

TIJEK I PROGNOZA PTSP-a
PRIKAZ ZNAČAJNIH POKAZATELJA

VINKO ČATIPOVIĆ, RADOMIR DROBAC

I MIROSLAV TURKOVIĆ

DJELATNOST ZA PSIHIJATRIJU

OPĆA BOLNICA BJELOVAR

VINKO ČATIPOVIĆ

B. PAPANDOPULA 26

43000 BJELOVAR

SAŽETAK

U radu je obrađena skupina od 59 ispitanika liječenih pod dijagnozom PTSP-a na psihijatrijskom odjelu Opće bolnice Bjelovar tijekom 1996. godine. Kod 23% pacijenata posttraumatski stresni poremećaj nije prepoznat prilikom upućivanja u bolnicu, a kod tih pacijenata klinička slika je bila najčešće “prekrivena” alkoholizmom ili psihotičnim simptomima. Uz PTSP dijagnosticiran je ankcioznodepresivni poremećaj kod 12,4% pacijenata, anksiozni poremećaj kod 5,3% i depresivni sindrom kod 17,8% ispitanika. Poremećaj (F60) ili trajne promjene ličnosti (F62) utvrđeni su kod 26,1% ispitanika, a unutar te skupine trećina pacijenata je imala od ranije (prije razvoja PTSP-a) verificiran poremećaj ličnosti. Skupina pacijenata s trajnim promjenama ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja je po tijeku bolesti slična skupini pacijenata bez promjena/poremećaja ličnosti. Kod pacijenata s primarnim poremećajem ličnosti nalazimo veći broj alkoholnih komplikacija i rehospitalizacija ($p < 0,05$). Čak 40,7% promatranih pacijenata već je psihijatrijski liječeno prije razvoja PTSP-a, a u sadašnjoj bolesti oni su češće rehospitalizirani, češće prekidaju ambulantno liječenje i imaju veći broj alkoholnih komplikacija ($p < 0,05$). U liječenju su najčešće primjenjivani lijekovi iz skupine bazalnih neuroleptika, zatim anksiolitici pa antidepresivi. Među neurolepticima i anksioliticima najviše su korišteni lijekovi koji ispoljavaju i antidepresivno djelovanje (sulpirid i alprazolam).

ABSTRACT

COURSE AND PROGNOSIS OF PTSD

REVIEW OF IMPORTANT FACTORS

**VINKO ČATIPOVIĆ, RADOMIR DROBAC
AND MIROSLAV TURKOVIĆ**

**PSYCHIATRICAL WARD OF THE
GENERAL HOSPITAL BJELOVAR**

ABSTRACT (SUMMARY)

In this study, a group of subjects who had been treated at the Psychiatric department of the General Hospital in Bjelovar during 1996. due to Posttraumatic Stress Disorder was analysed.

Data about comorbidity with Posttraumatic Stress Disorder problems in differential diagnosis and the way of treatment were presented.

Social parameters and the influence of previously diagnosed psychiatric disorders/diseases on the course of Posttraumatic Stress disorder were analysed as well.

KEY WORDS: PTSD, PROGNOSTIC FACTORS

KLJUČNE RIJEČI: PTSP, PROGNOŠTIČKI POKAZATELJI

U V O D

Postrumatski 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}.

Tisuću devetsto osamdesete godine na osnovi proučavanja problema ratnih veterana iz Vijetnama, u DSM - III, definiran je 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, osobitosti pojedinih povjesnih, zemljopisnih i psiholoških sredina¹², kao i sekundarna problematika koja gotovo redovno prati PTSP^{10, 16, 17}. Ne treba zanemariti ni značaj socijalnih čimbenika¹⁸.

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 u liječenju PTSP-a na Odjelu psihijatrije Opće bolnice Bjelovar.

MATERIJAL I METODE

Analizirana je skupina pacijenata 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 dijagnozom 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 pacijenata kod kojih nije verificirana dijagnoza PTSP-a, pristupili smo prikupljanju podataka. Podaci su prikupljeni uvidom u povijest bolesti pacijenata i svrstavani 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 bolesti.

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 pacijenata prije dijagnosticiranja PTSP-a i definirati što smatramo povoljnim, a što nepovoljnim tijekom PTSP-a.

Psihičko stanje pacijenta prije početka sadašnje bolesti utvrdili smo uporednom analizom svih nalaza psihijataru i psihologu (ambulantnih i bolničkih, od prvog javljanja pacijenta 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 pacijenata opetovanim hospitalizacijama, koje poprimaju regresivne oblike povlačenja od života izvan zaštićene bolničke sredine. Dio pacijenata 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 prekide ambulantnog liječenja hospitalizacije.

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

U statističkoj obradi značajnosti razlika rezultata korišteni su χ^2 i t- test, što je u tekstu označeno.

REZULTATI

Tablica br. 1

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

Slika br. 1

Kod neprepoznatih PTSP-a klinička slika je najčešće bila “prekrivena” alkoholizmom ili psihotičnom slikom.

Slika br. 2

Uz simptome PTSP-a kod 28,7% ispitanika bili su prisutni simptomi tjelesne bolesti, kod 26,1% poremećaja ličnosti, 20,9% alkoholizma, 14,8% depresivnog sindroma i 3,6% općeg anksioznog poremećaja.

Tablica br. 2

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

Slika br. 3

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. 4

Kod ispitanika s poremećajem ličnosti bilo je statistički značajno više alkoholizma ($t=3,105$ $p<0,05$) i rehospitalizacija ($t=2,444$ $p<0,05$). Nije bilo razlika u učestalosti prekida ambulantnog liječenja ($t=1,05$ $p>0,05$).

Slika br. 5

Pacijenti s trajnim promjenama ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja se statistički značajno ne razlikuju po ispitivanim parametrima od PTSP pacijenata 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. 6

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. 7

Tijekom 1995. i 1996. godine liječenje pod dijagnozom PTSP-a započelo je čak 79,6% pacijenata.

Slika br. 8

Kod 22,2% pacijenata tijekom bolesti zahtjevao je liječenje u 3 i više hospitalizacija.

Tablica br. 3

Prisutnost druge dijagnoze uz PTSP često rezultira produljenim liječenjem.

Slika br. 9

Trećina ispitanika bila je u trećoj deceniji života, 47,5% u dobi između 30-39 godina, te 16,9% između 40-49 godina. Samo 3,4% ispitanika bilo je starije od 50 godina.

Tablica br. 4

U skupini pacijenata kod kojih prekidi ambulantnog liječenja iznose 2,3 i više mjeseci prevladavaju pacijenti kod kojih se uz PTSP javlja i alkoholizam.

Slika br. 10

Većina pacijenata je primala 1 ili 2 psihofarmaka istovremeno.

Slika br. 11

Najčešće korišteni psihofarmaci su neuroleptici. Antidepresivi su tek na trećem mjestu.

Tablica br. 5

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 pacijent nije primao nikakvu medikamentoznu terapiju, pet pacijenata primalo je po jedan lijek.

RASPRAVA

Kod 26,2% ispitanika prilikom upućivanja u bolnicu liječnik opće medicine nije prepoznao PTSP ili je pogrešno postavio dijagnozu tog poremećaja. O težini diferencijalne dijagnoze govori i podatak da kod četvrtine pacijenata nakon prvog pregleda u bolnici nije bilo usklađeno mišljenje psihologa i psihijatra. Disocijacija, somatizacija i afektivna disregulacija javljaju se u spektru odgovora na traumu⁹ i otežavaju diferencijalnu dijagnozu PTSP-a. Definitivna dijagnoza je postavljena tijekom bolničke opservacije. Većina pacijenata s neprepoznatim PTSP-om je primljena u stanju teške psihičke dekompenzacije, u hitnoj službi. Četiri pacijenta iz te skupine su kod prijema bila psihotična, dva su zbog psihosomatske dekompenzacije hospitalizirana na drugim odjelima, 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 posttraumatskim trajnim promjenama ličnosti objašnjava visok postotak pacijenata s promjenama/poremećajem ličnosti (26,1%). I u ovom ispitivanju se potvrdilo da alkoholizam vrlo često prati PTSP. Pacijenti alkoholom nastoje ublažiti simptome PTSP-a², a rezultat je pogoršanje tegoba.¹⁵ Opći anksiozni poremećaj i sindrom depresije zajedno su bili prisutni kod 12,4% ispitanika s pozitivnim komorbiditetom. Zasebno od depresije opći anksiozni poremećaj javljao kod 5,3% ispitanika, a depresivni sindrom bez općeg anksioznog poremećaja kod 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 pacijenata su bili zaposleni i oženjeni, polovina ima nižu a polovina 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 prema trajnim promjenama ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja. U tu svrhu smo unutar skupine “PTSP s promjenama/poremećajem ličnosti” izdvojili pacijente s primarnim poremećajem (F60, F61) od sekundarno nastalih trajnih promjena ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja (F62.0). Tako je izdvojeno 19 (32,2%) pacijenata s primarnim poremećajem ličnosti. Poremećaj ličnosti je dugotrajni model 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 pacijenti 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 pacijenata s PTSP-om.

Ocjenjujući tijek bolesti i uspješnost liječenja pratili smo učestalost javljanja alkoholizma kao druge dijagnoze, broj rehospitalizacija i ponašanje pacijenata 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 pacijenata s premorbidno postojećim poremećajem ličnosti bilo je statistički značajno više alkoholnih komplikacija i veći broj rehospitalizacija u odnosu na ostale pacijente. U pogledu učestalosti prekida ambulantnog liječenja nije bilo razlike.

Zatim smo usporedili pacijente koji su uz PTSP imali dijagnosticiran primarni poremećaj ličnosti s pacijentima koji su uz PTSP imali dijagnosticirane trajne promjene ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja. Uspoređivanjem navedenih parametara kod pacijenata 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 pacijenata 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 razlikuje od ispitanika s primarnim poremećajem ličnosti. Prisutnost primarnog poremećaja ličnosti uz PTSP nepovoljan je prognostički faktor.

Istom logikom smo izdvojili 24 (40,7%) pacijenta 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 pacijenata s PTSP-om nepovoljnim prognostičkim faktorom.

Većina analiziranih pacijenata 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 hospitaliziranih pacijenata s dijagnozom PTSP-a nego npr. 1991. ili 1993. godine, koje su bile teške ratne godine. Možemo ponuditi razmišljanja o odgođenom liječenju odnosno kasnom javljanju

pacijenata. 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 prilagođenosti 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 riječima 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 pacijenata je u promatranom razdoblju liječena u jednoj 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%). S 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 pacijenta. Većina pacijenata je primala istovremeno samo jedan ili dva lijeka, četvrtina pacijenata 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} Kod nas su najčešće primjenjivani lijekovi iz skupine neuroleptika, slijede anksiolitici, pa antidepresivi... Najčešća kombinacija je kombinacija neuroleptika i anksiolitika, 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 pacijenata s psihotičnom kliničkom slikom (4 pacijenta). 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 pobuđenosti nakon što su morali (radi izbjegavanja nuspojava, prvenstveno ovisnosti) biti iz terapije isključeni anksiolitici. Bazalni neuroleptici su primjenjivani i kod pacijenata koji su već kod 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 primjenjen kod jednog pacijenta, beta blokatori nisu korišteni u terapiji.

ZAKLJUČAK

Oko 25% pacijenata 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 sindromom i općim anksioznim poremećajem.

Pacijenti s poremećajem ličnosti imaju značajno lošiju prognozu PTSP-a u odnosu na ostale pacijente. Ispitanici sa trajnim promjenama ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja prema praćenim prognostičkim parametrima ne odstupaju značajno od ostalih pacijenata. Prisutnost ranijeg psihijatrijskog liječenja u povijesti bolesti pacijenata s PTSP-om nepovoljan je prognostički faktor.

Većina ispitanika su oženjeni, zaposleni, niže ili srednje stručne spreme. Kod 22% ispitanika liječenje je provedeno u 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 pacijenata relativno kasno javlja na liječenje, što tumačimo utjecajem socijalno ekonomskih zbivanja. Kronični oblici PTSP-a zahtijevaju dugotrajno liječenje, a mogućnost oporavka ograničena je utjecajem nabrojanih 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 pacijenta moramo ponovo i ponovo preispitivati 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, Međunarodna 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 stud 1:15-16
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; 583-588.
8. Katz L, Fleisher 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 M E, 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 postraumatskog 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, Bhartiya VR. Longitudinal assesment of posttraumatic stress disorder of depression after exposure to traumatic death. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 36-42.