

PROBLEMI MJERENJA POSTTRAUMATSKIH POREMEĆAJA

MARIO BEBIĆ
Filozofski fakultet u Zadru
Faculty of Science and Arts in Zadar

UDK/UDC: 159.91
Pregledni rad
Review

Primljeno: 1992 - 05 - 13
Received::

Pregled literature o mjerenju posttraumatskih poremećaja navodi na to da postoje barem tri velike grupe problema: 1. problem jednoznačnog određivanja stresora i/ili stresogenog iskustva, 2. problemi mjerenja simptoma stresnog poremećaja, 3. određivanje predtraumatskih osobina i iskustava koji mogu biti značajni posrednici u nastanku poremećaja.

DSM-III-R dijagnostička klasifikacija (American Psychiatric Assosiation), iako najbolje određuje posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), ne predstavlja idealan primjer za promatranje ovih grupa problema, ali može biti koristan predložak za egzaktniju klasifikaciju.

Također, ovakvo raščlanjivanje problema vodi i boljem razumijevanju cjelokupnog modela nastanka stresnog poremećaja: od objektivnog događaja, traumatskih iskustava, medijskih faktora pa do nastanka akutnih i kroničnih posljedica stresnog poremećaja.

Danas postoje različiti termini koji opisuju ekstremne životne događaje, kao npr. nesreće, katastrofe, psihološki mučni doživljaji, ekstremni stresori, traume i sl. Iako se naizgled čini da navedeni termini označavaju iste stvari, detaljnija analiza pokazuje da se ipak razlikuju. U okviru psihologijskih teorija stresa neki od navedenih izraza označuju objektivne vanjske događaje (nesreće, katastrofe, ekstremne stresore), dok ostali predstavljaju, ili percepciju takvih doživljaja ili psihološke reakcije na njih.

Čak i jedna od najpoznatijih dijagnostičkih nomenklatura DSM-III-R (American Psychiatric Assosiation, 1987) upotrebljava naziv trauma, traumatski doživljaj za događaj koji je doveo do posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP). Takvo određenje objektivnog stresora je pomalo tautološko; budući da povod definiramo ishodom i obrnuto, PTSP je poremećaj nastao djelovanjem traume.

Green (1990) predlaže da, kad govorimo o okolinskih događajima koji dovode do štetnih reakcija i posljedica, upotrebljavamo jasnije termine koji označavaju nešto što se dogodilo osobi na početku psihološkog procesa, a za to su, po njenom mišljenju, najpogodniji izrazi stimulus, stresor i događaj.

Tablica 1. Dijagnostički kriteriji - Posttraumatski stresni poremećaj (309.89) (Diagnostic and statistical manual of disorders, DSM-III-R, American Psychiatric Association, 1987)

- A. Osoba je imala doživljaj koji je izvan područja uobičajenog ljudskog iskustva i koji bi bio izrazito mučan za svakoga, npr. ozbiljna ugroženost nečijeg života ili fizičkog integriteta, ozbiljna ugroženost ili stradanje djeteta, bračnog partnera ili drugih bliskih srodnika ili prijatelja; iznenadno uništenje nečijeg doma ili šire zajednice; ili susret s drugom osobom koja je nedavno ili upravo teško ozlijeđena ili smrtno stradala uslijed neke nesreće ili fizičkog nasilja.
- B. Traumatični se doživljaj perzistentno doživljava na barem jedan od sljedećih načina:
1. višekratno nametljiva (intruzivna) i mučna sjećanja na događaj (u male djece: drama koja se ponavlja i u kojoj su izražene teme ili aspekti traume);
 2. višekratni mučni snovi o događaju;
 3. iznenadno ponašanje ili osjećaj kao da se traumatični događaj ponovo zbiva (uključuje osjećaj ponovnog proživljavanja doživljaja iluzije, halucinacije i disocijativne ("flashback") epizode, npr. prilikom buđenja ili trovanja);
 4. intenzivna psihološka patnja zbog izloženosti događajima koji simboliziraju ili podsjećaju na neki aspekt traumatskog događaja, uključujući i godišnje traume.
- C. Uporno izbjegavanje poticaja vezanih uz traumu ili otupjelost opće reaktivnosti (što nije bilo prisutno prije traume), na što upućuju barem tri od sljedećih simptoma:
1. nastojanje da se izbjegnu misli ili osjećaji vezani uz traumu;
 2. nastojanje da se izbjegnu aktivnosti ili situacije koje pobuđuju sjećanja na traumu;
 3. nesposobnost dozivanja u sjećanje nekog važnog aspekta traume (psihogena amnezija);
 4. izrazito smanjeno zanimanje za značajne aktivnosti (u male djece gubitak tek usvojenih razvojnih vještina poput odvikavanja od pelena ili poput jezičnih vještina);
 5. osjećaj odvojenosti ili otuđenosti od drugih;
 6. ograničeni spektar afekata, (npr. nesposobnost za osjećaj ljubavi);

7. osjećaj uskraćene budućnosti, (npr. osoba ne očekuje da bi mogla imati karijeru, brak, djecu ili dug život).

D. Trajni simptomi pojačane pobuđenosti (odsutni prije traume), na što upućuju najmanje dva od sljedećih znakova:

1. osoba teško može zaspati ili održati san;
2. iritabilnost ili izljevi bijesa;
3. otežana koncentracija;
4. hipervigilitet (pretjerana budnost);
5. reakcija pretjeranog straha;
6. fiziološka reaktivnost uslijed izloženosti događajima koji simboliziraju traumatični događaj ili su slični nekom njegovom aspektu (npr. ženu koja je bila silovana u liftu oblije znoj svaki put kada ulazi u bilo koje dizalo).

E. Trajanje poremećaja (simptoma pod B, C i D) najmanje mjesec dana.

Precizirati odgođeni početak poremećaja ako su simptomi izbili najmanje šest mjeseci nakon traume.

PTSP na ovakav način određen i bez obzira na sve nedostatke danas je najviše upotrebljavana dijagnostička klasifikacija. On najbolje određuje konfiguraciju sindroma, a njegova važnost je prije svega praktična jer brzo otkrivanje znakova, odnosno prepoznavanje sindroma, može dovesti do tretmana i prevencije mogućih kroničnih stresnih poremećaja.

Ostale dijagnostičke kategorije kao što su "traumatične neuroze", "neuroze pospječene stresom", "ratne neuroze", "sindrom traume nakon silovanja", "postvietnamski sindrom" dovodile su do konfuzije u promatranju posttraumatskih stanja kao jedinstvenog sindroma, budući da su najčešće određeni vrstom traume (Horowitz, Wilner, Katreider i Alvarez, 1980). Isti autori navode da su DSM klasifikacije u prethodnim verzijama upotrebljavale nejasne termine kao što su "jaka stresna reakcija", "anksiozna neuroza" ili "situaciono izazvani poremećaji". Tek pojava novijih klasifikacija (DSM-III, 1980) opisuje PTSP kao dijagnostički entitet s više dijagnostičkih kriterija (A-D). Klasifikacija DSM-III-R (1987) ne promatra sindrom kao prolaznu pojačanu reakciju na stresore, već upozorava i na mogućnost odgođenih psiholoških posljedica. Dijagnostička klasifikacija ICD-9 (World Health Organization, 1978., prema Gramezy i Rutter, 1985) djelovanje ekstremnih stresora promatra kao akutne i prolazne reakcije koje se pojavljuju kod osoba bez mentalnih poremećaja, a kao odgovor na neuobičajene fizičke i mentalne stresore koji se obično dešavaju u periodu od nekoliko sati do nekoliko dana.

PSIHOLOGIJSKI PROBLEMI POVEZANI S DSM-III-R KLASIFIKACIJOM PTSP-a

Glavni problemi mogli bi se podijeliti u:

1. probleme određivanja stresora i/ili stresogenog iskustva koje dovodi do PTSP-a
2. probleme deskriptivnog i apriorističkog određivanja kriterija klasifikacije
3. identifikaciju medijatora (osobina i iskustava) u nastanku traumatskih poremećaja.

1. Problemi određivanja stresora i/ili stresogenog iskustva

Prve pokušaje određivanja objektivnih stresora nalazimo u velikom broju skala životnih događaja koje su nastojale odrediti povezanost kritične mase ponderiranih stresnih događaja u određenom periodu i rizika od psihosomatskih oboljenja. Okosnica kritike masovne uporabe takvih skala odnosi se na ponderiranje događaja od strane nekompetentnih osoba, velike individualne razlike u percepciji kritičnih događaja i ostale probleme validacije (Vizek-Vidović, 1979., 1990.).

Pokušaj objektivnog određivanja ekstremnih stresora kretao se u nekoliko smjerova:

a) Korištenje liste objektivnih događaja koji su se u prethodnih istraživanjima pokazali značajnim. Objektivna mjera okolinskih stresora bila bi zbroj evidentiranih događaja. Hobfoll, London i Orr (1988.) koristili su skalu stresora u ratu (izraelsko-libanonskom) koja se sastojala od niza događaja koje je bilo moguće objektivno evidentirati (npr. sudjelovanje u ratnim operacijama, služenje u rezervnom sastavu, ranjavanje nekog od bliskih prijatelja ili članova uže obitelji, smrtni slučajevi i sl.). Autori smatraju da je ovakva skala, bez obzira na heterogenost sadržaja i različitost osobnih percepcija bolja od općenitih skala životnih događaja budući da je usmjerena na aspekte određenog stresnog događaja.

b) Usporedno korištenje skale objektivnih stresora i subjektivne percepcije takvih događaja. Raphael, Lundin i Weisaeth, (1980.) predlažu takvu skalu na kojoj pojedinac, nakon što je registrirao različite aspekte nesreće, procjenjuje stresogenost svakog od tih iskustava na skali od nimalo stresno do izrazito stresno.

c) Određivanje unificiranih dimenzija stresogenih iskustava bez obzira na vrstu ekstremnih stresora koji su ih izazvali. Green (1990.) predlaže višedimenzionalni model generičkih stresogenih iskustava koja se potencijalno pojavljuju u različitim vrstama ekstremnih događaja.

Model obuhvaća sljedeće dimenzije:

- prijetnja za nečiji život ili fizički integritet,
- teške fizičke ozljede,
- očekivanje namjere povrede ili ozljede,
- izloženost grotesknim scenama (mučenja, ubojstava),
- nasilni/iznenadni gubitak voljene osobe,
- svjedočenje ili upoznavanje s nasiljem nad voljenom osobom,
- upoznavanje s izloženošću štetnim agensima (virusa AIDS-a, radijaciji, otrovnim otpadnim stvarima),
- uzrokovanje smrti ili ozbiljnih ranjavanja drugih.

Prednost ovog modela jest precizno određenje pojedinih dimenzija i opširna empirijska validacija. Autor smatra da je ovo samo početak stvaranja baza podataka o potencijalnim generičkim dimenzijama koje se mogu pojaviti kroz različite vrste ekstremnih događaja. Ovako određena stresogena iskustva možemo promatrati kao zavisnu varijablu u odnosu na stresni događaj, ali i kao nezavisnu u odnosu na različite stresne reaktivne sindrome. Npr. za vrijeme rata postoji veliki rizik da će netko doživjeti veći broj navedenih stresogenih iskustava, a što samim tim povećava rizik pojave reaktivnih sindroma. Dakle, rat može djelovati na pojavu reaktivnih poremećaja, ali samo ukoliko je osoba doživjela neka stresogena iskustva.

Glavni nedostaci ovakvog modela su kvazidimenzionalnost (budući da su apriori određene dimenzije stresogenih iskustava), te različitosti individualne percepcije "težine" pojedinih dimenzija.

Iako pitanje "ulaza" u psihološkom procesu nastanka traumatskih sindroma nije moguće jednoznačno odrediti navedeni pristupi se ni u kom slučaju ne isključuju. Ipak bi se prije moglo reći da ovakvo promatranje stresora i stresogenih iskustava ima veću istraživačku nego praktičnu vrijednost. Ovakvo precizno određivanje nezavisnih varijabli obično u kliničkoj eksploraciji nije prioritetno u usporedbi s detaljnom registracijom premorbidne strukture ličnosti i najšireg aspekta simptoma koji se mogu pojaviti kao reakcija ili odgođena posljedica stresogenih događaja.

2. Problemi mjerenja simptoma PTSP-a

Većina prigovora vezanih za psihijatrijske klasifikacije (neobjektivnost, nevalidnost, nepouzdanost) mogla bi se primjeniti i na ovaj sindrom. Pokušaji da se napravi mjerni instrument koji će, na način sličan klasičnim psihologijskim instrumentima, mjeriti konstrukt, išao je u dva smjera:

a) Pokušaj da se dijagnostički kriteriji samo facijalno preoblikuju u mjerni instrument bez psihometrijske validacije (Solomon, Mikulincer i Hobfoll, 1987; Mikulincer i Solomon, 1989; Holen, Sund, i Weisaeth, 1989., prema Raphael i sur., 1989.). Tako "instrumentiziran" sindrom samo donekle olakšava administraciju simptoma, ali ne pridonosi napretku u egzaktnosti. Jedan od originalnih pokušaja jest skala učestalosti pojave pojedinih simptoma PTSP-a (Pynoos, Frederick, Nadern i sur., 1985, prema Raphael i sur., 1989). Od tako rangiranih PTSP reakcija (ukupno 16) najčešće se uspijeva identificirati događaj kao stresor (84%), utučenost pri pomisli na događaj (76%), strah od prisjećanja (71%), dok je najrjeđe identificiran osjećaj krivnje (12%).

b) Korištenje psihologijskih mjernih instrumenata pri dijagnozi PTSP-a. Horowitz, Wilner i Alvarez (1979) i Horowitz i sur. (1980) konstruirali su skalu za mjerenje psiholoških reakcija na stresne događaje (kriteriji opisani pod B i C). Skala je potvrdila postojanje dva interpretabilna faktora (faktor intruzije i faktor izbjegavanja) sa zadovoljavajućim metrijskim karakteristikama (Cronbacha alfa .78 odnosno .82; test-retest pouzdanost .87). Skala je usmjerena na ispitivanje forme i kvalitete svjesnih iskustava u periodu od sedam dana (ovaj period je uzet kao krajnja granica za valjan izvještaj o neugodnim iskustvima). Za mjerenje psihijatrijskih simptoma, koji se mogu pojaviti nakon traume (kriterij E pri dijagnozi PTSP-a), navedeni autori predlažu korištenje što opsežnijih lista simptoma kao što je npr. SCL-90 (Deogatis, Lipman i Covi, 1973). Horwitz i sur. (1980.) našli su na uzorku pojedinaca s različitim traumama (N=66) povećanu simptomatologiju depresije, anksioznosti, opsesivno-kompulzivne poremećaje, neprijateljstvo i konverzivne simptome. Ovakva reaktivna stanja povezana

su s faktorom izbjegavanja, dok je samo anksioznost značajno korelirala sa skalom intruzije. Autori to objašnjavaju time da različiti aspekti izbjegavanja poticaja vezanih za traumu dovode do potiskivanja intruzivnih epizoda.

Navedeni model samo je jedan način "psihometrizacije" PTSP-sindroma koji najbolje pokušava odrediti višedimenzionalnost konstrukta. Salomon i Master (1990) upozoravaju na nužnost egzaktnog zahvaćanja cjelokupnog procesa traumatskog stresa: od jednoznačnog i detaljnog određivanja traumatskih događaja, pa do patoloških i nepatoloških reakcija i posljedica po žrtvu. Horowitz, Weis i Marmar, 1987. (prema Green, 1990) smatraju da će upravo uzimanje u obzir različitih nepatoloških oblika prilagođavanja na traume, kao i proučavanje različitih kratkih reaktivnih psihoza, biti koristan putokaz za buduću DSM-IV klasifikaciju stresnih poremećaja.

3. Predtraumatske osobine i iskustva kao posrednici u nastanku stresnih poremećaja

Mjerenje sindroma stresnih poremećaja dodatno usložnjavaju i predtraumatska iskustva koja treba uzeti u obzir pri nastanku poremećaja. Zapravo, neki smatraju da su upravo osobine latentne prethodne ranjivosti odgovorne za nastavak PTSP-a, te je traumatski događaj samo povod za manifestaciju patologije. Ne postoji nikakav konsenzus koji sve premorbidne karakteristike treba uzeti u obzir pri eksploraciji stresnih poremećaja. Raphael i suradnici (1989.) dali su detaljnu specifikaciju medijacijskih varijabli pri kliničkoj procjeni PTSP-a:

- demografski faktori (spol, bračni i obiteljski status, etnička, jezična i religiozna pozadina, zaposlenje, obrazovanje);
- iskustva iz prošlosti (prošla iskustva nesreća, trening i priprema za nesreće, bolest u djetinjstvu, iskustva pozitivnog suočavanja s problemima, povijest psihijatrijskih bolesti, obiteljska opterećenost psihijatrijskim bolestima);
- osobine ličnosti (neuroticizam, inteligencija, načini suočavanja sa stresom);
- posttraumatski interferirajući stresori koji su se desili nakon objektivno registriranog traumatskog događaja;
- socijalna podrška (objektivna i percipirana);
- detaljna procjena ozljeda i hendikepa nastalih djelovanjem traume.

Ispitivanja medijacijskih faktora kod trauma izazvanih ratom ima posebnu važnost zbog prirode samog stresora. Rat se najčešće definira kao ekstremni doživljaj izazvan ljudskom krivnjom, odnosno kao traumatski doživljaj koji se možda mogao izbjeći. Takvi događaji, za razliku od ostalih nesreća, obično su percipirani uz manji ili veći osjećaj odgovornosti i kontrole.

U različitim istraživanjima PTSP-a kao posljedice rata uzeti su u obzir različiti medijacijski faktori koji posreduju u nastanku traumatskih poremećaja (Salomon i suradnici, 1987; Hobfoll i suradnici, 1988; Mikulincer i Salomon, 1989.):

- neprilagođeni načini suočavanja s problemima nakon traume (emocionalno usmjereni coping),
- kauzalna atribucija (pripisivanje negativnih doživljaja stabilnim i nekontroliranim uzrocima),
- nepovoljna obiteljska atmosfera,

- niska objektivna i percipirana socijalna podrška i intimnost.

Iz ovoga pregleda posredujućih čimbenika u nastanku posttraumatskih problema vidi se da veliki broj premorbidnih osobina može imati važnu ulogu u nastanku i prognozi posljedica traume. Kaplan (1990.) predlaže simultano mjerenje različitih konstrukata tzv. multivarijantnog kauzalnog modela, a pri tome medijatore dijeli na: premorbidnu ranjivost, kroničnu napetost, procjenu situacije i načine suočavanja s problemima. Međutim, već prilikom razmatranja ranjivosti pojavljuju se barem dva problema:

a) ranjivost u sebe uključuje i većinu ostalih medijacijskih konstrukata tako da ih je teško razgraničiti,

b) sam konstrukt ranjivosti moguće je promatrati u terminima jedne ili više varijabli (npr. neuroticizam, načini suočavanja, socijalna podrška i sl.); latentne dimenzije ovog konstrukta nejasne su i teško ih je cjelovito zahvatiti. Upravo zbog tih nejasnih odnosa među konstruktima kao i različitih načina njihove operacionalizacije većina istraživača medijacijske varijable tretira kao marginalne i kontrolabilne, a težište prebacuje na izvore i simptome traumatskog sindroma.

Literatura:

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd edition). Washington, DC.
- Gar mez y, N. i Rutter, M. 1985. Acute Reaction to Stress. In: M. Rutter i L. Harson. (Eds): *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*. Blackwell Scientific, Oxford.
- Green, B. L. 1990. Defining Trauma: Terminology and Generic Stressor Dimension. *Journal of Applied Social Psychology*, 20,20, pp. 1632-1642.
- Hobfoll, S. E., London, P. i Orr, E. 1988. Mastery, Intimacy, and Stress Resistance during War. *Journal of Community Psychology*, 16, 317-331.
- Kaplan, H. B. 1990. Measurement and the Stress Process: Retrospekt and Prospect. *Stress Medicine*, 6, 249-255.
- Mikulincer, M. i Solomon, Z. (1989). Causal Attribution, Coping Strategies, and Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorders. *European Journal of Personality*, 3, 269-284.
- Horowitz, M., Wilner, N. i Alvarez, W. 1979. Impact of Events Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., Kaltreider, N. i Alvarez, W. 1980. Signs and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 37, 85-92.

- Raphael, B., Lundin, T. i Weisaeth. 1989. A Research Method for the Study of Psychological and Psychiatric Aspects of Disaster. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80(353), 1-75.
- Solomon, S. D. i Maser, J. D. 1990. Defining Terms and Instruments for Assessing Traumatic Stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 20,20, 1623-1631.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. i Hobfoll, S. E. 1987. Objective Versus Subjective Measurement of Stress and Social Support: Combat-Related Reactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4), 577-583.
- Vizek-Vidović, V. 1979. Modeli stresa. *Revija za psihologiju*, 1-2, 95-110.
- Vizek-Vidović, V. 1990. Stres u radu. RZ Republičke konferencije SSOH-a, Zagreb.

Mario Bebić: THE PROBLEM OF MEASURING POST-TRAUMATIC DISORDERS

Summary

The available literature dealing with the measurement of post-traumatic disorders leads one to conclude that there are at least three large clusters of problems: 1) the problem of unequivocally determining the stressor and/or the stress-producing experience, 2) the problem of measuring the symptoms of the stress disorder, 3) the identification of pre-traumatic features and experiences which could have been significant mediators in causing stress.

The DSM-III-R diagnostic classification (American Psychiatric Association), although the best means for determining post-traumatic stress disorder, represents an ideal example for examining these problems while being, at the same time, a useful model for more exact classifications.

In addition, by tackling the problems in this manner one gets a better understanding of the entire model for the occurrence of stress disorders: starting from the objective event, the traumatic experiences, the mediational factors to the appearance of acute and chronic after-effects of stress disorders.