

## ПСИХОПАТОЛОШКО РЕАГОВАЊЕ КОД ОРТОПЕДСКИХ ПАЦИЈЕНАТА

Александар ЛЕШИЋ<sup>1</sup>, Петар ОПАЛИЋ<sup>2</sup>

1. Институт за ортопедску хирургију и трауматологију, Клинички центар Србије, Београд;
2. Институт за ментално здравље, Београд

**КРАТАК САДРЖАЈ:** Аутори су испитивали психопатолошке реакције код 175 испитаника – 70 телесно повређених у рату и миру и 105 неповређених испитаника, на основу примене четири инструмента: Ајзенковог (*Eysenck*) инвентара личности, ПТСП-10 скале (скале посттрауматских стресних поремећаја), теста породичне чврстине (*FHI*) и упитника о касним ефектима несреће (*LEAIQ*). На основу наведених испитивања утврђено је да је највише неуротичних поремећаја установљено код пацијената повређених у рату који су били тесно повезани са факторима стреса као што су губитак породице и дома. У овој групи пацијената доживљај растројености установљен је као најчесталији појединачни симптом, који је у нешто мањем броју нађен и код повређених у миру. Пацијенти повређени у рату такође су најчешће реаговали симптомима конверзије, а телесно повређени у миру депресивним симптомима. Утврђена је и повезаност између јачине стресора и релативно благих психијатријских симптома, као што су кошмарни снови, раздражљивост и сећања везана за повређивање. Добијени резултати истраживања поређени су са сличним истраживањима других аутора.

*Кључне речи:* посттрауматски стресни поремећај, ратне повреде, ортопедија.

### УВОД

На систематичније истраживање психопатолошких аспеката соматски трауматизованих особа подстакло нас је запажање великих разлика у понашању извесног броја пацијената који су лечени у Институту за ортопедију и трауматологију Клиничког центра у Београду, чије су психичке реакције у истим условима биле видно измењене, а често и неодговарајуће.

Одступања у понашању била су утолико упадљивија што су се на нашем одељењу у периоду од 1992. до 1998. године, осим пацијената са мирнодопским повредама, лечили и пацијенти са ратним повредама.

Познавање психолошког, односно психијатријског аспекта повреде у доброј мери може да помогне при припреми пацијента за операцију, лечење и превазилажење последица повреде, посебно постратуматског стресног поремећаја (ПТСП). Телесна повреда се стога не посматра само са хируршког и психијатријског аспекта, већ се узима у обзир и њена шира – социоекономска – димензија. Будући да несреће и ратови немају истоветне последице у свим земљама, неопходно је да се, уз постојеће стресоре и локалне чиниоце, специфично дефинишу одређене вулнерабилне групе људи и предвиде њихови могући психички поремећаји и реакције. Од посебне важности је и уважавање специфичних културолошких обележја, понашања унесређеног и ставова околине према њему, која се у различитим крајевима исте земље различито односи према повређеном.

### МЕТОД РАДА

Наш узорак имао је 175 испитаника различитог узраста, пола, брачног стања и занимања. Од тога је

експерименталну групу чинило 70 пацијената лечених на Ортопедској клиници (КЦС) у Београду у периоду 1992-1998. године. Ова група хоспитализованих пацијената била је подељена на две подгрупе. Прву подгрупу (Е1) чинило је 26 повређених пацијената на ратном подручју који су упућени на лечење у Београд. У другој експерименталној подгрупи (Е2) било је 44 испитаника из Београда и околине телесно повређених у мирнодопским условима. Телесне повреде односиле су се на повреде кичменог стуба, горњих и доњих екстремитета. Контролну групу (К) чинило је 105 становника Београда који су тестирани у истом временском периоду.

Пацијенти и испитаници су испитани сетом (низом) инструмената који су уобичајени у оваквим истраживањима [1]. Ми смо користили следећа четири инструмента (теста): 1. ПТСП-10 скалу или скалу посттрауматских симптома; 2. тест породичне чврстине (*FHI* – *Family Homogeneity Index*) са 19 варијабли, који је примењен да би се испитала веза између кохезивности породичног система и последица несреће; 3. кратки Ајзенков (*Eysenck*) инвентар личности, којим смо испитивали неуротичност и црте екстровеизије и интроверзије; 4. упитник за испитивање касних ефеката повреде или удеса (*LEAIQ* – *Late Effect of Accidental Injury Questionnaire*). Статистичка анализа обухватала је: анализу варијансе, Пирсонов  $\chi^2$  тест и дискриминациону анализу.

### РЕЗУЛТАТИ

Код 70 пацијената испитали смо психичке последице телесне трауматизације (повреде) у ратним и мирнодопским условима. Од тога броја 62,9% пацијената повређено је у мирнодопским условима, а 37,1% у ратним условима. Резултате клиничких испитивања

ТАБЕЛА 1. Нека клиничка обележја узорка експерименталне групе (70 испитаника).

ВРЕДНОСТИ КЛИНИЧКОГ ОБЕЛЕЖЈА	f	К Л И Н И Ч К О    О Б Е Л Е Ж Ј Е																МЕСТО (УСЛОВИ) ПОВРЕЂИВАЊА				
		Повређени део тела			Ампутирани		Тешка операција		Покретан		Патио од несанице		Узимао антидепресиве		Узимао анксиолитике		Акутност повреде		Радно место	Саобраћајна несрећа	Слободно време	У рату
		Труп	Руке	Ного	да	не	да	не	да	не	да	не	да	не	да	не						
%	11,4	32,9	55,7	4,3	95,7	64,3	35,7	80,0	20,0	15,7	84,3	2,9	97,1	47,1	52,9	57,1	42,9	11,4	21,4	30,0	37,1	

(начина повреде, локализације повреде, начина лечења, ампулација) изнети су у табели 1.

Испитивањем психопатолошких обележја у реаговању телесно повређених (по групама) у рату (E1), у миру (E2) и здравих испитаника – контролна група (K) статистички је доказан значајно већи степен испољавања ПТСП поремећаја у групи пацијената повређених у ратним дејствима (Табела 2).

Такође смо утврдили да постоји знатно виши степен неуротицизма (по Ајзенковој скали) код телесно повређених у рату (E1), у односу на повређене у миру (E2).

Наша испитивања показала су да ће код телесно трауматизованих у рату највероватније доћи до раз-

вијања симптома ПТСП. Овакав закључак није био у вези само са тежином телесне повреде, већ и са околностима повреде (ратно окужење, губитак породице или блиске особе и значајаније учесталије помишљање на смрт, тј. на виталну угроженост).

С обзиром на највише вредности теста породичне чврстине (FHI) у групи повређених у рату, може се закључити да је рањавање допринело кохезивности породице из које је пацијент испитаник дошао ( $\bar{X}=6,45, p<0,01$ ).

Детаљнија истраживања вршена су помоћу варијабљи добијених издвајањем појединих питања из упитника о касном ефекту повреде (LAEIQ), из којег смо користили групе питања која се односе на поје-

ТАБЕЛА 2. Значајно присутна општа и ужа психопатолошка обележја у реаговању трауматизованих у експерименталној групи болесника.

Општа психопатолошка обележја (са укупног скор одговарајућег инструмента)	Уже психопатолошко обележје (из одговора на један <i>item</i> ) из скале 10-ПТСП и LAEIQ-а	Подгрупе (групе испитаника) укључене у статистичку обраду	$\chi^2$	Ниво статистичке значајности и разлика <i>p</i>	
Резултујуће обележје веће у E1					
Симптоми ПТСП-а (Скала ПТСП-а)  Општи неуротицизам (Ајзенков инвентар личности)	растројеност	E1, E2, K	29,07	<0,01	
	главобоље	E1, E2, K	10,12	<0,05	
	вртоглавица	E1, E2, K	14,04	<0,01	
	тешкоће са дисањем	E1, E2, K	13,38	<0,01	
	↓				
	хистерија, тј. конверзија				
	промене расположења	E1, E2, K	199,10	<0,01	
	депресивност	E1, E2, K	12,84	<0,05	
	↓				
	депресија				
кошмарни снови	E1, E2, K	29,69	<0,01		
раздражљивост	E1, E2, K	14,39	<0,01		
↓					
	ПТСП				
Резултујуће обележје веће у E2					
Симптоми ПТСП-а (Скала ПТСП-а)  Општи неуротицизам (Аусенцов инвентар личности)	телесни болови	E1, E2, K	10,39	<0,05	
	↓				
	хистерија или конверзија				
	смањење општих способности	E1, E2, K	8,80	<0,05	
	осећање слабости	E1, E2, K	8,63	<0,05	
	↓				
	депресија				
	кошмарни снови	E2, K	7,80	<0,05	
	раздражљивост	E2, K	6,90	<0,05	
	↓				
	ПТСП				

## ДИСКУСИЈА

дине психопатолошке ентитете (депресија, анксиозност, соматизација и когнитивне сметње). Из њих смо добили следеће резултате:

1. Депресивност (најозбиљнија од наведених симптома, јер се показала као поуздан предзнак могућег развоја ПТСП) значајно се издваја у групи телесно повређених у рату (E1).
2. Анксиозност се статистички значајно издвојила само у контролној групи ( $F=6,400, p<0,01$ ).
3. Несаница и соматизација, односно конверзивни симптоми значајно су се издвојили у групи E1, а мање у групи E2.

Када су у питању само ужа психопатолошка обележја, на првом месту издваја се дисоцијативни проблем, тзв. растројеност, у групи E1 (Табела 2).

На другом месту налази се симптом депресивности, који се такође најчешће појављује у групи повређених у рату (E1).

Феноменолошки симптоми растројености и депресивности у нашем истраживању показали су се као поуздани квалитативни психопатолошки параметри начина настанка трауме.

Најзад, поједини конверзивни симптоми у целини се групишу пре свега у групи телесно трауматизованих у рату, а мање у групи телесно повређених у миру (E2) (Табела 2).

Интересантан је и однос обележја трауме и психопатолошког реаговања. Следећа три обележја показала су статистички значајну, умерену корелацију са психопатолошким реаговањем пацијента: тежина операције, непокретност и акутност повреде (Табела 3). Позитивна корелација између тежине операције и укупног скорa ПТСП иде у прилог потврди о тешким телесним повредама испитаника, а негативне (инверзне) корелације између моторне покретљивости пацијента и несанице, односно опште неуротичности указује на то да непокретност пацијента озбиљно угрожава основни егзистенцијални однос према околини и себи, што изазива високу фрустрацију. Та непокретност пацијента мобилише чланове породице да подрже повређеног члана породице, што је потврђено присуством инверзне корелације између ова два обележја (Табела 3).

Психопатолошко реаговање телесно повређених испитивали су Кун (*Kuhn*) и сарадници [2] на ортопедском одељењу Вајтингтон (*Whittington*) болнице у Лондону, пратећи пацијенте са повредама на доњим екстремитетима које су задобили у саобраћајном удесу. У првој недељи две трећине пацијената показивало је довољно симптома за укључивање у групу психијатријских пацијената, при чему се није радило само о ПТСП. Кроз шест месеци само је једна четвртина показивала психичку измењеност. Ове промене су аналогне налазима у нашој подгрупи повређених у миру (E2), али ми нисмо потврдили овакву пролазност симптома.

Истраживачи са токијског универзитета Јин (*Jin*) и сарадници [3] уочили су да у настанку саобраћајне несреће значајну улогу имају коефицијент интелигенције возача, прикривена психотичност и агресивна психопатија. Такве црте открили су и Витлок (*Whitlock*) и сарадници [4] у свом истраживању. Према томе, може се рећи да је ПТСП био само последица онога што се већ дешава са личношћу повређеног. Овакав налаз је компатибилан са налазом у нашој E2 подгрупи, али се и у контролној групи налазе симптоми анксиозности који могу да умање психофизичку способност и да тиме доведу до несреће (К група). Овакав налаз у контролној групи може да се објасни тешком социоекономском кризом у нашој земљи деведесетих година 20. века.

У истраживањима Бајденса (*Buydens*) и сарадника [5] наводи се да је готово 70% америчких ветерана из Вијетнамског рата имало у свом психичком статусу елементе за психијатријску дијагнозу, иако није реч о психијатријским болесницима у ужем смислу речи, већ само о људима „уздрманих унутрашњих структура”. Последица овога је да је чак 40% њих проглашено неспособним за даље служење у војсци. У истом истраживању је готово две трећине свих повређених испитаника било „психички лабилно” непосредно после повреде, док је после телесне трауме у миру то био случај само код 3,5% испитаника. У нашем истраживању нисмо нашли овако велику разлику (70% наспрам 3,5%) психичких поремећаја између

ТАБЕЛА 3. Статистички значајне корелације између клиничких карактеристика соматски трауматизованих, с једне, и неких психопатолошких црта испитаника с друге стране.

ОБЕЛЕЖЈЕ СОМАТСКЕ ТРАУМЕ	ПСИХО(ПАТО)ЛОШКО ОБЕЛЕЖЈЕ (И ИНСТРУМЕНТ ИЗ КОЈЕГ ПОТИЧЕ)	ВРЕДНОСТИ СТАТИСТИЧКИ ЗНАЧАЈНИХ КОРЕЛАЦИЈА	НИВО СТАТИСТИЧКЕ ЗНАЧАЈНОСТИ КОРЕЛАЦИЈЕ РАЗЛИКА
Тешка операција	ПТСП – укупна вредност (скала ПТСП)	$r=0,23$	$p<0,05$
	несаница ( <i>LEAIQ</i> )	$r=-0,28$	$p<0,05$
Покретност пацијента	општа неуротичност ( <i>LEAIQ</i> )	$r=-0,34$	$p<0,01$
	породична кохезивност ( <i>FHI</i> )	$r=-0,24$	$p<0,05$
Акутност повреде	активан став у савладавању несреће (скала снаге утицаја догађаја)	$r=-0,22$	$p<0,05$
	екстраверзија (Ајзенков инвентар личности)	$r=0,25$	$p<0,05$

пацијената повређених у ратним и оних повређених у мирнодопским условима.

Проблем представља и дуготрајност дејства трауме. Тако је Шројдер (*Schreuder*) [6] нашао да неке жртве Другог светског рата и после 40 година након трауме сањају догађаје који су изазвали стрес, што смо и ми потврдили код неких испитаника који су после две године након рањавања лечени због компликација на екстремитетима.

Фонтана (*Fontana*) и сарадници [7] сматрају да су повратак са ратишта и подршка породице и средине критичне тачке продубљивања, односно превенције психичких последица рањавања. Наши аутори [8, 9] су такође указали на важну улогу непосредне околине (породице или вршњака) за рехабилитацију рањеника, скрећући пажњу на значај људи у које повређени има поверење, што је у корелацији са нашим налазом у тесту *FHI*.

Наша истраживања [10] су показала да општа тежина телесне трауме, али и услови повређивања, део повређеног тела и операција стоје у позитивној корелацији са могућношћу реаговања ПТСП-ом. Услови повређивања су посебно битни јер се у ратовима сродних народа (Никарагва, бивша Југославија) јављају посебни облици негације стварности, екстремна суровост и деструктивност [8, 11].

У настанку симптома ПТСП веома значајна улога придаје се стресу. Међутим, одговор на стрес је дубокоиндивидуалан и Фајнстајн (*Feinstein*) и Долан (*Dolan*) [12] стрес виде само као окидач, а не и као етиолошки фактор *per se*. Налаз анксиозности у нашој популацији, К групи, може да објасни висок степен психопатолошког реаговања у мирнодопски повређених пацијената.

При разматрању улоге стреса треба имати на уму његове главне факторе. У нашем случају то су били телесно повређивање, фактори коморбидитета рањавања (рат, губитак дома, погибија блиског члана) и хоспитализација, као незаобилазни стресни чинилац, што је и потврђено већим степеном ПТСП симптома у групи Е2 у односу на групу Е1.

## ЗАКЉУЧАК

Наша испитивања психичких реакција које смо запазили на ортопедском одељењу (несаница, узимање седатива и друго) добрим делом су потврђена истраживањима концентрисаним на испитивање главних симптома психичке измењености телесно повређених. При том смо утврдили да је највише неуротичних поремећаја било код пацијената повређених у рату, и то не само због природе повреде, већ и због њене асоцијације са другим факторима стреса (губитак ближњих, дома).

Склоност ка развоју симптома ПТСП није била у корелацији са припремљеношћу за повреду, јер је

она била знатно лошија код пацијената повређених у миру и у контролној групи, за разлику од повређених у рату (који су били припремљени за борбу, а тиме и за повреду).

Код повређених у рату најчешће је долазило до хомогенизације породице око повређеног члана.

Растројеност, а исто тако и депресивност, као најчешћи симптом телесне измењености, у нашим испитивањима смо установили код телесно повређених у рату и у нешто мањем броју код телесно повређених у миру.

Повређени у миру најчешће су реаговали симптомима конверзије, а у контролној групи се издвајају симптоми анксиозности.

Иако карактеристике личности и социјално окружење повређеног модификују његов психички одговор на рањавање као стрес, утврдили смо да постоји повезаност између јачине стресора, пре свега у ратним условима повређивања, и низа ПТСП симптома (кошмарни снови, мисли и сећања везана за трауму, раздражљивост).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Raphael B, Lundin T, Weisath L. A Research Method for the Study psychological and psychiatric Aspect of Disaster, Munksgaard, Copenhagen, 1989.
2. Kuhn W, Bell R, Seligson D, Laufer S, Lindner J. The Tip of the Iceberg: Psychiatric Consultations on an orthopaedic Service, International Journal of the Psychiatry in Medicine, 1988;18(4): 375-382.
3. Jin HQ, Araki S, Wu XK, Zhang YW, Yokohama K. Psychological Performance of Accident-Prone Automobile Drivers in China: A Case-Control Study, International Journal of Epidemiology; 1991, 20(1): 230-233.
4. Whitlock FA, Stoll JR, Rekh Dahl RJ. Crisis, Life Events and Accidents, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; 1977, 11: 127-131.
5. Buydens-Branche L, Noumair D, Branche M. Duration and Intensity of Combat Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans, The Journal of Nervous and Mental Disease; 1990, 178(9): 582-587.
6. Schreuder B. Posttraumatic Re-enactment in Dreams, in: Bareuther H. et al. (Ed): Traum und Gedächtnis; Neue Ergebnisse aus psychologischer, psychoanalytischer und neurophysiologischer Forschung, 3. Internationale Traumtagung; 1995:187-203.
7. Fontana A, Rosenheck R, Horvath T. Social Support and Psychopathology in the War Zone, Journal of Nervous and Mental Disease; 1997, 185: 675-681.
8. Jovanović A. Ratne psihotraume i porodica, Zadužbina Andrejević, Beograd. 1997.
9. Polovina N, Divac Lj. Posttraumatski stresni poremećaj i psihoterapijski pristup, Vojnosanitetski pregled; 1992, 49 (2): 115-125.
10. Opalić P, Lešić A. Investigation of the psychopathological state of patients with injuries of musculoskeletal system. Medicinska istraživanja; 2001. Vol34(1):10-17.
11. Hume F, Summerfield D. After the War in Nicaragua: A Psychosocial Study of War Wounded Ex-Combatants, Medicine and War; 1994, 10: 4-25.
12. Feinstein A, Dolan R. Predictors of Post-traumatic Stress Disorder following physical Trauma: An Examination of the Stressor Criterion, Psychological Medicine; 1991, 21: 85-91.

## PSYCHOPATHOLOGICAL RESPONSES OF PHYSICALLY INJURED PERSONS

Aleksandar LEŠIĆ<sup>1</sup>, Petar OPALIĆ<sup>2</sup>

1. Institute for Orthopedic Surgery and Traumatology, Clinical Centre of Serbia, Belgrade;

2. Institute for Mental Health, Belgrade

The idea to monitor and research psychopathological responses of physically injured persons in a more systematic manner has come from our observation of huge differences in patient behavior, whose psychological responses were noticeably changed and often inappropriate. The behavior aberrations were all the more striking because we treated wartime injuries in addition to peacetime ones.

Our sample had 175 patient subjects, of both sexes, different ages, marital status and professions. A group of 70 patients treated in the Institute for Orthopedic Surgery and Traumatology were divided into two subgroups. The first experimental subgroup (E1) consisted of 26 (37.1%) patients physically injured in combat. The second subgroup (E2) had 44 (62.9%) patients physically injured in peacetime circumstances (car accidents, work accidents, etc). The physical injuries encompassed injuries to spinal column and extremities. The control (K) consisted of 105 subjects without physical injuries. The clinical picture and psychological reactions of the patients were examined by means of 4 instruments – PTSD-10 scale or posttraumatic symptoms scale [1], Family Homogeneity Index /FHI/ with 19 variables, applied to measure the relation between the family system homogeneity and accident effects [2], Short Eysenck's Personality Inventory applied to investigate neuroticism and extroversion and introversion traits [3], Late Effects of Accidental Injury Questionnaire [4].

Our observations of psychological responses of patients in our ward (insomnia, sedatives intake) were mostly confirmed by tests conducted with the above instruments.

In the group of the wartime injured (E1), as well as in the control (K), Eysenck's scale proved a significantly higher degree of neuroticism in comparison to the peacetime injured. Such results indicated that the wartime injured would most probably develop the picture of Posttraumatic Stress Disorder. Such a conclusion was related not only

to the seriousness of injuries but also to the circumstances of their occurrence.

The proneness to develop PTSD symptoms was not in correlation with the preparedness for accident, it being much poorer in peacetime injuries, as opposed to wartime patients, who had been prepared to the possibility of injury occurrence.

The highest value of family homogeneity (FHI) was established in the wartime injured, which led us to conclude that the injury contributed to the cohesion of the family from which the patient came.

By extracting some questions related to psychopathological entities such as insomnia, depression, somatization, anxiety, and cognitive disorders, the following results were obtained. Depression was the most frequent in both groups of injuries. Anxiety was also present in the control group; and insomnia and somatization, that is, conversion symptoms, were present in both groups of the injured.

By examining narrower psychological characteristics of the wartime injured revealed dissociation problems – derangement to be the most frequent. Then follow the symptoms of depression, which occur significantly more frequently in the wartime injured in comparison to the peacetime injured. The phenomenological symptoms of derangement and depression proved to be reliable parameters of physical trauma.

It is also significant that the three characteristics showed correlation to psychopathological responses: severity of surgery, paralysis, and acute injury.

*Key words:* posttraumatic stress disorder, wartime injuries, orthopedy.

Aleksandar LEŠIĆ  
Hadži-Melentijeva 8, 11000 Beograd  
Tel: 011 436 388, 455 120

\* Рукопис је достављен Уредништву 12. 8. 2002. године.