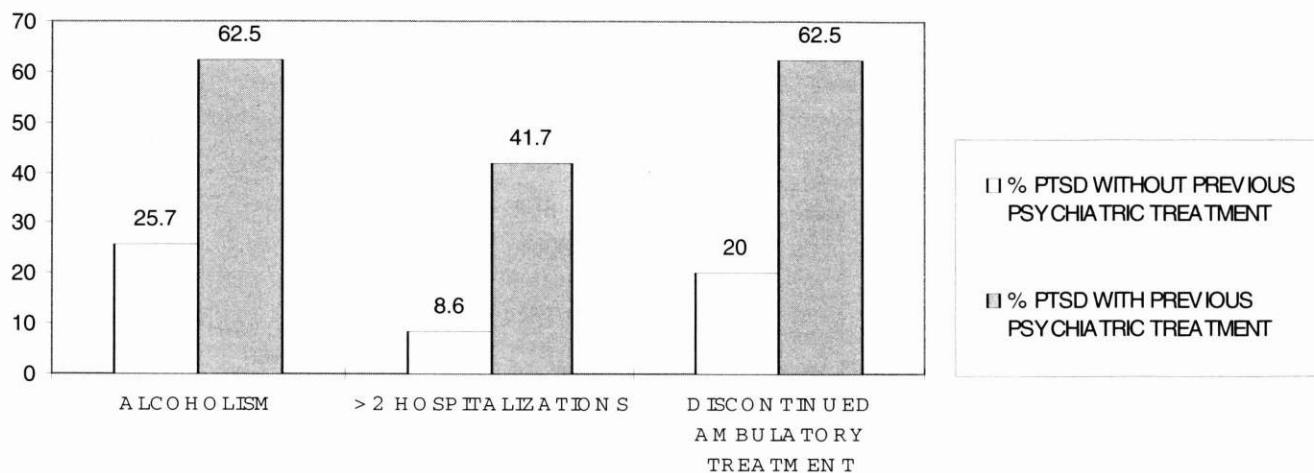
The influence of permanent personality changes after catastrophic experiences on the course and prognosis of PTSD



ALKOHOLIZAM - ALCOHOLISM / BROJ HOSP >2 - >2 HOSPITALIZATIONS / PREKID AMB LIJEČENJA - DISCONTINUED AMBULATORY TREATMENT / PTSP BEZ PROMJENA/POREMEĆAJA LIČNOSTI - PTSD WITHOUT PERSONALITY CHANGES/DISORDERS / PTSP SA PROMJENAMA LIČNOSTI - PTSD WITH PERSONALITY CHANGES

**SLIKA 6.**

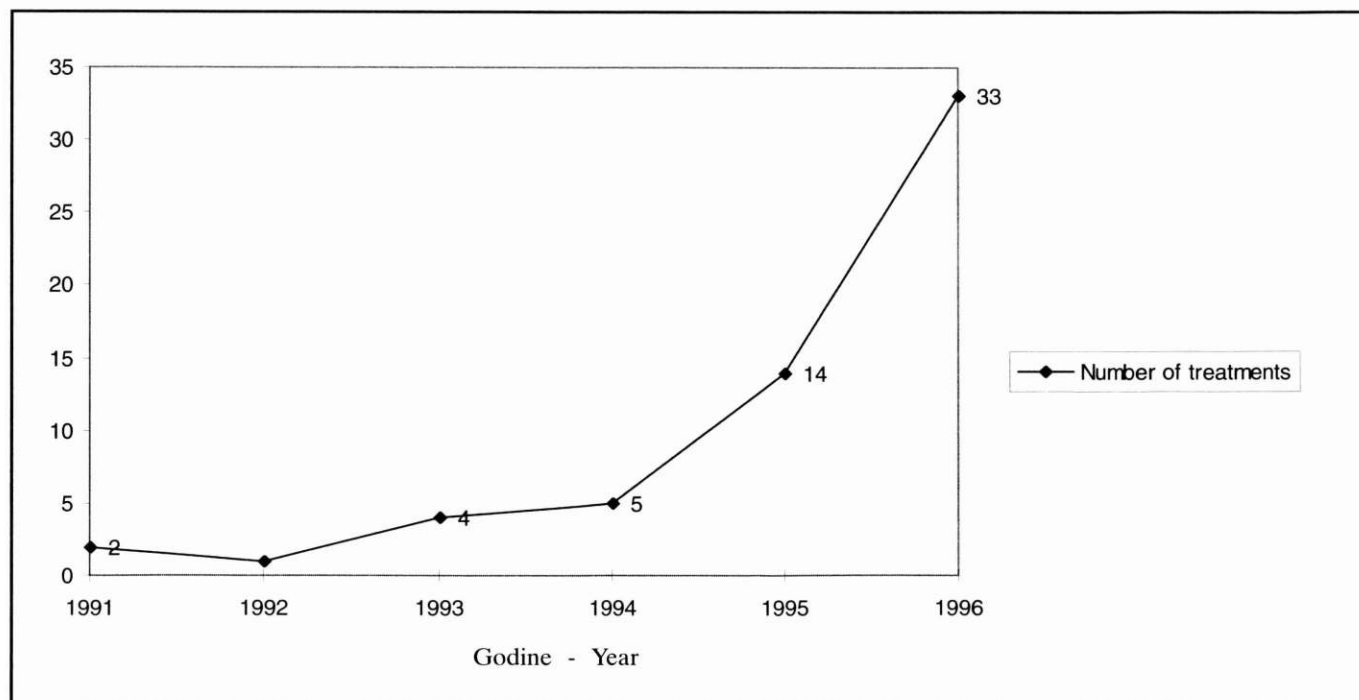
Prikaz utjecaja ranijeg psihijatrijskog liječenja na tijek i prognozu PTSP-a  
**FIGURE 6.**  
 The influence of previous psychiatric treatment on the course and prognosis of PTSD



ALKOHOLIZAM - ALCOHOLISM / BROJ HOSP >2 - >2 HOSPITALIZATIONS / PREKID AMB LIJEČENJA - DISCONTINUED AMBULATORY TREATMENT / PTSP BEZ RANIJEG PSIH. LIJEČENJA - PTSD WITHOUT PREVIOUS PSYCHIATRIC TREATMENT / PTSP RANIJE PSIH. LIJEČEN - PTSD WITH PREVIOUS PSYCHIATRIC TREATMENT

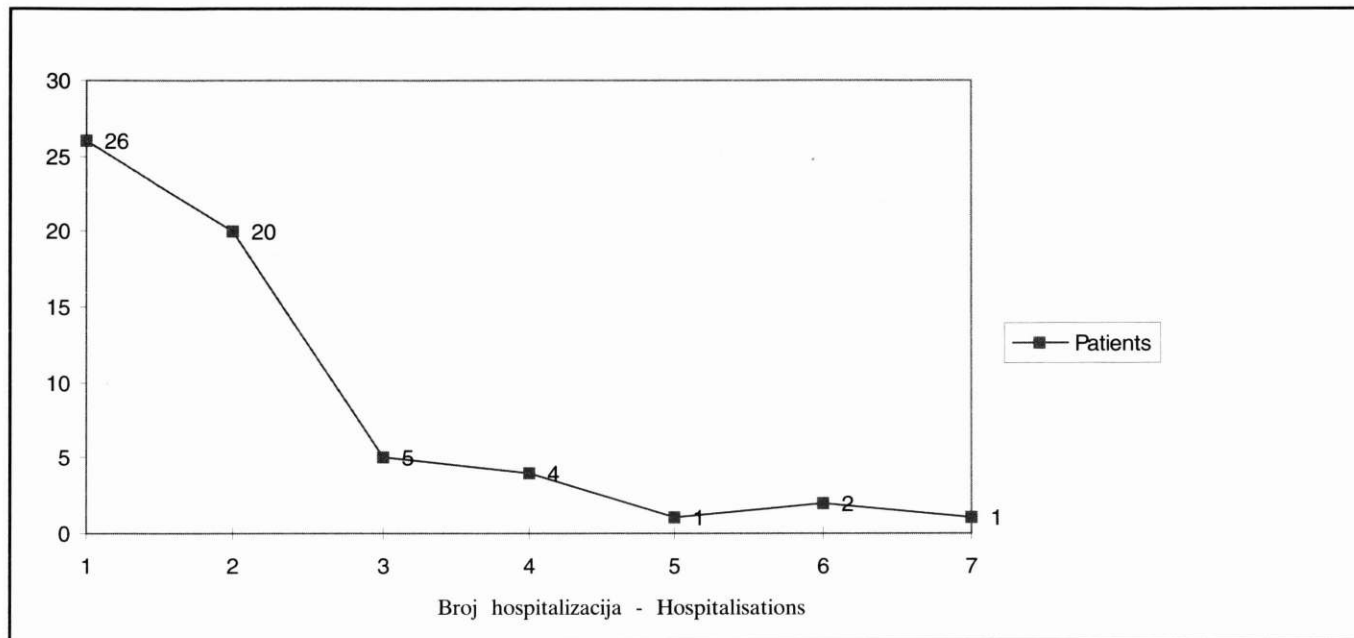
**SLIKA 7.**

Godina u kojoj je započeto liječenje PTSP-a  
**FIGURE 7.**  
 The commencing year of PTSD treatment



Broj liječenja - Number of treatments

**SLIKA 8.**  
Broj hospitalizacija pod dijagnozom PTSP po pojedinom pacijentu  
**FIGURE 8.**  
The number of hospitalizations per patient diagnosed with PTSD



Broj pacijenata - Patients

**TABLICA 3.**  
Utjecaj komorbiteta na trajanje bolničkog liječenja  
**TABLE 3.**  
The influence of concomitant disease to the prolonged hospitalisation

Dijagnoza	<10 dana	Od 11 do 20 dana	Od 21 do 30 dana	>30 dana	Ukupno
Diagnosis	<10 days	11-20 days	21-30 days	>30 days	Total
PTSP		2	1		3
PTSD					
PTSP+druga dg	7	25	18	6	56
PTSD+another diagnosis					
Ukupno	7	27	19	6	59
Total					

Prisutnost druge dijagnoze uz PTSP često rezultira produljenim liječenjem (tablica br. 3).

Trećina ispitanika bila je u trećem desetljeću života, 47,5% u dobi između 30 i 39 godina, te 16,9% između 40 i 49 godina. Samo 3,4% ispitanika bilo je starije od 50 godina (slika br. 9).

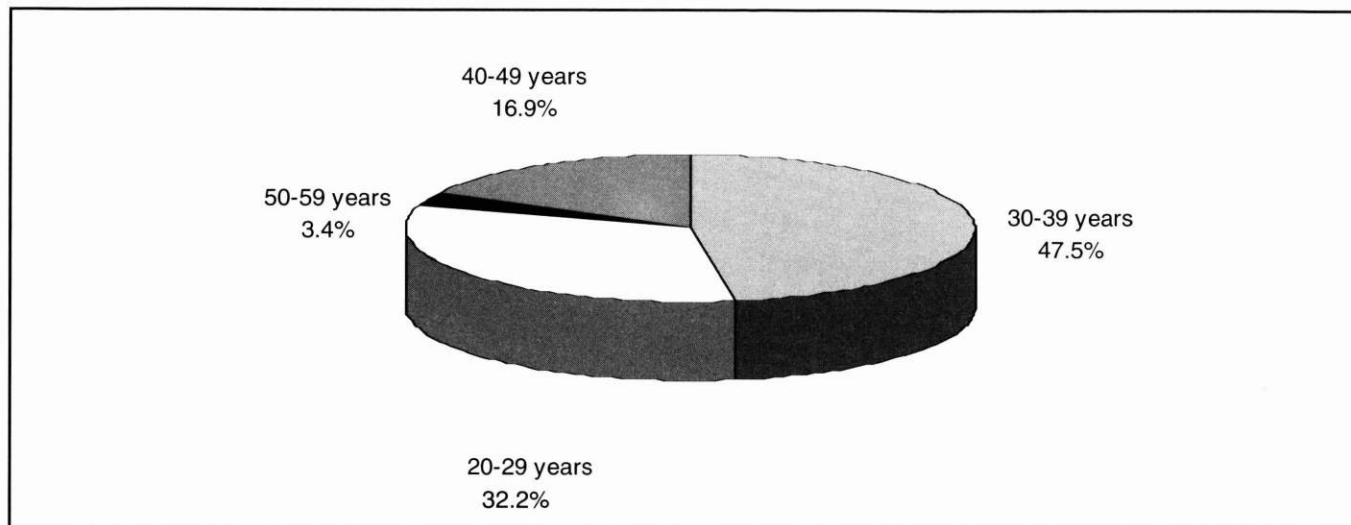
U skupini bolesnika kod kojih prekidi ambulantnog liječenja iznose 2,3 i više mjeseci, prevladavaju bolesnici kod kojih se, uz PTSP, javlja i alkoholizam (tablica br. 4).

Većina bolesnika je primala 1 ili 2 psihofarmaka istovremeno (slika br. 10).

Najčešće korišteni psihofarmaci su neuroleptici. Antidepresivi su tek na trećem mjestu (slika br. 11).

Najčešća medikamentozna kombinacija, primjenjivana u liječenju PTSP-a, bila je kombinacija neuroleptika i anksiolitika, kao treći obično im je pridružen hipnotik. Antidepresiv je najčešće kombiniran s neuroleptikom i anksiolitikom. Jedan bolesnik nije primao nikakvu medikamentoznu terapiju a, pet bolesnika primalo je po jedan lijek (tablica br. 5).

**SLIKA 9.**  
Dobne skupine  
**FIGURE 9.**  
Age groups



Godine - years

**TABLICA 4.**  
Kontinuitet posthospitalnog ambulantnog liječenja  
**TABLE 4.**  
Continuous ambulatory treatment after the hospitalization

Vrijeme proteklo od zadnje kontrole Time after the last examination	<29 dana <29 days	30-59 dana 30-59 days	60-89 dana 60-89 days	>90 dana >90 days
PTSP-bez alk PTSD without alcoholism	13	11	5	6
PTSP+alk PTSD+alcoholism	4	1	3	16
Ukupno Total	17	12	8	22

### RASPRAVA

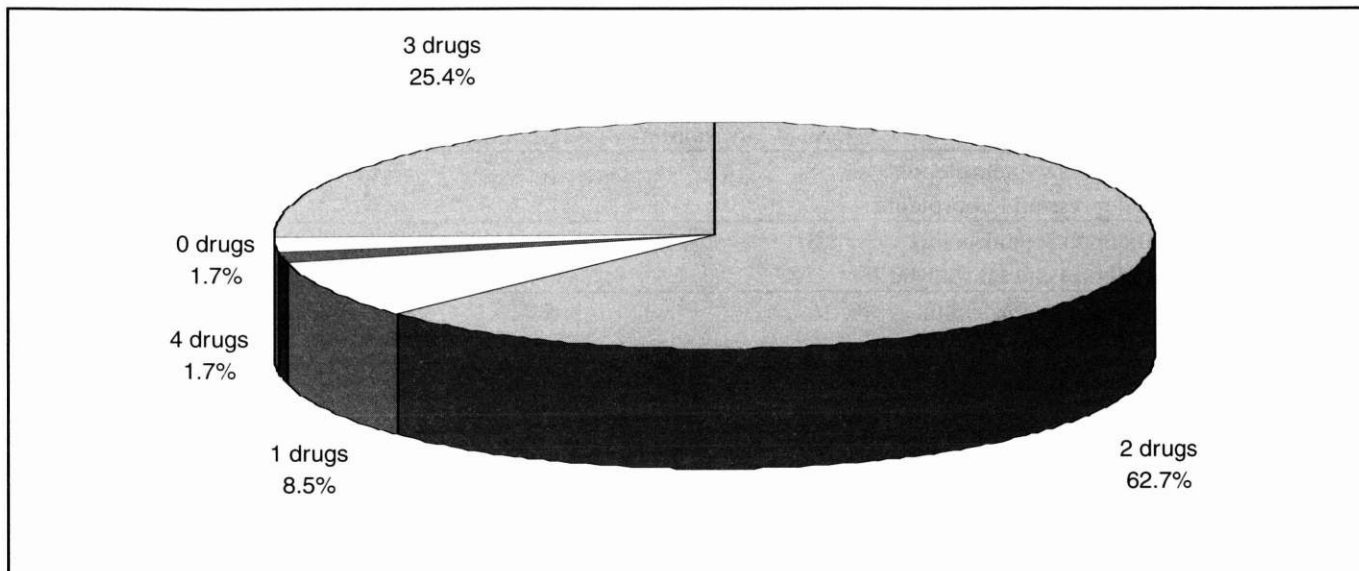
Prilikom upućivanja u bolnicu, liječnik opće medicine nije u 26,2% ispitanika prepoznao PTSP, ili je pogrešno postavio dijagnozu tog poremećaja. O težini diferencijalne dijagnoze govori i podatak da kod četvrtine bolesnika, nakon prvog pregleda u bolnici, nije bilo usklađeno mišljenje psihologa i psihijatra. Disocijacija, somatizacija i afektivna disregulacija javljaju se u spektru odgovora na traumu (9) i otežavaju diferencijalnu dijagnozu PTSP-a. Definitivna dijagnoza je postavljena tijekom bolničke opservacije. Većina bolesnika s neprepoznatim PTSP-om je primljena u stanju teške psihičke dekompenzacije, u Hitnoj službi. Četiri bolesnika iz

te skupine bila su prilikom prijema psihotična, dva su zbog psihosomatske dekompenzacije hospitalizirana na drugim odjelima, a kod trećine su dominirali simptomi alkoholne ovisnosti.

PTSP se rijetko javlja izoliran. Vrlo često je praćen drugim psihijatrijskim poremećajima, prema nekim autorima u više od 80% slučajeva. U ispitivanom uzorku PTSP se sam, bez komplikacija, javlja u 5,5% slučajeva. Najčešća druga dijagnoza je bila tjelesna bolest (28,7%). U literaturi je opisana povezanost PTSP-a i psihosomatskih bolesti (5, 16), a mi smo uz klasične psihosomatske bolesti u skupinu "tjelesne bolesti" ubrojili i posljedice ranjavanja/povređivanja (23,2%). Povezanost PTSP-a s prethodno postojećim poremećajem ličnosti, ali i

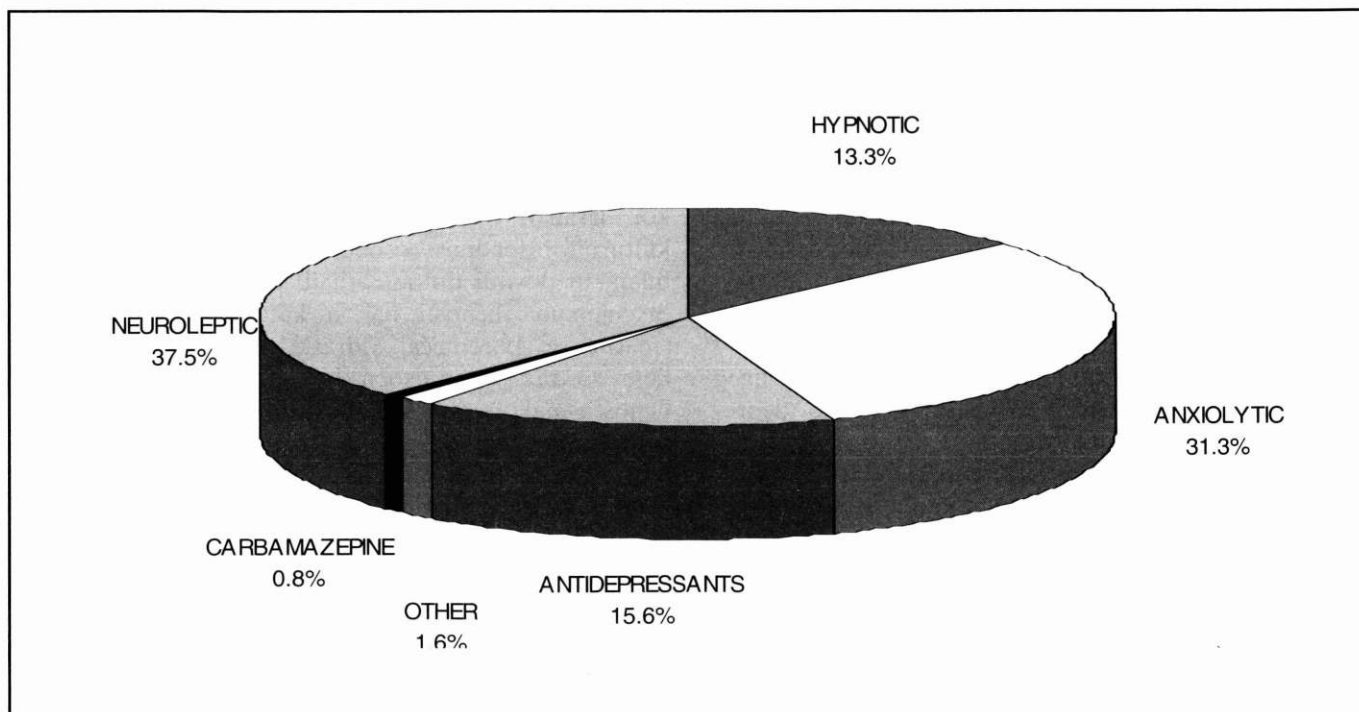


**SLIKA 10.**  
Broj istovremeno ordiniranih psihofarmaka po pacijentu  
**FIGURE 10.**  
The number of simultaneously applied psychotropic drugs per patient



Farmak - drug

**SLIKA 11.**  
Prikaz psihofarmaka korištenih u liječenju PTSP-a  
**FIGURE 11.**  
Psychotropic drugs used in the treatment of PTSD



NEUROLEPTICI - NEUROLEPTIC / CARBAMAZEPIN - CARBAMAZEPINE / OSTALO - OTHER / ANTI-DEPRESIVI - ANTIDEPRESSANTS / ANKSIOLITICI - ANXIOLYTIC / HIPNOTICI - HYPNOTIC

**TABLICA 5.**

Najčešće kombinacije psihofarmaka korištene u liječenju PTSP-a

**TABLE 5.**

The most frequent combinations of psychotropic drugs in the treatment of PTSD

Kombinacije lijekova Drug combination	N	Treći lijek u kombinaciji The third combined drug		
		Anksiolitik Anxiolytic	Hipnotik Hypnotic	Karbamazepin Carbamazepine
Antidepresiv+neuroleptik Antidepressant+neuroleptic	8	4	3	
Antidepresiv+anksiolitik Antidepressant+anxiolytic	3		2	1
Neuroleptik+anksiolitik Neuroleptic+anxiolytic	16		5	
Neuroleptik+hipnotik Neuroleptic+hypnotic	7			
Neuroleptik+neuroleptik Neuroleptic+neuroleptic	4			
Ukupno Total	38	4	10	1

posttraumatskim trajnim promjenama ličnosti, objašnjava visok postotak bolesnika s promjenama/poremećajem ličnosti (26,1%). I u ovom ispitivanju se potvrdilo da alkoholizam vrlo često prati PTSP. Bolesnici alkoholom nastoje ublažiti simptome PTSP-a (2), a rezultat je pogoršanje tegoba (15). Opći anksiozni poremećaj i sindrom depresije zajedno su bili prisutni u 12,4% ispitanika s pozitivnim komorbiditetom. Zasebno od depresije, opći anksiozni poremećaj javljao se u 5,3% ispitanika, a depresivni sindrom bez općeg anksioznog poremećaja u 17,8% ispitanika.

Povezanost alkoholizma, depresije, općeg anksioznog poremećaja i PTSP-a je vrlo česta (6, 7, 10, 11, 18, 19), što je otežalo prepoznavanje poremećaja na nivou liječnika opće medicine. Diferencijalno dijagnostičke teškoće povećava i djelomično "preklapanje" simptoma općeg anksioznog poremećaja i PTSP-a, odnosno depresivne epizode i PTSP-a.

Većina bolesnika su bili zaposleni i oženjeni, polovica ima nižu, a polovica srednju stručnu spremu. Osobe s dobrom mrežom socijalne podrške imaju manje izgleda da obole od težih oblika PTSP-a, a samci, razvedeni, udovice, ekonomski siromašne osobe i osobe bez socijalne podrške imaju veću šansu za razvoj PTSP-a i njegovih težih oblika. (11, 21).

Brak, život u sekundarnoj obitelji, zasebno domaćinstvo, ekonomska neovisnost i socijalna sigurnost predstavljaju povoljne prognostičke faktore PTSP-a (1).

U ovom radu smo se orijentirali na analizu utjecaja premorbidno postojećih poremećaja ličnosti (F60, F61) na tijek bolesti, te na odnos poremećaja ličnosti preme trajnim promjenama ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja. U tu svrhu smo unutar skupine "PTSP-a s promjenama/poremećajem ličnosti" izdvojili bolesnike s primarnim poremećajem (F60, F61) od sekundarno nastalih trajnih promjena ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja (F62.0). Tako je izdvojeno 19 (32,2%) bolesnika s primarnim poremećajem ličnosti. To je dugotrajni proces unutrašnjeg doživljavanja i ponašanja, koji izrazito odstupa od očekivanog s obzirom na kulturnu pripadnost osobe, pervazivan je i nefleksibilan, te dovodi do smetnji ili oštećenja (1). Trajnim promjenama ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja smatra se poremećaj odrasle ličnosti i ponašanje koje se razvilo u osoba bez prijašnjeg poremećaja ličnosti, nakon što su bile izložene katastrofalnom ili izrazito prolongiranom stresu. Promjene ličnosti moraju perzistirati najmanje dvije godine nakon izlaganja katastrofalnom stresu da bi mogla biti postavljena ova dijagnoza (20). U DSM IV. nalazimo dijagnostičke kriterije za "promjene ličnosti zbog općeg zdravstvenog stanja", ali ne i za "promjene ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja". Zanimalo nas je da li se razlikuju bolesnici tih dviju skupina u pogledu tijeka i prognoze PTSP-a, odnosno koliki je prognostički značaj diferencijalne dijagnoze poremećaja (F60, F61) i promjene (F62.0) ličnosti kod bolesnika s PTSP-om.

Ocjenjujući tijek bolesti i uspješnost liječenja, pratili smo učestalost javljanja alkoholizma kao druge dijagnoze, broj rehospitalizacija i ponašanje bolesnika u posthospitalnom ambulantnom liječenju. Nepovoljnim tijekom bolesti i lošim prognostičkim faktorom smatrali smo pojavu alkoholne ovisnosti, broj hospitalizacija veći od dvije računano od postavljanja dijagnoze PTSP-a, te samovoljni prekid ambulantnog liječenja. U skupini bolesnika s pre-morbidno postojećim poremećajem ličnosti bilo je statistički značajno više alkoholnih komplikacija i veći broj rehospitalizacija u odnosu na ostale bolesnike. U pogledu učestalosti prekida ambulantnog liječenja nije bilo razlike.

Zatim smo usporedili bolesnike koji su uz PTSP imali dijagnosticiran primarni poremećaj ličnosti s bolesnicima koji su uz PTSP imali dijagnosticirane trajne promjene ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja. Uspoređivanjem navedenih parametara kod bolesnika s poremećajem ličnosti i trajnim promjenama ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja, dobili smo statistički značajnu razliku u pogledu pojave alkoholizma i većeg broja rehospitalizacija, bez značajne razlike u učestalosti napuštanja ambulantnog liječenja. Zatim smo usporedili skupinu bolesnika s trajnim promjenama ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja s pacijentima koji uz PTSP nisu ispoljavali promjene/poremećaje ličnosti. Ni u jednom praćenom parametru nismo utvrdili statistički značajnu razliku. Skupina ispitanika s trajnim promjenama ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja je prema tijeku bolesti slična ispitanicima koji ne pokazuju promjene/poremećaje ličnosti, a značajno se razlikuju od ispitanika s primarnim poremećajem ličnosti. Prisutnost primarnog poremećaja ličnosti uz PTSP nepovoljan je prognostički faktor.

Istom logikom smo izdvojili 24 (40,7%) bolesnika psihijatrijski liječena prije izbijanja simptoma PTSP-a. Poznato je da su osobe sa psihijatrijskom anamnezom značajno podložnije razvoju PTSP-a od normalne populacije. Njihove obrambene sposobnosti i mogućnosti adaptacije u stresnoj situaciji znatno su smanjene. Analizom smo utvrdili u skupini ranije psihijatrijski liječenih ispitanika statistički značajno više alkoholizma, rehospitalizacija i prekida posthospitalnog liječenja. Zato smatramo prisutnost ranijeg psihijatrijskog liječenja u povijesti bolesti bolesnika s PTSP-om nepovoljnim prognostičkim faktorom.

Većina analiziranih bolesnika je liječenje zbog PTSP-a počela u 1996. godini (55,9%), samo dvojica se liječe od 1991. godine. To je dio općeg procesa porasta psihijatrijskih hospitalizacija pod dijagnozom PTSP-a u zadnjih šest godina. Teško je odgovoriti zašto 1996. godine imamo više hospital-

iziranih bolesnika s dijagnozom PTSP-a nego, na primjer, 1991. ili 1993. godine, koje su bile teške ratne godine. Možemo ponuditi razmišljanja o odgođenom liječenju, odnosno kasnom javljanju bolesnika. Tek kad izađe iz ratne situacije i okružja, koje čine ljudi sa sličnim smetnjama (izraženim u različitoj mjeri), osoba s PTSP-om postaje svjesna svog problema. Na terenu još uvijek uredno funkcionira, ali ne i u svojoj obitelji. Nivo prilagodivosti za jedan način života pokazuje se insuficijentan u drukčijem socijalnom okružju. S druge strane završetak rata omogućio je ljudima da se vrate svom svakodnevnom životu i problemima, drugim rječima, da "više misle o sebi", što uključuje brigu o zdravlju i socijalno ekonomskom statusu obitelji. Mir ostvaruje i distancu prema ratnim događajima. Gledano iz ove mirnodopske perspektive, teško je, a nekada bez stručne pomoći i nemoguće, integrirati neke ratne doživljaje. Osjećaj osamljenosti, izgubljenosti ili krivnje tada lako zavlada osobom.

Većina bolesnika je u promatranom razdoblju liječena tijekom jedne do dvije hospitalizacije (78%). Kod ostalih je broj hospitalizacija bio veći, čak do devet. Radilo se o kroničnim oblicima PTSP-a, a velikom broju rehospitalizacija pridonose i drugi činitelji o kojima smo već govorili - komorbiditet, struktura ličnosti, soc. ekonomski faktori.. . Možda je najjednostavnije citirati DSM IV: "Trajanje simptoma varira, s potpunim oporavkom unutar 3 mjeseca od traume u otprilike pola slučajeva, odnosno perzistirajućim simptomima dulje od 12 mjeseci kod mnogih drugih".

Psihijatri znaju da je odlukom Fonda zdravstvenog osiguranja odobren "prosječan broj dana liječenja prilikom bolničkog zdravstvenog zbrinjavanja" za akutnog psihijatrijskog bolesnika 21 dan "uobičajene bolničke zdravstvene skrbi". Kod naših ispitanika je liječenje prosječno trajalo 20,1 dan, što znači da je korišten maksimum od Fonda odobrenog razdoblja liječenja. Vjerojatni razlog relativno dugom bolničkom liječenju treba tražiti u činjenici da se PTSP, naročito kronični oblik, izuzetno rijetko javlja izoliran, bez drugih psihijatrijskih poremećaja, čime tijek bolesti postaje daleko teži, a liječenje dugotrajno.

Radi se o mladim ljudima, većinom između 20 i 49 godina (96,6%). Time je povezano pitanje njihovog funkcioniranja u braku, odgoju djece, društvu, radu, što daje poseban značaj uspješnosti liječenja.

Javljanje alkoholizma uz PTSP značajno utječe na prekid ambulantnog liječenja.

Dio rasprave o farmakoterapiji započinjemo podatkom o broju istovremeno ordiniranih psihofarmaka kod pojedinog bolesnika. Većina bolesnika je primala istovremeno samo jedan ili dva lijeka, a

četvrtina bolesnika primala je po tri lijeka istovremeno. U literaturi se u farmakoterapiji PTSP-a najčešće spominju antidepresivi, pa anksiolitici, a zatim karbamazepin, beta-blokatori, neuroleptici, klonidid (4, 8, 11, 14, 19). U nas su najčešće primjenjivani lijekovi iz skupine neuroleptika, zatim slijede anksiolitici, pa antidepresivi... Najčešća kombinacija je kombinacija neuroleptika i anksiolitika, a kao treći često im je pridružen hipnotik. Na drugom mjestu je kombinacija antidepresiva i neuroleptika, treći u kombinaciji je anksiolitik ili hipnotik. Zbog čega su toliko zastupljeni neuroleptici, kojima se u literaturi ne pridaje veća efikasnost u liječenju PTSP-a? Njihova primjena je razumljiva kod bolesnika s psihotičnom kliničkom slikom (4 bolesnika). Kod ostalih ćemo primjenu neuroleptika lakše razumjeti osvrnemo li se na izbor pojedinog neuroleptika. Daleko najčešće propisivani neuroleptik bio je sulpirid (u 79% slučajeva primjene neuroleptika). Razlog je vjerojatno blago antidepresivno djelovanje koje mu se pripisuje u nižim dozama. Većinu preostalih neuroleptika čine bazalni neuroleptici, ovdje upotrebljavani zbog svog sedativnog, anksiolitičkog i hipnotičkog učinka. Primjenom bazalnih neuroleptika, pokušalo se djelovati na simptome trajne pobudenosti nakon što su morali (radi izbjegavanja nuspojave, prvenstveno ovisnosti) biti iz terapije isključeni anksiolitici. Bazalni neuroleptici su primjenjivani i kod bolesnika koji su već prilikom prijema bili izrazito motorički agitirani. Među anksioliticima najviše primjenjivan je bio alprazolam, zbog antidepresivnog, antipaničnog i anksiolitičkog učinka. Od antidepresiva na raspolaganju smo imali samo tricikličke antidepresive i maprotilin, koji su podjednako primjenjivani. Primjena hipnotika je svedena na nitrazepam. Karbamazepin je primijenjen kod jednog bolesnika, dok beta-blokatori nisu korišteni u terapiji.

### ZAKLJUČAK

Oko 25% bolesnika s PTSP-om u bolnicu je upućeno pod drugom dijagnozom. Razlog otežanom prepoznavanju PTSP-a je česta pridruženost drugih psihijatrijskih poremećaja/bolesti, u analiziranom uzorku čak u 94,5% slučajeva. PTSP je bio najčešće udružen s tjelesnom bolešću, poremećajem ili promjenama ličnosti, alkoholizmom, depresivnim i općim anksioznim poremećajem.

Bolesnici s poremećajem ličnosti imaju značajno lošiju prognozu PTSP-a u odnosu na ostale bolesnike. Ispitanici sa trajnom promjenom ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja, prema praćenim prognostičkim parametrima, ne odstupaju značajno od ostalih bolesnika. Nazočnost ranijeg psihijatrijskog liječenja u povijesti bolesti bolesnika s PTSP-om nepovoljan je prognostički faktor.

Većina ispitanika su oženjeni, zaposleni, niže ili srednje stručne spreme. U 22% ispitanika liječenje je provedeno tijekom tri i više hospitalizacija, što povezujemo s utjecajem već ranije postojećih psihijatrijskih poremećaja na tijek bolesti. Alkoholizam također često dovodi do prekida liječenja. Utvrdili smo da se većina bolesnika relativno kasno javlja na liječenje, što tumačimo utjecajem socijalno ekonomskih zbivanja. Kronični oblici PTSP-a zahtijevaju dugotrajno liječenje, a mogućnost oporavka ograničena je utjecajem nabrojenih negativnih prognostičkih faktora. Problem dodatno dobiva na značenju kada znamo da se radi o populaciji relativno mladih ljudi (između 20 i 50 godina). Visoku zastupljenost neuroleptika u terapiji objašnjavamo velikim brojem kroničnih oblika bolesti i poremećaja ličnosti, što bitno utječe na kliničku sliku. Ipak, taj podatak nas podsjeća da kod svakog bolesnika moramo ponovo i ponovo preispitati vlastite terapijske stavove, kako bi mogućnost greške bila svedena na najmanju moguću mjeru.

### LITERATURA

1. Američka psihijatrijska udruga. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje; Četvrto izdanje, Medunarodna verzija. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1996.
2. Bremner JD, Southwick SM, Darnell A, Sharney DS. Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse. *Am J Psychiatry* 1996; 153:369-75.
3. Gabriel R. Nema više heroja - ludilo i psihijatrija u ratu. Zagreb: Alfa, 1991.
4. Hotujac Lj, Javornik N. PTSP - liječenje lijekovima. *Psiha* 1995; 1:15-6.
5. Irwin C, Falsetti SA, Lydiara RB, Ballenger JC, Brock CD, Bener W. Comorbidity of posttraumatic stress disorder and irritable bowel syndrome. *J Clin Psychiatry* 1996;57:576-8.
6. Jukić V, Muačević V. Posttraumatski stresni poremećaj. U: Klain E, ed. *Ratna psihologija i psihijatrija*. Zagreb: Odjel za duševno zdravlje Glavnog sanitetskog stožera Republike Hrvatske, 1992; 28-36.
7. Jukić V, Muačević V. Posttraumatski stresni poremećaj. U: Muačević V, ed. *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada, 1995; 583-8.
8. Katz L, Fisher W, Kjernisted K, Milanese P. A review of the psychobiology and pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder. *Can J Psychiatry* 1996; 41: 233-8.
9. Van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, MC Farlane A, Herman JL. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *Am J Psychiatry* 1996; 153 (Suppl 7): 83-93.
10. Long N, Mac Donald C, Chamberlain K. Prevalence of posttraumatic stress disorder, depression and anxiety in a community sample of New Zealand Vietnam War veterans. *Aust NZ J Psychiatry* 1996; 30: 253-6.

11. Mandić N. Posttraumatski stresni poremećaj/PTSP. Liječ Vjesn 1995; 117:47-53.
12. Mandić N. Ličnost i ratni stresori. Soc psihijat 1994; 22:65-73.
13. Mandić N, Ebling Z, Delalle-Zebić M, Koić O. Glavobolje prognanika Istočne Slavonije. Liječ Vjesn 1994; 116: 291-4.
14. Marmar CR, Schoenfeld F, Weiss DS, Metzler T, Zatzick D, Wu R, Smiga S, Tecott L, Neylan T. Oper trial of fluvoxamine treatment for combat related posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 1996; 57 (Suppl 8): 66-70.
15. Saladin ME, Brady KT, Dansky BS, Kilpatrick DG. Understanding comorbidity between PTSD and substance use disorders: two preliminary investigations. Addict Behav 1995; 20: 643-55.
16. Sarajlić N, Buzov I. Psihosomatske reakcije. U: Klain E, ed. Ratna psihologija i psihijatrija. Zagreb: Odjel za duševno zdravlje Glavnog sanitetskog stožera Republike Hrvatske, 1992; 37-47.
17. Sipprelle RC. Iskustvo iz centra za veterane: višestruka trauma s odgođenim tretmanom. U: Foy W D, ed. Liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1994; 21-40.
18. Stipeč R, Dujmić S. Činitelji udruženi s nastupom fulminantnih PTSP simptoma. Soc psihijat 1994; 22: 95-100.
19. Sutović A. Posttraumatski stresni poremećaj. Acta Medica Saliniana 1993; 22: 3-6.
20. Svjetska zdravstvena organizacija. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, Deseta revizija, Svezak 1. Zagreb: Medicinska naklada, 1994.
21. Ursano RJ, Fullerton CS, Kao TC, Bahartiya VR. Longitudinal assesment of posttraumatic stress disorder of depression after exposure to traumatic death. J Nerv Ment Dis 1995; 183: 36-42.

### Abstract

## THE COURSE AND PROGNOSIS OF PTSD - A REVIEW OF IMPORTANT FACTORS

Vinko Čatipović, Radomir Drobac and Miroslav Turković

Psychiatric Department, Bjelovar General Hospital

The paper analyzes a group of 59 patients diagnosed with PTSD, treated at the Psychiatric Department of Bjelovar General Hospital in 1996. In 23% of the cases PTSD was not diagnosed on the occasion of referring to the hospital, in which cases it was masked by alcoholism or psychosis. Within PTSD, anxiety-depressive disorder was diagnosed in 12.4% of the cases, anxiety disorder in 5.3% and depressive syndrome in 17.8% of the cases. Personality disorders (F60) or permanent changes of personality (F62) were diagnosed in 50.8% of the cases, with 63.3% of the patients in this group having a per-

sonality disorder diagnosed previously. The course of the disease is similar in patients with permanent changes of personality after catastrophic experience and in patients without disorders/changes of personality. In patients with a primary personality disorder a larger number of alcoholic complications and rehospitalisations is found ( $p<0.05$ ). Prior to developing PTSD, 40.7% of the patients have already undergone a psychiatric treatment. During the treatment of PTSD they are hospitalised frequently, often discontinue the ambulatory treatment and have more alcoholic complications ( $p<0.05$ ). The most frequently used drugs were basic neuroleptics, benzodiazepines and antidepressants. The most frequently applied neuroleptics and benzodiazepines were the ones with antidepressive effects (sulpiride and alprazolam).

Key words: PTSD