

OSOBI NE LIČNOSTI U VETERANA S POSTTRAUMATSKIM STRESNIM POREMEĆAJEM

Baričević, Petra

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Medicine / Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:876845>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-19**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET
INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI
SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Petra Baričević

OSOBINE LIČNOSTI U VETERANA
S POSTTRAUMATSKIM STRESNIM POREMEĆAJEM

Diplomski rad

Rijeka, 2020.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET
INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI
SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Petra Baričević

OSOBINE LIČNOSTI U VETERANA
S POSTTRAUMATSKIM STRESNIM POREMEĆAJEM

Diplomski rad

Rijeka, 2020.

Mentor rada: Doc. dr. sc. Marina Letica Crepulja, dr. med.

Komentor rada: dr. sc. Nikolina Jovanović, dr. med.

Diplomski rad ocjenjen je dana _____ u/na _____
_____, pred povjerenstvom u sastavu:

1. izv. prof. dr. sc. Ika Rončević-Gržeta
2. doc. dr. sc. Jasna Grković
3. doc. dr. sc. Daniela Petrić

Rad sadrži _____ stranica, _____ slika, _____ tablica, _____ literaturnih
navoda.

Zahvala

Željela bih prije svega zahvaliti mentorici, doc. dr. sc. Marini Letici Crepulji i komentorici, dr. sc. Nikolini Jovanović, na suradljivosti, pristupačnosti i pomoći koju su mi pružile pri izradi diplomskog rada, svim savjetima i prijedlozima te na uvijek ugodnoj atmosferi pri dolasku na Kliniku za psihijatriju.

Zatim bih željela zahvaliti svojim prijateljima s fakulteta (posebno Katarini, Ani, Vanessi, Karmeli, Kristini i Patriciji). Iako je studentski period bio najteži do sad, s vama je bio najljepši. Također bih htjela zahvaliti svojim prijateljima izvan fakulteta i mojem PZM Josip Kaplan zato što su uvijek vjerovali u mene.

I za kraj najveća hvala mojim roditeljima, sestri i ostatku obitelji. Bez vaše podrške, pomoći i ljubavi ne bih bila tu gdje jesam i kakva sam sad.

Sadržaj rada

1. Uvod	1
1.1. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)	2
1.2. Poremećaji ličnosti	4
1.3. PTSP i poremećaji ličnosti	6
1.3.1. PTSP i PL prema DSM-5 klasifikaciji u ratnih veterana.....	7
2. Svrha rada	8
2.1. Hipoteza	8
3. Ispitanici i postupci	8
3.1. Ispitanici	8
3.2. Postupci	9
3.3. Statistička analiza.....	9
4. Rezultati	10
4.1. Opće karakteristike ispitanika	10
4.2. Kliničke karakteristike ispitanika.....	11
4.3. Osobine ličnosti - PID-5-BF	13
4.4. Usporedba rezultata s istraživanjem provedenim među američkim veteranima (29) ...	14
5. Rasprava.....	18
6. Zaključak.....	21
7. Sažetak	22
8. Summary	23
9. Literatura.....	25
10. Životopis	30

Popis skraćenica i akronima

PTSP (*eng. PTSD*) – Posttraumatski stresni poremećaj (*eng. Post-traumatic stress disorder*)

PL (*eng. PD*) – poremećaj ličnosti (*eng. Personality disorder*)

DSM-5 - Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje (*eng. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition*)

APA – Američka psihijatrijsko udruženje (*eng. American Psychiatric Association*)

DSM-IV - Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, četvrto izdanje (*eng. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition*)

LPFS - Ljestvica osobnog funkcioniranja (*eng. The Level of Personality Functioning Scale*)

PID-5 – Inventar ličnosti za DSM-5 (*eng. The Personality Inventory for DSM-5*)

PID-5-BF – Inventar ličnosti za DSM-5- kratki oblik (*eng. The Personality Inventory for DSM-5- Brief Form*)

MKB-10 – Međunarodna klasifikacija bolesti, deseto izdanje

MKB-11 – Međunarodna klasifikacija bolesti, jedanaesto izdanje

KBC – Klinički bolnički centar

K10 – Keslerova ljestvica psihološkog distresa (*eng. Kessler Psychological Distress Scale*)

MINI – Mini međunarodni neuropsihijatrijski intervju (*eng. Mini International Neuropsychiatric Interview*)

1. Uvod

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) je poremećaj koji nastaje kao posljedica izlaganja ili svjedočenja stresnom, često i po život opasnom događaju. Uzroci traume su mnogi, a najčešći su ratna zbivanja, pljačke, nasilje, nesreće i prirodne katastrofe (1). Prevalencija iznosi 3.9% ukupne populacije te 5.6% populacije izložene traumi (2). Tipični simptomi PTSP-a su ponovno proživljavanje traumatskog događaja u formi prisjećanja i noćnih mora, emocionalna otupjelost, izbjegavanje mjesta, ljudi i aktivnosti koje osobu podsjećaju na traumu te pojačana budnost i razdražljivost (3).

Crte ili osobine ličnosti su dugotrajni model percepcije i razmišljanja o okolini i samom sebi koji se izražava kroz različite socijalne i osobne situacije. Ukoliko one nisu prilagodljive mogu dovesti do funkcionalnih i subjektivnih poteškoća i tada govorimo o poremećaju ličnosti. Poremećaj ličnosti (PL) se definira kao „trajno promijenjena ličnost, na razini selfa, ali i interpersonalnih odnosa te prisutnost patoloških crta ličnosti (4)“.

U dosadašnjim istraživanjima dokazana je povećana učestalost PL kod ratnih veterana s PTSP-om u 54.2%. Najčešći poremećaji ličnosti kod ispitanika bili su izbjegavajući, paranojni i opsesivno-kompulzivni poremećaji ličnosti (5). Povezano s tim provedena su istraživanja utjecaja različitih osobina ličnosti u razvoju PTSP-a i ukoliko liječenje PTSP-a i PL utječe međusobno na smanjenje učestalost i jačine simptoma (6,7).

U posljednjem, petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (*eng. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition - DSM-5*) Američko psihijatrijsko udruženje (*eng. American Psychiatric Association-APA*) predložilo je multi-dimenzionalni model ličnosti koji uključuje pet dimenzija: negativni afektivitet, odvojenost (*eng. detachment*), antagonizam, dezinhibiciju i psihoticizam. Također, u odjeljku III DSM-5 predlaže se alternativni model PL koji se sastoji od 6 poremećaja ličnosti: antisocijalni, izbjegavajući, granični (*eng. borderline*), narcistički,

opsesivno-kompulzivni i shizotipni (8). Povezujući osobine ličnosti i poremećaje ličnosti dosadašnja istraživanja pokazuju poveznicu između izbjegavajućeg, opsesivno-kompulzivnog i shizotipnog PL i odvojenosti i negativnog afektiviteta kao patoloških crta ličnosti u bolesnika s PTSP-om (9). Alternativni model za DSM-5 još nije istraživan na hrvatskoj populaciji osoba oboljelih od PTSP-a.

1.1. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)

PTSP je poremećaj koji je prisutan širom svijeta, ali učestalost PTSP-a u općoj populaciji uvelike se razlikuje ovisno o ispitanjoj populaciji (2). PTSP možemo podijeliti u dvije skupine – PTSP koji je povezan s ratom i PTSP koji nije povezan s ratom (silovanja, prirodne katastrofe, prometne nesreće, fizički napadi...) (10). Prevalencija PTSP-a kod žena je dvostruko veća od one kod muškaraca, 10-12% naspram 5-6% (11). Žene su češće izložene drugačijoj vrsti traume (nasilje i prijetnje) nego muškarci (ratna zbivanja) koja se događa ranije u životu te zbog toga simptomi PTSP-a počinju u 20-im i 30-im, a u muškaraca u 40-im i 50-im godinama (12,13).

Učestalost PTSP-a u ratnih veterana iznosi 21.8%. Još 10% veterana ima parcijalne simptome PTSP-a, ali ne zadovoljavaju kriterije za PTSP (14,13). U Hrvatskoj oko 95% oboljelih ima PTSP povezan s ratom koji je uzrokovan borbom u Domovinskom ratu od 1991. do 1995. godine (13).

U četvrtom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (*eng. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition- DSM-IV*) simptomi PTSP-a bili su klasificirani u 3 skupine: ponovno proživljavanje traumatskog događaja; izbjegavanje podsjetnika na traumatski događaj i emocionalna suženost; te simptomi pojačane pobuđenosti (15). Kako bi detaljnije precizirala kriterije za postavljanje dijagnoze PTSP-a, 2013. godine APA je napravila reviziju dijagnostičkih kriterija za PTSP u 5. izdanju DSM-5. PTSP je tako svrstan u novu kategoriju u DSM-5 – poremećaji povezani s traumom i

stresom. Glavni kriterij ove kategorije je izloženost traumi i stresnom događaju, a navedeni kriteriji se odnose na sve osobe starije od šest godina. Kriteriji su podijeljeni u 8 skupina (Kriteriji A-H) (8).

Kriterij A zahtijeva izloženost smrti, prijetnje smrću, stvarnu ili prijetecu ozbiljnu ozljedu ili stvarno ili prijetecu seksualno nasilje u formi izravne izloženosti, svjedočenja traumi, saznanja da je bliska osoba bila izložena traumi ili neizravne izloženosti detaljima traume, najčešće tijekom obavljanja profesionalne dužnosti (npr. policajci, liječnici).

Kriterij B predstavlja postojanje bar jednog od intruzivnih simptoma: neželjena uznemiravajuća sjećanja, noćne more, flashback-ovi, emocionalni distres nakon izloženosti podsjetnicima traume te fizički odgovor nakon izloženosti podsjetnicima traume.

Kako bi se zadovoljili kriteriji C pacijent bi trebao imati bar jednog od simptoma izbjegavanja – izbjegavanje trauma-povezanih misli ili osjećaja te izbjegavanje trauma-povezanih podsjetnika (npr. pričanje o traumatskom događaju).

Kriterija D predstavlja negativne promjene u kogniciji i raspoloženju. Potrebna su minimalno 2 kriterija, a stavke su: nemogućnost prisjećanja ključnih dijelova traume, pretjerano negativne misli o sebi ili svijetu, istaknuta krivnja sebe ili drugih za traumu, negativni afekt, smanjeni interes za aktivnosti, osjećaj izolacije, teškoće doživljavanja pozitivnog afekta.

Promjene uzbuđenja su i reaktivnosti predstavlja kriterij E, a simptomi koji ga obilježavaju su: iritabilnost ili agresija, rizično ili destruktivno ponašanje, hipervigilancija, prisutnost naglih reakcija, poteškoće koncentracije te poteškoće spavanja.

Osim simptoma A-E za dijagnozu PTSP-a potrebno je da simptomi traju više od mjesec dana (kriterij F), da simptomi uzrokuju distres ili poteškoće funkcioniranja (kriterij G) te da simptomi nisu uzrokovani lijekovima, drugim supstancama i drugim bolestima (kriterij H).

Pacijenti s PTSP-om često reagiraju tipično kada su suočeni s trauma-povezanim poticajima.

Izražavaju simptome depersonalizacije – pacijent ima osjećaj kako se to ne događa njemu,

kao da sve to sanja ili kao da je vanjski promatrač događaja, te simptome derealizacije – osjećaj nestvarnosti i distorzija okoline (8).

1.2. Poremećaji ličnosti

Poremećaji ličnosti se opisuju kao trajni, nefleksibilni obrasci razmišljanja i ponašanja koji vidno odstupaju od normalnog, stabilni su kroz vrijeme i dovode do patnje i poremećaja funkcioniranja (8). PL su složeni mentalni poremećaji s visokim troškovima za društvo, najčešće zbog učestalog komorbiditeta s ostalim mentalnim ili fizičkim zdravstvenim poremećajima (16). Oko 12% ljudi u općoj populaciji pati od poremećaja ličnosti (17).

U DSM-IV klasifikaciji, svi poremećaji su podijeljeni u 5 osi (multiaksijalni sustav), zajedno sa poremećajima mentalne retardacije poremećaji ličnosti spadaju u os II, a obilježje im je stabilnost i kronični tijek (18). Poremećaji ličnosti podijeljeni su u 10 tipova i u 3 skupine: skupinu A-neobični/ekscentrični poremećaji, B- dramatični/nestalni poremećaji i C- anksiozni/ustrašeni poremećaji (19). Multiaksijalni sustav je napušten zbog preklapanja između različitih osi i različitih tipova PL (7).

Radna skupina za ličnost i poremećaje ličnosti APA-e imala je za zadatak za DSM-5 napraviti novi, hibridni model klasifikacije poremećaja ličnosti. Oni su poremećaje ličnosti dijagnosticirali kriterijem A - poteškoćama u normalnom funkcioniranju koji se određuje pomoću Ljestvice osobnog funkcioniranja (*eng. The Level of Personality Functioning Scale - LPFS*), kriterijem B- prisutnošću patoloških crta ličnosti, kriterijima C i D koji predstavljaju obilježja PL- stabilnost i pervazivnost te kriterijima E, F i G što su zapravo alternativna objašnjenja za patologiju ličnosti (20,8). Postoji 5 crta ličnosti koje se ispituju Inventarom ličnosti za DSM-5 (*eng. The Personality Inventory for DSM-5 - PID-5*): negativni afektivitet, odvojenost (*engl. detachment*), antagonizam, dezinhibicija i psihoticizam, koje ako su previše izražene nazivamo patološkim. Ovih 6 širokih dimenzija nazivamo domenama, a svaka sadrži

spektar specifičnih dimenzije odnosno osobina koje se nalaze zajedno i koje nazivamo fasetama. (tablica 1) (8).

Tablica 1 - obilježja patoloških crta ličnosti (9)

Crta ličnosti	Obilježja patoloških crta ličnosti
Negativni afektivitet	Anksioznost, emocionalna nestabilnost, neprijateljstvo, ustrajnost, nesigurnost kod separacije, submisivnost
Odvojenost	Anhedonija, depresivnost, izbjegavanje intimnosti, povlačenje, sumnjičavost
Antagonizam	Traženje pažnje, okorjelost, obmanjivanje, grandioznost, manipulativnost
Dezinhibicija	Lako odvratanje pažnje, impulzivnost, neodgovornost, prihvaćanje rizika
Psihoticizam	Ekscentričnost, kognitivna disregulacija, neobična vjerovanja i iskustva

PL su podijelili u 6 tipova: antisocijalni, izbjegavajući, granični (borderline), narcistički, opsesivno-kompulzivni i shizotipni tip ličnosti (8). Klasificirajući PL pomoću osobina ličnosti možemo povezati antisocijalni PL s antagonizmom i dezinhibicijom, izbjegavajući PL s negativnim afektivitetom i odvojenosti, borderline PL s dezinhibicijom i negativnim afektivitetom (ponekad i antagonizmom i odvojenosti), narcistički PL s antagonizmom, opsesivno-kompulzivni PL s nedostatkom dezinhibicije, negativni afektivitet i odvojenost te shizotipni PL s psihoticizmom, odvojenosti i ponekad negativnim afektivitetom (9). Međutim APA nije prihvatila takvu podjelu jer je ona inicijalno uzrokovala teškoće u kliničkom radu liječnika koji su bili naviknuti na klasifikaciju iz DSM-IV (21). Zbog toga se službeno u DSM-5 i dalje navodi podjela u 10 tipova, kliničari se njome i dalje koriste, a osim prethodno navedenih 6 tipova postoje paranoidni, shizoidni, histrionski te ovisni poremećaj ličnosti. Novi, hibridni model nazvan je alternativnim modelom PL za DSM-5 te je uključen u odjeljak III priručnika, kao metoda koju se i dalje treba istraživati (8). Kasnija istraživanja pokazala su kako rad po alternativnom modelu omogućava veću kliničku primjenu i bolje

rezultate zbog čega su u budućnosti moguće primjene ovog modela kao osnovna metoda dijagnosticiranja PL (22).

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, desetom izdanju (MKB-10) poremećaji ličnosti se također dijele u 10 tipova (paranoidni, shizoidni, disocijativni, granični, histrionski, anankastički, anksiozni, ovisni te nespecifičan poremećaj ličnosti) (23). 2018. godine izdana je Međunarodna klasifikacija bolesti, jedanaesto izdanje (MKB-11) koja dijeli poremećaje ličnosti s obzirom na poteškoće funkcioniranja u blage, umjerene i teške poremećaje ličnosti. Liječnik će moći izabrati jednu ili više patoloških crta ličnosti koja opisuje pacijenta: negativni afektivitet, anankastija, odvojenost (*eng. detachment*), dissocijalnost, dezinhibicija ili borderline uzorak (24). S obzirom na ovu podjelu može se očekivati porast prevalencije PL s oko 8% na 40-90%, što je procijenjena prevalencija kod svih pacijenata s psihijatrijskim poremećajima (25).

1.3. PTSP i poremećaji ličnosti

Od svih anksioznih i poremećaja raspoloženja PTSP je poremećaj s najviše komorbiditeta (26). Više od 45% ratnih veterana s PTSP-om zadovoljavalo je kriterije za jedan PL, dok je oko 16% veterana imalo 2 ili više PL (5). Postoje 2 podtipa PTSP-a s obzirom na karakteristike ličnosti. Prvi podtip je internalizirajući koji je karakteriziram visokom razinom negativnih emocija zajedno s niskom razinom pozitivnih emocija i koji ima komorbiditete s depresijom, paničnim poremećajima, izbjegavajućim te shizoidnim PL. Drugi podtip je u suprotnosti s prvim i naziva se eksternalizirajući, a njegove karakteristike su nepostojanje ograničenja te komorbiditet s korištenjem psihoaktivnih tvari, antisocijalnim i graničnim (*eng. borderline*) PL (27). Najčešći poremećaji ličnosti kod bolesnika s PTSP-om su paranoidni (17.4%), opsesivno-kompulzivni (16.5%), izbjegavajući (12.2%) i granični (8.7%) PL (5). Iako se za poremećaje ličnosti smatra da su stalni i cjeloživotni poremećaji, provedena su istraživanja na populaciji oboljeloj od PTSP-a koja pokazuju da nakon 14

tjedana liječenja PTSP-a trima tipovima psihoterapije („prolonged exposure“ terapija, interpersonalna psihoterapija i terapija opuštanja) stope PL su se smanjile i ostale niske nakon 26 tjedana (7). U drugom istraživanju proučavane su težine PTSP-a i PL nakon 5-10 godina od traume i dokazano je da što su se više smanjili simptomi PTSP-a, to su se više smanjili i simptomi PL. Veći odgovor na terapiju PTSP-a utječe na smanjenje simptoma paranoidnog, shizotipnog, antisocijalnog, izbjegavajućeg i opsesivno-kompulzivnog PL, što vrijedi i u suprotnom smjeru- smanjenje jačine opsesivno-kompulzivnog PL utječe na pad jačine simptoma PTSP-a. Takvi nalazi sugeriraju kako PTSP i PL mogu imati utjecaj jedno na drugo i tako mijenjati tijek poremećaja. Za paranoidni i izbjegavajući PL postoje preklapanja sa simptomima PTSP-a što objašnjava smanjenje jačine simptoma tih PL, a za ostale PL još nije pronađena veza (28). Neka istraživanja pokazuju kako osnovni PL ne utječe na rezultate liječenja PTSP-a čime se potiče liječenje i rad s pacijentima s PTSP-om usprkos njihovim poremećajima ličnosti (7).

1.3.1. PTSP i PL prema DSM-5 klasifikaciji u ratnih veterana

PID-5 pruža mogućnosti istražiti ne samo 5 domena, već i specifične crte ličnosti unutar pojedine domene i tako detaljnije proučiti profil osoba s PTSP-om. U istraživanju James LM i dr. vrijednost svih domena i faseta (pogotovo internalizirajućih) prema PID-5 bila je značajno povišena u ratnih veterana s PTSP-om naspram ratnih veterana bez PTSP-a, što pokazuje značajnu patologiju ličnosti u bolesnika s PTSP-om. Odvajanje (*eng. detachment*) i psihoticizam dvije su domene koje su se istaknule u najvećoj razlici, što objašnjava simptome povlačenja i povezanost s depresijom te psihotične simptome u PTSP-u. Proučavajući udjele domena u ličnosti, PTSP profil bio je primarno karakteriziran odvojenosti i negativnim afektivitetom (internalizirajuće domene), a zatim dezinhibicijom, psihoticizmom i najmanje antagonizmom (eksternalizirajuća domena), dok su obilježja veterana bez PTSP-a antagonizam i psihoticizam (29).

2. Svrha rada

Svrha ovog rada je ispitati pojedine dimenzije ličnosti i prema tome poremećaje ličnosti u populaciji ratnih veterana s PTSP-om. U današnje vrijeme bitan je individualizirani pristup pacijentu i određenoj populaciji, u ovom slučaju populaciji veterana s PTSP-om i zato bi saznanje o osobinama ličnosti svojeg pacijenta uvelike pomoglo liječnicima, a pogotovo psihijatrima u postavljanju dijagnoza, boljem pristupu pacijentu i samoj prevenciji PTSP-a.

2.1. Hipoteza

Hipoteza istraživanja je da ratni veterani koji razviju PTSP imaju specifičan, maladaptivni profil ličnosti koji uključuje izraženije patološke crte kao što su odvojenost, negativni afektivitet i psihoticizam.

3. Ispitanici i postupci

3.1. Ispitanici

U istraživanje je bio uključen 31 pacijent s ratnim PTSP-om koji su bili u bolničkom ili izvanbolničkom tretmanu na Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra (KBC) Rijeka. Pacijentima se pristupilo za vrijeme njihovog liječenja na Klinici sa zamolbom za sudjelovanje u istraživanju. Svakom potencijalnom ispitaniku bila je objašnjena svrha istraživanja, te opisan postupak istraživanja i činjenica da sudjelovanje ili nesudjelovanje u istraživanju neće imati nikakav utjecaj na njihovo daljnje liječenje. Ispitanici su pristanak na sudjelovanje u istraživanju potvrdili potpisivanjem informirane suglasnosti. Istraživanjem je bilo osigurano poštivanje bioetičkih standarda, privatnost (medicinska tajna) ispitanika i zaštita tajnosti podataka. Ukoliko su pristali na sudjelovanje u istraživanju, dogovorio se termin za ispunjavanje upitnika za što je predviđeno trajanje 30-45 minuta. Istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo za biomedicinska istraživanja Medicinskog fakulteta u Rijeci i Etičko povjerenstvo Kliničkog bolničkog centra Rijeka.

3.2. Postupci

Dijagnozu PTSP-a je postavio iskusni psihijatar pomoću Mini međunarodnog neuropsihijatrijskog intervjua za DSM-5 (*eng. Mini International Neuropsychiatric Interview – MINI*) (30). Prikupili su se sociodemografski podatci (dob, spol, obrazovanje, posao, bračno stanje). Svi ispitanici su ispunili Inventar ličnosti za DSM-5 – kratki oblik – za odrasle (*eng. The Personality Inventory for DSM-5- Brief Form- For Adults -PID-5-BF*) koji se sastoji od 25 stavki (31). Procjenjivalo se pet domena osobina ličnosti: negativni afektivitet, odvojenost, antagonizam, dezinhibiciju i psihoticizam, te se svaka domena ispitivala s pet stavki.

Upitnici korišteni u studiji:

PID-5-BF za odrasle sastoji se od 25 tvrdnji. Svaka tvrdnja u upitniku boduje se prema bodovnoj ljestvici s 4 boda (0=u potpunosti netočno ili pretežno netočno; 1= ponekad ili na neki način netočno; 2= ponekad ili na neki način točno; 3= u potpunosti točno ili pretežno točno). Cjelokupni upitnik ima raspon bodova od 0 do 75, s time da je veći broj bodova pokazatelj većeg poremećaja ličnosti i disfunkcije ličnosti.

Keslerova ljestvica psihološkog distresa (*eng. Kessler Psychological Distress Scale – K10*) upitnik je s 10 stavki čija je namjera izmjeriti razinu distresa, subjektivnog osjećaja tjeskobe koji se sastoji od pitanja povezanih s anksioznošću i depresivnim simptomima koje je osoba osjećala u posljednja 4 tjedna. Osobe koje su imale broj bodova manji od 20 'izgledno je da će biti dobro', a one osobe koje su imale više od 20 bodova s većom vjerojatnošću imaju blagi mentalni poremećaj (20-24 bodova), umjereni mentalni poremećaj (25-29 bodova) i teški mentalni poremećaj (broj bodova veći od 30) (32).

3.3. Statistička analiza

Socio-demografske i kliničke karakteristike ispitanika istraživanja objedinjena su koristeći deskriptivnu statistiku s učestalosti i postocima. Izražene su srednje vrijednosti, standardne

devijacije i rasponi za PID-5 BF i K10. Podaci su analizirani koristeći SPSS program, verzija 18.0 sa statističkim značajem od 0.05 (33).

4. Rezultati

4.1. Opće karakteristike ispitanika

Istraživanje je provedeno na uzorku od 31 ispitanika koji su u isto uključeni iz izvanbolničkog psihijatrijskog tretmana na Klinici za psihijatriju KBC Rijeka tijekom razdoblja od lipnja do studenog 2019. godine. Većina ispitanika bili su muškarci (N=30, 96.8%). Prosječna dob ispitanika bila je 48.04 (SD 3.92) s rasponom od 41 do 59 godina. Svi ispitanici bili su u vezi ili oženjeni. Većina ispitanika ima srednju stručnu spremu (N=24, 77.4%). Manje od polovice uzorka bilo je zaposleno u vrijeme provedbe istraživanja (N=13, 41.9%), dok su ostali bili nezaposleni (N=4, 12.9%) ili umirovljeni (N=14, 45.2%). Pojednosti su sadržane u tablici 2.

Tablica 2 - Opće karakteristike ispitanika; a - podaci nedostaju za 6 pacijenata; b - podaci nedostaju za 1 pacijenta

	Svi ispitanici N=31 (100%)
Dob (godine) ^a	Prosječna 48.04 (SD 3.92), raspon 41 – 59
Spol, N (%)	
Muški	30 (96.8)
Ženski	1 (3.2)
Bračni status, N (%)	
U vezi/u braku	31 (100)
Obrazovanje, N (%) ^b	
Niža stručna sprema	2 (6.5)
Srednja stručna sprema	24 (77.4)
Viša/visoka stručna sprema	4 (12.9)

Radni status, N (%)	
Zaposlen/a	13 (41.9)
Nezaposlen/a	4 (12.9)
Umirovljen/a	14 (45.2)

4.2. Kliničke karakteristike ispitanika

Svi ispitanici imaju dijagnozu PTSP-a koji je povezan sa sudjelovanjem u ratnim zbivanjima (MKB-10 F43.1). Većina ispitanika također, ima dijagnozu nekog drugog mentalnog poremećaja u komorbiditetu (N=18, 58.1%), od čega su najčešći depresivni poremećaj (N=6, 33.3%) i PL (N=5, 27.8%). Sveukupno 18 ispitanika (58.1%) imalo je barem jednu psihijatrijsku hospitalizaciju, a prosječni broj hospitalizacija bio je 1.58 (SD 2.2), s rasponom 1-9 hospitalizacija. Skoro svi sudionici istraživanja (N=29, 93.5%) primili su pomoć u obliku psihoterapije, bilo individualne (N=9, 31%), bilo grupne terapije (N=13, 44.8%) ili obje (N=7, 24.1%). Pojediniosti su sadržane u tablici 3.

Tablica 3 - Kliničke karakteristike ispitanika

	Svi ispitanici N=31 (100%)
Dijagnoza ratom-povezanog PTSP-a, N (%)	31 (100)
Komorbidni mentalni poremećaj, N (%)	18 (58.1)
F10.1 (Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom alkohola – akutno trovanje, štetna uporaba)	1 (5.6)
F23 (Akutna i prolazna mentalna oboljenja)	1 (5.6)
F32.1 (Umjerena depresijska epizoda)	3 (16.7)
F33.1 (Umjeren povratni depresijski poremećaj)	3 (16.7)
F54 (Psihološki poremećaji i poremećaji ponašanja u drugim bolestima)	5 (27.8)
F60 (Specifični poremećaji ličnosti)	1(5.6)
F62 (trajna promjena ličnosti neorganskog porijekla)	4 (22.2)

Povijest psihijatrijskih hospitalizacija, N (%)	18 (58.1)
Broj psihijatrijskih hospitalizacija	Prosječan 1.58 (SD 2.2), raspon 1-9
Trenutno propisana medikamentozna terapija, N (%)	30 (96.7)
Jedan ili više antidepresiva u terapiji	26
Jedan ili više antipsihotika u terapiji	13
Jedan ili više anksiolitika u terapiji	22
Pružena psihološka pomoć	29 (93.5)
Individualna terapija	9 (31)
Grupna terapija	13 (44.8)
Individualna i grupna terapija	7 (24.1)

Svi ispitanici su u liječenju imali farmakološku terapiju. Pacijenti su sami ispunili izvještaj o medikamentoznoj terapiji koju trenutno uzimaju. Pojediniosti su sadržane u tablici 4.

Tablica 4 - Trenutačna medikamentozna terapija (podaci prema izjavi ispitanika)

Broj ispitanika	Medikamentozna terapija (podaci prema izjavi ispitanika)
1	Trittico, Normabel, Kvetiapin, Oksikodon/Nalokson, Pantoprazol, Concor, Euthyrox, Co-Perineva, Zaldiar
2	Trittico, Sanval
3	Cymbalta, Xanax, Piramil, Andol, Medrol, Ranital, Sandimmun, Nebilet, Atoris, Tinidil
4	Rispolux, Xanax, Asentra, Calixta
5	Velafax, Fluzeepam, Moxaviv, Lercanil, Nebilet
6	Seroxat, Kvetiapin, Rivotril, Flosin, Lacidipin, Valsacor
7	Seroxat, Kvetiapin, Normabel
8	Portal, Olandix
9	Kvetiapin, Trittico
10	Trittico, Sanval, Helex
11	Helex, Zoloft
12	Brintellix, Helex
13	Depakine Crono, Olanzapin, Fevarin, Helex, Normabel
14	Metadon, Calixta, Lamotrigin, Ampril, Normabel
15	Cymbalta, Calixta, Normabel
16	/
17	Rispolux, Mirtazapin, Tegretol, Prazine

18	Arvind, Velafax, Promazin, Normabel, Fluzepam
19	Citalon, Oksazepam
20	Promazin, Normabel, Calixta
21	Trittico, Diazepam
22	Pregabalin, Amora, Andol, Atoris
23	Coaxil, Normabel
24	Calixta
25	Zoloft, Pregabalin, Helex
26	Trittico, Normabel
27	Trittico, Normabel, Cymbalta, Sanval, Risset
28	Cymbalta, Calixta, Topamax, Cerson, Diazepam
29	Fevarin, Helex, Fluzepam
30	Olanzapin, Helex, Fevarin, Depakine Chrono
31	Depakine Chrono, Loquen, Calixta, Valsacor, Roswera, Nebyol, Zipantola, Andol, Corprotect, Apaurin

Svi ispitanici ispunili su također K10 upitnik. Prosječni broj bodova bio je 32.5 (SD 9.87).

Većina ispitanika ima vjerojatni teški mentalni poremećaj (N=20, 64.5%), dok preostali ispitanici imaju sljedeće rezultate: ispitanik nema duševne tegobe koje bi iziskivale liječenje (N=4, 12.9%), vjerojatni blagi mentalni poremećaj (N=2, 6.5%) i vjerojatni umjereni mentalni poremećaj (N=5, 16.1%). Pojedini su sadržane u tablici 5.

Tablica 5 - Kesslerova ljestvica psihološkog distresa (K10) - ispitanici u KBC Rijeka

	Prosjek	SD	Raspon
Kessler_ukupni zbroj	32.5484	9.86860	11 – 50
Interpretacija	N	%	
Nema duševne tegobe koje bi iziskivale liječenje	4	12.9	
Blagi mentalni poremećaj	2	6.5	
Umjereni mentalni poremećaj	5	16.1	
Teški mentalni poremećaj	20	64.5	

4.3. Osobine ličnosti - PID-5-BF

Svi ispitanici ispunili su Inventar ličnosti za DSM-5- kratki oblik (PID-5-BF). Rezultati su prikazani u tablici br. 5. Prosječni zbroj bodova svih stavki je 30.2903 (SD 12.51983) s

rasponom od 9 do 61 boda. Broj ispitanika bio je 31 i prema tome standardna pogreška aritmetičke sredine je 5.44. Svaka domena je ispitivana s 5 izjava odnosno stavki. Prosječna vrijednost negativnog afektiviteta kao patološke crte ličnosti je 1.661 (SD 0.71149). Crta ličnosti odvojenost (detachment) ima prosječnu vrijednost 1.612 (SD 0.679). Prosjek za antagonizam je 0.746 (SD 0.568). Dezinhibicija ima prosječnu vrijednost 0.861 (SD 0.542). Osobina ličnosti psihoticizam ima prosječnu vrijednost od 1.164 (SD 0.722). Zbroj prosječnih vrijednosti pojedinih domena u KBC Rijeka je 6,0424 (SD 3,22379). Vidjeti tablicu 6 za više detalja.

Tablica 6 - PID-5-BF - ispitanici u KBC Rijeka

	Prosjek	SD	Raspon
PID-5-BF zbroj bodova	30.2121	12.13661	9-61
PID-5-BF zbroj pojedinih domena	6.058	3.26657	
PID negativni afektivitet	1.6903	0.72266	0-3
PID odvojenost	1.5806	0.68965	0-3
PID antagonizam	0.7613	0.57832	0-2.4
PID dezinhibicija	0.8645	0.53762	0-2
PID psihoticizam	1.1613	0.73832	0-3

4.4. Usporedba rezultata s istraživanjem provedenim među američkim veteranima

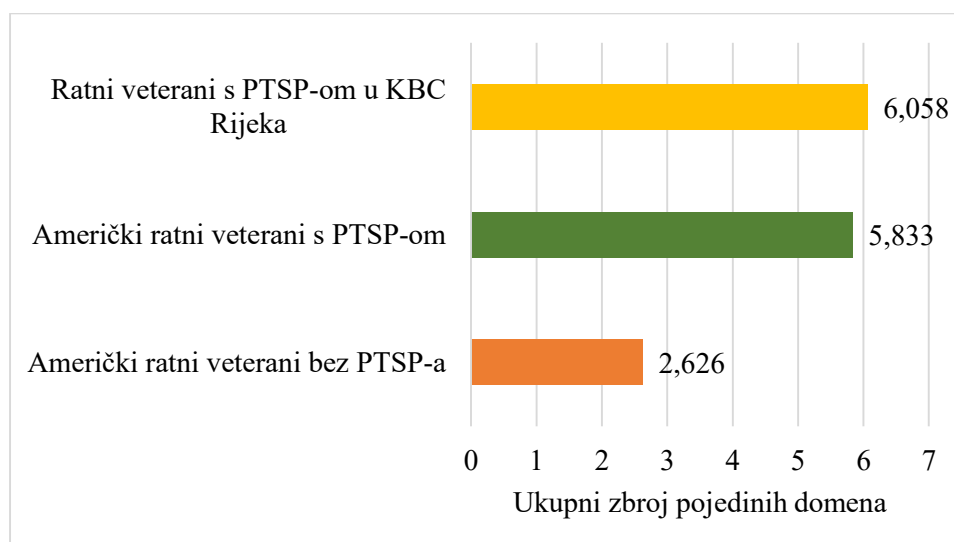
(29)

Rezultate istraživanja u KBC Rijeka uspoređujemo s istraživanjem James LM i dr. koje je provedeno 2015. godine. PID-BF upitnik ispunilo je 35 američkih ratnih veterana s PTSP-om i 150 američkih ratnih veterana bez PTSP-a. Pojediniosti su sadržane u tablici 7 (29).

Tablica 7 - PID-5-BF - istraživanje James LM i dr. " DSM-5 personality traits discriminate between posttraumatic stress disorder and control groups" (2015.) (29)

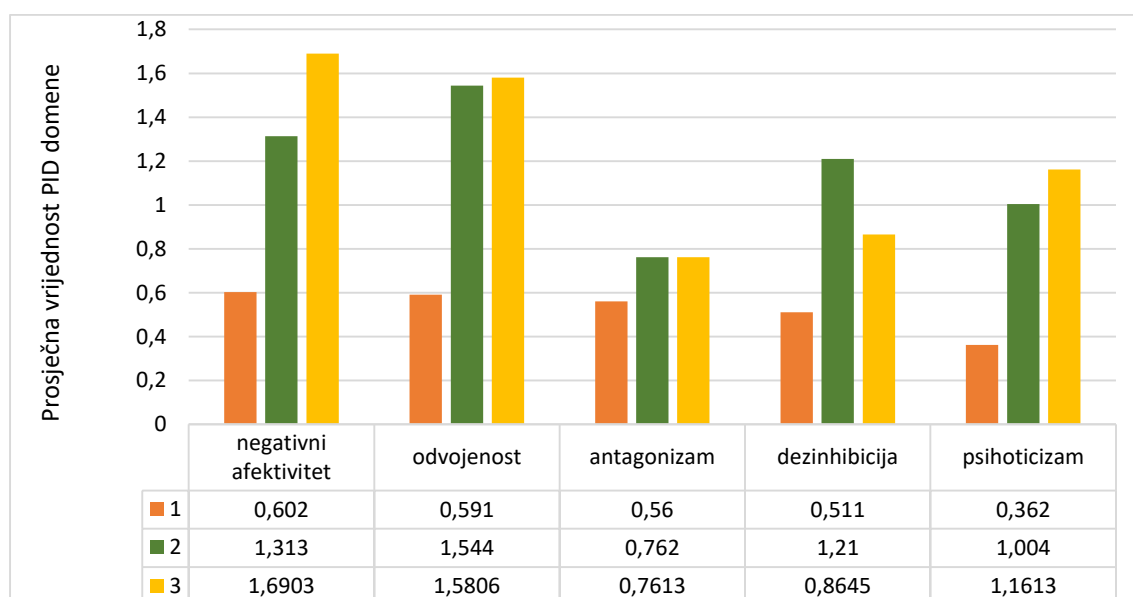
	Kontrolna skupina		PTSP	
	Prosjek	SEM	Prosjek	SEM
PID_5_BF ukupni zbroj pojedinih domena	2.626	0.130	5.833	0.308
PID negativni afektivitet	0.602	0.035	1.313	0.084
PID odvojenost	0.591	0.035	1.544	0.099
PID antagonizam	0.560	0.033	0.762	0.090
PID dezinhibicija	0.511	0.035	1.210	0.083
PID psihoticizam	0.362	0.029	1.004	0.083

Prosječna vrijednost ukupnog zbroja pojedinih domena kod američkih ratnih veterana bez PTSP-a je 2.626 (SEM 0.130), u američkih ratnih veterana s PTSP-om je 5.833 (SEM 0.308), a u hrvatskih ratnih veterana s PTSP-om je 6.058 (SEM 1.088) (slika 1).



Slika 1 - ukupni zbroj pojedinih domena kod američkih ratnih veterana bez PTSP-a (James LM i dr. 2015), američkih ratnih veterana s PTSP-om (James LM i dr. 2015.) i ratnih veterana s PTSP-om u KBC Rijeka

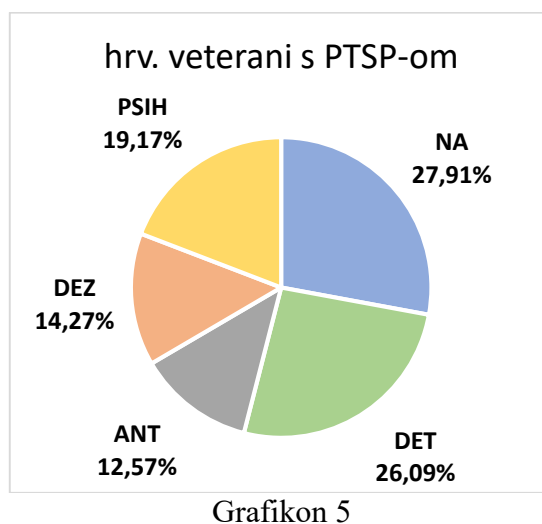
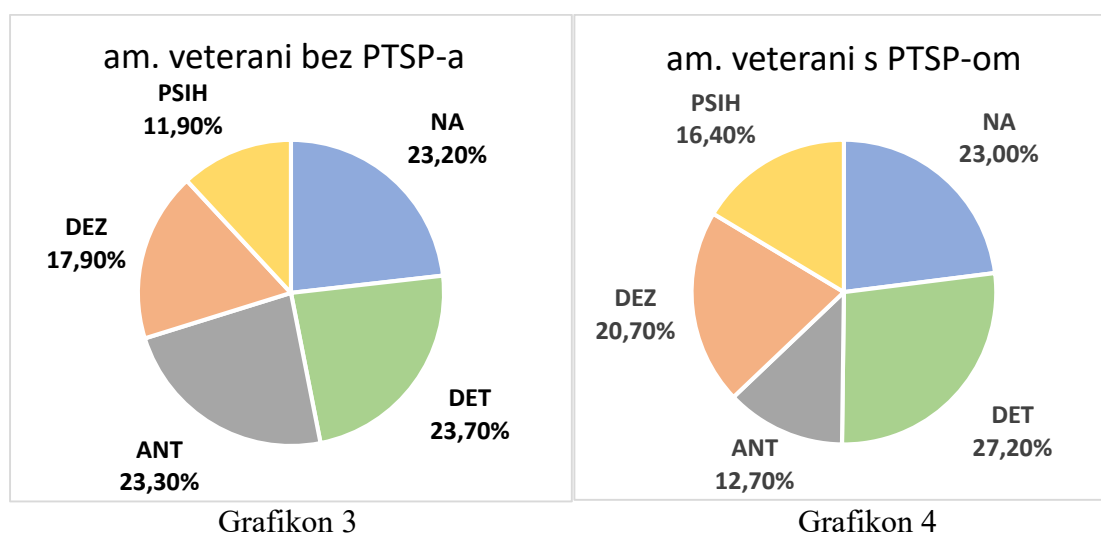
Što se tiče pojedinih domena, odnosno osobina ličnosti negativni afektivitet je značajno izražen u veterana s PTSP-om u oba ispitivanja – nešto više izražen kod hrvatskih veterana s PTSP-om u KBC Rijeka (1.6903), naspram američkih ratnih veterana s PTSP-om (1.313). Odvojenost je također osobina ličnosti koja je puno više izražena u ratnih veterana s PTSP-om u obje studije – vrijednosti su oko 1 bod više nego kod američkih ratnih veterana bez PTSP-a. Antagonizam je jedina osobina koja se, uspoređujući ratne veterane bez PTSP-a i ratne veterane s PTSP-om, ne razlikuje značajno – ona je samo neznatno povišena u veterana s PTSP-om. Što se tiče dezinhibicije, ona je značajno povišena u američkih ratnih veterana s PTSP-om – 1.21, naspram veterana bez PTSP-a – 0.511. U hrvatskih veterana s PTSP-om u KBC Rijeka prosječna vrijednost domene dezinhibicije je 0.8645. Ona je povišena naspram američkih veterana bez PTSP-a, ali je značajno manja od one u američkih veterana s PTSP-om. Psihoticizam je najmanje izražena osobina ličnosti u veterana bez PTSP-a – 0.362 je prosječna vrijednost te domene. Ta vrijednost je značajno viša u američkih ratnih veterana s PTSP-om – 1.004, a još je viša u hrvatskih ratnih veterana s PTSP-om – 1.1613 (slika 2) (29).



Slika 2 - usporedba prosječnih vrijednosti PID domene

- 1 – kontrolna skupina ratnih veterana bez PTSP-a iz istraživanja James LM i dr; 2015.
- 2 – ratni veterani s PTSP-om iz istraživanja James LM i dr; 2015.
- 3 – ratni veterani s PTSP-om iz istraživanja provedenim u KBC Rijeka

Proveli smo univarijantnu analizu kako bismo utvrdili zastupljenost pojedinih crta ličnosti u uzorku naših ispitanika – hrvatskih ratnih veterana s PTSP-om. Na slici 3 je prikazana zastupljenost crta ličnosti kod američkih ratnih veterana bez PTSP-a (istraživanje James LM i dr.), na slici 4 američkih ratnih veterana s PTSP-om (istraživanje James LM i dr.) i u slici 5 u našem uzorku, hrvatskih ratnih veterana s PTSP-om. (29)



Slika 3 – zastupljenost crta ličnosti- kontrolna skupina američkih ratnih veterana bez PTSP-a (James LM i dr. 2015.)

Slika 4 – zastupljenost crta ličnosti – američki ratni veterani s PTSP-om (James LM i dr. 2015)

Slika 5 – zastupljenost crta ličnosti – hrvatski ratni veterani s PTSP-om

NA - negativni afektivitet; DET - odvojenost (*eng. detachment*); ANT - antagonizam; DEZ - dezinhibicija; PSIH- psihoticizam

5. Rasprava

Uspoređujući prosječnu vrijednost ukupnog zbroja pojedinih domena kontrolne skupine američkih ratnih veterana bez PTSP-a (2.626) američkih ratnih veterana s PTSP-om (5.833) i rezultate hrvatskih ratnih veterana s PTSP-om iz istraživanja provedenog u KBC Rijeka (6.058) uočavamo veliku razliku prosječnih vrijednosti kod ratnih veterana bez PTSP-a i ratnih veterana s PTSP-om u oba istraživanja. Hrvatski ratni veterani s PTSP-om u istraživanju u KBC Rijeka imaju vrijednosti vrlo slične američkim ratnim veteranima s PTSP-om. Veći ukupni zbroj bodova ukazuje na viši stupanj psihopatologije ličnosti u ovoj populaciji ispitanika (29). Poremećaji u osobnom funkcioniranju (kriterij A) i prisutnost patoloških osobina ličnosti (kriterij B) zasebno doprinose kliničkoj procjeni o stupnju nesposobnosti: riziku za samoozljeđivanje, nasilju i kriminalitetu, ali i o preporučenoj vrsti i intenzitetu liječenja, a posljedično i o prognozi bolesti (8).

Što se tiče pojedinih domena, negativni afektivitet je značajno povišen kod američkih ratnih veterana s PTSP-om (1.313), ali je najviše izražen u hrvatskih veterana s PTSP-om (1.6903). Pritom je negativni afektivitet osobina ličnosti koja ima najvišu prosječnu vrijednost od svih PID domena u hrvatskih veterana s PTSP-om, ali i najveći udio u zastupljenosti osobina ličnosti (27.91%) za razliku od onog u populaciji bez PTSP-a (23.0%). Klinički negativni afektivitet ima značajni utjecaj na zajedničku pojavu PTSP-a, velikog depresivnog poremećaja i generaliziranog anksioznog poremećaja (34). Time možemo objasniti i visoki komorbiditet od oko 50% PTSP-a i velikog depresivnog poremećaja, međutim važno je pitanje koliko se radi o komorbiditetu depresije i PTSP-a, a koliko o preklapanju simptoma ova dva poremećaja (35,13).

Odvojenost (*eng. detachment*) podjednako je izražena kod američkih i hrvatskih ratnih veterana s PTSP-om i prosječna vrijednost domene je 1 bod viša od vrijednosti američkih ratnih veterana bez PTSP-a. Uz psihoticizam to je domena s najvećom razlikom u usporedbi s

veteranima bez PTSP-a. Kod američkih ratnih veterana s PTSP-om ova domena najviše je izražena u odnosu na ostale domene u formiranju ličnosti, a čini i veliki udio kod hrvatskih veterana s PTSP-om. To bi značilo su osobine ličnosti veterana koji boluju od PTSP-a izbjegavanje intimnosti, povlačenje i sumnjičavost, ali isto tako možemo povezati anhedoniju s depresijom i tako objasniti značajan komorbiditet s depresijom (8,27).

Vrijednosti u domeni antagonizma tek su neznatno povišene kod veterana s PTSP-om u oba istraživanja. Pri usporedbi zastupljenosti antagonizma među osobinama ličnosti u skupini s PTSP-om i skupini bez PTSP-a, uočavamo veliku razliku odnosno najmanji udio antagonizma kod ratnih veterana s PTSP-om u oba istraživanja. Domena antagonizma čini 13% ukupnog udjela naspram 23% udjela kod veterana bez PTSP-a. Većina faseta u kojima nema razlike između veterana sa i bez PTSP-a su upravo fasete iz domene antagonizma: traženje pažnje, obmanjivanje, grandioznost i manipulativnost. Stoga možemo očekivati da će pacijenti u kliničkom okruženju puno manje iskazivati te eksternalizirajuće osobine ličnosti (8, 9).

Proučavajući domenu dezinhibicije, ona je povišena kod ratnih veterana s PTSP-om u oba istraživanja u usporedbi s ratnim veteranima bez PSTP-a. Nadalje, domena dezinhibicije je značajno više izražena u američkih ratnih veterana s PTSP-om nego u hrvatskih ratnih veterana s PTSP-om. To se pogotovo očituje u zastupljenosti osobina ličnosti, gdje američki ratni veterani s PTSP-om imaju zastupljenost dezinhibicije od 20.70%, a kod hrvatskih ratnih veterana s PTSP-om ona je tek 14.27% što je čak i manje od zastupljenosti dezinhibicije kod američkih ratnih veterana bez PTSP-a od 17.90% (8). Domena dezinhibicije uključuje ponašanja povezana s dezinhibicijom poput korištenja psihoaktivnih tvari, interpersonalnog nasilja, prihvaćanja rizika i autodestrukcije (8, 36). Prema tome, možemo zaključiti da su zbog povišenih vrijednosti u domeni dezinhibicije ratni veterani s PTSP-om skloni rizičnim ponašanjima, a to je posebno izraženo u američkoj populaciji veterana s PTSP-om. Čak 25%

veterana s PTSP-om zadovoljava kriterije za poremećaje povezane s korištenjem psihoaktivnih tvari (37).

Psihoticizam je domena koja je bila relativno podjednako povišena kod ratnih veterana s PTSP-om u oba istraživanja, međutim kod hrvatskih veterana s PTSP-om ona ima nešto veću zastupljenost u udjelu osobina ličnosti od 19.17%. Zajedno s domenom odvojenosti, u istraživanju James LM i dr. to je bila domena koja se najviše razlikovala u usporedbi s američkim ratnim veteranima bez PTSP-a. Ponekad se psihotična obilježja mogu naći kod pacijenata s PTSP-om, ali ona se razlikuju od simptoma shizofrenije po biološkim obilježjima. U shizofreniji su takva obilježja su stalna i ne javljaju se prilikom prisjećanja na traumu. Povišenim vrijednostima domene možemo objasniti takvu pojavu (38).

Treba napomenuti da samo smanjenje udjela neke osobine ličnosti u zastupljenosti osobina ličnosti ne znači postojanje sniženih vrijednosti domene nego da druge patološke crte ličnosti zauzimaju veći udio u psihopatologiji ličnosti veterana s PTSP-om. Prema istraživanju James LM i dr. profil američkih veterana s PTSP-om primarno je karakteriziran redom odvojenosti (*eng. detachment*), negativnim afektivitetom, dezinhibicijom, psihoticizmom i antagonizmom (8). Profil hrvatskih ratnih veterana s PTSP-om je vrlo sličan, ali se donekle razlikuje i sastoji se redom od negativnog afektiviteta, odvojenosti (*eng. detachmenta*), psihoticizma, dezinhibicije i na kraju antagonizma. S obzirom na takav profil te na povišenu vrijednost ukupnog zbroja pojedinih domena možemo potvrditi postavljenu hipotezu, da ratni veterani koji razviju PTSP imaju specifičan, maladaptivni profil ličnosti koji uključuje izraženije patološke crte kao što su odvojenost, negativni afektivitet i psihoticizam.

S obzirom da su negativni afektivitet i odvojenost internalizirajuće, a dezinhibicija i antagonizam eksternalizirajuće domene možemo zaključiti da su osobine veterana s PTSP-om u oba istraživanja pretežno internalizirajuće i da postoji veći komorbiditet s internalizirajućim

psihičkim poremećajima (depresija), dok su zbog viših vrijednosti dezinhibicije pretpostavlja se veća učestalost eksternalizirajućeg podtipa kod američkih veterana s PTSP-om.

Za procjenu PL potrebno je proučiti udio domena u zastupljenosti osobina ličnosti zato jer neki PL mogu imati povišene vrijednosti u svim domenama, ali upravo će udio ukazati na tip PL (8). S obzirom da su negativni afektivitet, odvojenost i psihoticizam najizraženije osobine ličnosti kod veterana s PTSP možemo pretpostaviti da veterani s PTSP-om također imaju PL koji imaju obilježja tih osobina, kao što su izbjegavajući, opsesivno kompulzivni i shizotipni što potvrđuje istraživanja da su ti PL najčešći PL kod veterana s PTSP-om (5).

Istraživanje James LM i dr. provedeno je na populaciji američkih veterana kojima je postavljena dijagnoza PTSP-a, a pritom nisu imali neki drugi poremećaj u komorbiditetu (29). S obzirom da je PTSP jedan od poremećaja koji ima najviše komorbiditeta isključeno je mnogo veterana, pogotovo onih s eksternalizirajućim domenama (dezinhibicija) i uzorak možda nije reprezentativan (26, 29). Također, kao kontrolna skupina je uzeta populacija američkih veterana bez PTSP-a koja ne predstavlja opću populaciju zbog toga što su također sudjelovali u ratnim zbivanjima i njihove osobine ličnosti se zato mogu razlikovati od onih u općoj populaciji (26). U istraživanju u KBC Rijeka sudjelovali su hrvatski ratni veterani s PTSP-om koji su imali druge poremećaje u komorbiditetu, te stoga uzorak bolje predstavlja ukupnu populaciju veterana s PTSP-om.

6. Zaključak

Alternativni model PL za DSM-5 predstavlja novi, hibridni model za dijagnosticiranje PL.

Iako je alternativni model PL naveden kao dodatni model za procjenu PL, provode se istraživanja koja dokazuju njegovu prednost nad službenim modelom procjene i

dijagnosticiranja PL. Proučavanjem pojedinih osobina ličnosti može se točnije procijeniti

kompleksnost ličnosti svakog pacijenta, a prisutnost patoloških crta ličnosti tako ukazati na

veći stupanj psihopatologije. PTSP i PL imaju visoke stupnjeve komorbiditeta s drugim mentalnim i fizičkim bolestima i nekada se ne može razlučiti kojom su bolesti uzrokovani simptomi. Zbog toga se predlaže ispitivanje osobina ličnosti ne samo kod PL, već kod svih poremećaja koji imaju psihopatologiju u pozadini poremećaja. Tako bi se olakšalo liječnicima u dijagnosticiranju poremećaja koji imaju iste ili slične simptome, ali i u predviđanju te sprječavanju razvoja poremećaja u komorbiditetu (depresivni poremećaji, korištenje psihoaktivnih tvari). Liječnik će, orijentirajući se na osobine ličnosti, a i stupanj poremećaja u funkcioniranju, moći lakše odrediti vrstu terapije, doziranje lijekova, i individualizirati svoj pristup pacijentu. Ovo je prvo istraživanje provedeno na populaciji hrvatskih ratnih veterana s PTSP-om koristeći alternativni model PL za DSM-5 i očekuje se daljnja validacija ovog instrumenta i podučavanje liječnika u njegovom korištenju.

7. Sažetak

Dosadašnja istraživanja su dokazala da više od 45% ratnih veterana s PTSP-om zadovoljava kriterije za jedan PL, dok oko 16% veterana ima 2 ili više PL. 2013. godine APA je objavila DSM-5 u kojem se predlaže novi, alternativni model PL za DSM-5. Kriteriji za PL prema ovom modelu su poremećaji u funkcioniranju i prisutnost patoloških osobina ličnosti koje se ispituju pomoću upitnika PID-5. Patološke crte ličnosti su negativni afektivitet, odvajanje (*eng. detachment*), antagonizam, dezinhibicija i psihoticizam. Ovaj model nije još istraživan na populaciji hrvatskih ratnih veterana s PTSP-om. U istraživanju provedenom u KBC Rijeka na uzorku od 31 veterana s PTSP-om ispitivali smo osobine ličnosti pomoću PID-5. Rezultate smo uspoređivali s istraživanjem provedenim na američkim ratnim veteranima s PTSP-om i bez PTSP-a (James LM i dr.) i potvrdili smo kako ratni veterani s PTSP-om iskazuju veći stupanj patologije ličnosti i povišene vrijednosti u svim crtama ličnosti. Posebno su izraženi negativni afektivitet, odvajanje i psihoticizam dok je kod američkih ratnih veterana slabije izražen negativni afektivitet, a visoke vrijednosti u domeni dezinhibicije. Proučavajući udjele

osobine ličnosti u cjelokupnoj ličnosti izraženi su redom negativni afektivitet, odvajanje, psihoticizam, dezinhibicija te antagonizam dok su kod veterana bez PTSP-a izraženiji dezinhibicija i antagonizam. Negativni afektivitet i odvajanje su primarno internalizirajuće domene i stoga zaključujemo kako hrvatski ratni veterani s PTSP-om češće imaju komorbiditet s internalizirajućim psihičkim poremećajima (depresija) te veću učestalost izbjegavajućeg, opsesivno-kompulzivnog i shizotipnog PL. Alternativni model PL za DSM-5 pruža priliku za bolji, individualni pristup pacijentu te za razumijevanje i liječenje prisutnih komorbiditeta, što se ne odnosi samo na PL nego na sve psihijatrijske poremećaje.

8. Summary

Previous research had shown that more than 45% of war veterans with PTSD meet the criteria for a single PD, while about 16% of veterans have 2 or more PDs. In 2013, APA released DSM-5, proposing a new, alternative PD model for the DSM-5. The criteria for PD according to this model are personality dysfunction and the presence of pathological personality traits that are examined using the PID-5 inventory. Pathological personality traits are negative affect, detachment, antagonism, disinhibition and psychoticism. This model hasn't yet been studied in the population of Croatian war veterans with PTSD. In a study conducted in KBC Rijeka on a sample of 31 veterans with PTSD, we examined personality traits using PID-5. We compared the results with a study conducted on American war veterans with and without PTSD (James LM et al.) and confirmed that war veterans with PTSD exhibit a higher degree of personality pathology and elevated values in all personality traits. Negative affectivity, separation and psychoticism are particularly elevated in Croatian war veterans, while American war veterans have lower values for negative affect but higher values in the domain of disinhibition. By studying the proportions of personality traits in the overall personality, negative affectivity, detachment, psychoticism, disinhibition and antagonism were expressed in that order, while in veterans without PTSD, disinhibition and

antagonism have higher proportions. Negative affectivity and separation are primarily internalizing domains and therefore we conclude that Croatian war veterans with PTSD are more likely to have comorbidity with internalizing mental disorders (depression) and a higher frequency of avoidant, obsessive-compulsive and schizotypal PD. The alternative PD model provides an opportunity for a better, individual approach to the patient and for understanding and treating the comorbidities present, which applies not only to PL but to all psychiatric disorders.

9. Literatura

- (1) National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. Leicester (UK): Gaskell; [Internet] 2005. [citirano 30.5.2020.] (NICE Clinical Guidelines, No. 26.) 2, Post-traumatic stress disorder. Dostupno na:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56506/>
- (2) Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med.* 2017;47(13):2260-2274.
- (3) Lancaster CL, Teeters JB, Gros DF, Back SE. Posttraumatic Stress Disorder: Overview of Evidence-Based Assessment and Treatment. *J Clin Med.* [Internet] 2016. [citirano 30.5.2020.]; 5(11):105. Dostupno na:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5126802/>
- (4) Marčinko D, Jakovljević M, Rudan V i sur., Učestalost poremećaja ličnosti. Poremećaji ličnosti: stvarni ljudi, stvarni problemi. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
- (5) Dunn NJ, Yanasak E, Schillaci J, et al. Personality disorders in veterans with posttraumatic stress disorder and depression. *J Trauma Stress.* 2004;17(1):75-82.
- (6) Jakšić N, Brajković L, Ivezić E, Topić R, Jakovljević M. The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatr Danub.* 2012;24(3):256-266.
- (7) Markowitz JC, Petkova E, Biyanova T, Ding K, Suh EJ, Neria Y. Exploring personality diagnosis stability following acute psychotherapy for chronic posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety.* 2015;32(12):919-926.
- (8) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.

- (9) Rowiński T, Kowalska-Dąbrowska M, Strus W, et al. Measurement of pathological personality traits according to the DSM-5: A Polish adaptation of the PID-5. Part I - theoretical foundations. *Psychiatr Pol.* 2019;53(1):7-22.
- (10) Brinker M, Westermeyer J, Thuras P, Canive J. Severity of combat-related posttraumatic stress disorder versus noncombat-related posttraumatic stress disorder: a community-based study in American Indian and Hispanic veterans. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195(8):655-661.
- (11) Olf M. Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update. *Eur J Psychotraumatol.* [Internet] 2017. [citirano 1.6.2020.]; 8(sup4):1351204. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5632782/>
- (12) Hollander E, Simeon D. Epidemiologija: posttraumatski stresni poremećaj. U: Hollander E, Simeon D. *Anksiozni poremećaji.* Jastrebarsko: Naklada Slap; 2006, str. 10-14.
- (13) Arbanas, Goran. *Metabolički sindrom u osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem;* doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet; 2013.
- (14) Seal KH, Metzler TJ, Gima KS, Bertenthal D, Maguen S, Marmar CR. Trends and risk factors for mental health diagnoses among Iraq and Afghanistan veterans using Department of Veterans Affairs health care, 2002-2008. *Am J Public Health.* 2009;99(9):1651-1658. doi:10.2105/AJPH.2008.150284
- (15) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- (16) Quirk SE, El-Gabalawy R, Brennan SL, et al. Personality disorders and physical comorbidities in adults from the United States: data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(5):807-820.

- (17) Volkert J, Gablonski TC, Rabung S. Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2018;213(6):709-715.
- (18) Widiger TA. Personality disorder diagnosis. *World Psychiatry*. 2003;2(3):131-135.
- (19) Sanislow CA, Little TD, Ansell EB, et al. Ten-year stability and latent structure of the DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *J Abnorm Psychol*. 2009;118(3):507-519.
- (20) Bender DS, Zimmermann J, Huprich SK. Introduction to the Special Series on the Personality Functioning Component of the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders [published correction appears in *J Pers Assess*. 2019 May-Jun;101(3):343]. *J Pers Assess*. 2018;100(6):565-570.
- (21) Shedler J, Beck A, Fonagy P, et al. Personality disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry*. 2010;167(9):1026-1028.
- (22) Zimmermann J, Kerber A, Reik K, Hopwood CJ, Krueger RF. A Brief but Comprehensive Review of Research on the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(9):92.
- (23) Kuzman M, ur. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema: MKB-10 - deseta revizija, svezak 1. Zagreb: Medicinska naklada; 1994.
- (24) Icd.who.int [Internet] ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [ažurirano 04/2019; citirano 2.6.2020.] Dostupno na: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f37291724>
- (25) Watts J. Problems with the ICD-11 classification of personality disorder. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(6):461-463.

- (26) Brown TA, Di Nardo PA, Lehman CL, Campbell LA. Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for the classification of emotional disorders. *J Abnorm Psychol.* 2001;110(1):49-58.
- (27) Miller MW, Fogler JM, Wolf EJ, Kaloupek DG, Keane TM. The internalizing and externalizing structure of psychiatric comorbidity in combat veterans. *J Trauma Stress.* 2008;21(1):58-65. doi:10.1002/jts.20303
- (28) Bovin MJ, Wolf EJ, Resick PA. Longitudinal Associations between Posttraumatic Stress Disorder Severity and Personality Disorder Features among Female Rape Survivors. *Front Psychiatry.* [Internet] 2017; [citirano: 3.6.2020.]; 8:6. Dostupno na: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00006>
- (29) James LM, Anders SL, Peterson CK, Engdahl BE, Krueger RF, Georgopoulos AP. DSM-5 personality traits discriminate between posttraumatic stress disorder and control groups. *Exp Brain Res.* 2015;233(7):2021-2028. doi:10.1007/s00221-015-4273-1
- (30) Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 20:22-57.
- (31) Psychiatry.org [Internet] American Psychiatric Association. The personality inventory for DSM-5-Brief Form (PID-5-BF)-Adult. [ažurirano: 2013; citirano: 4.6.2020.] Dostupno na: <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5/online-assessmentmeasures#Personality>.
- (32) Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, et al. Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(2):184-189.
- (33) IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- (34) Byllesby, B. M., Charak, R., Durham, T. A., Wang, X., & Elhai, J. D. The underlying role of negative affect in the association between PTSD, major depressive disorder, and

generalized anxiety disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, [Internet] 2016. [citirano: 6.6.2020.]; 38(4): 655–665. Dostupno na:

<https://doi.org/10.1007/s10862-016-9555-9>

(35) Flory JD, Yehuda R. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(2):141-150.

(36) Kelley AM, Athy JR, Cho TH, Erickson B, King M, Cruz P. Risk propensity and health risk behaviors in U.S. army soldiers with and without psychological disturbances across the deployment cycle. *J Psychiatr Res*. 2012;46(5):582-589.

(37) Petrakis IL, Rosenheck R, Desai R. Substance use comorbidity among veterans with posttraumatic stress disorder and other psychiatric illness. *Am J Addict*. 2011;20(3):185-189.

(38) Braakman MH, Kortmann FA, van den Brink W. Validity of 'post-traumatic stress disorder with secondary psychotic features': a review of the evidence. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;119(1):15-24.

10. Životopis

Petra Baričević rođena je 29. studenog 1995. godine u Rijeci. Nakon završene osnovne škole, u istom gradu upisuje opći smjer u Prvoj riječkoj hrvatskoj gimnaziji. Po završetku srednje škole 2014. godine polaže ispite državne mature te iste godine upisuje Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, smjer Medicina. Članica je studentske udruge CroMSIC i u sklopu iste bila je na studentskoj razmjeni na odjelu otorinolaringologije u Francuskoj.

Završila je Osnovnu glazbenu školu Aleksandra Jug-Matić u Rijeci, smjer klavir. Od prvog razreda osnovne škole neprekidno pjeva u zboru, a od 2012. godine aktivna je članica Pjevačkog zbora mladih Josip Kaplan, s kojim je nastupila na raznim državnim i međunarodnim natjecanjima.

Aktivno se služi engleskim jezikom, a pasivno njemačkim i francuskim jezikom.