

UNIVERZITET U BEOGRADU

MEDICINSKI FAKULTET

Bojana A. Pejušković

**POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ –
PREDIKTORI RAZVOJA I OPORAVKA**

doktorska disertacija

Beograd, 2013

UNIVERSITY OF BELGRADE

SCHOOL OF MEDICINE

Bojana A. Pejušković

**POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER –
PREDICTORS OF DEVELOPMENT AND OF
RECOVERY**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2013

MENTOR:

Akademik prof. dr Dušica Lečić Toševski, redovan profesor i šef katedre za psihijatriju Medicinskog fakulteta, Univerziteta u Beogradu.

ČLANOVI KOMISIJE:

1. Prof. dr Aleksandar Damjanović, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu
2. Doc. Dr Saveta Draganić Gajić, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu
3. Prof. dr Smiljka Popović deušić, profesor u penziji

Ogromnu i izuzetnu zahvalnost izražavam svom mentoru, učitelju, prijatelju, izvanrednoj i izuzetnoj osobi, velikoj ženi, akademiku i profesoru, Dušici Lečić Toševski. Zahvaljujem se na najvećem doprinosu prilikom izrade ove disertacije od početka do kraja ali mnogo više od toga. Hvala joj na prilici da se bavim naukom, hvala joj što sam postala psihijatar, hvala joj što me je naučila da mislim i radim, hvala joj na privilegiji da učim od najboljeg. Hvala joj što mi je pre mnogo godina pokazala naklonost i time mi otvorila vrata Univerzuma i omogućila da dišem, volim i živim. Hvala joj na poverenju koje mi je ukazala, velikom strpljenju, bezgraničnoj pomoći, hvala joj što me je učila sve ove godine, hvala joj što to uz veliku posvećenost radi i dalje, što sluša, čuje, hoće i može, hvala joj što mi je ukazala čast da rastem uz nju. Hvala joj na razumevanju, hvala joj što mi je omogućila da živim svoje snove ali hvala joj na tome što ih i dalje sanjam. Hvala što mi je približila svet, a srpskoj psihijatriji dala novu dimenziju postavivši najviše standarde. Hvala joj što mi je pružila priliku da radim ono što volim, neizmerno joj hvala što me je uvela u svet nauke. Hvala joj što me uči životu, hvala joj na ljubavi koju mi pruža i koju me je naučila da prepoznam i cenim.

Hvala Vam što postojite, najdraža profesorka.

Zahvaljujem se Tijani Miladinović na saradnji tokom ovog istraživanja, velikom trudu i profesionalizmu ali i na druženju koje je olakšalo ovaj zahtevan i odgovoran posao.

Zahvaljum se docent Oliveru Toškoviću koji je uradio statistički deo ovog rada, i pomogao u razumevanju i interpretaciji rezultata.

U Beogradu, septembar 2013.

Autor

SADRŽAJ

I TEORIJSKI DEO.....	1
UVOD	
1. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP).....	2
1.1 Istorijski osvrt.....	2
1.2. Definicija, dijagnoza i klasifikacija.....	3
1.2.1. Komparativna nozologija PTSP-a.....	4
1.2.2. Dileme u postavljanju dijagnoze i u klasifikaciji PTSP-a.....	8
1.2.3. Podtipovi PTSP-a.....	11
1.3. Epidemiologija traumatskih događaja i PTSP-a.....	15
1.3.1. Definicija i prevalenca traumatskih događaja.....	16
1.3.2. Prevalenca PTSP-a u opštoj populaciji.....	20
1.3.3. Prevalenca PTSP-a posle specifičnog traumatskog događaja.....	23
1.4. Etiologija i faktori rizika za razvoj PTSP-a.....	26
1.4.1. Stresori.....	26
1.4.2. Faktori ličnosti.....	29
1.4.3. Socijalni faktori.....	32
1.5. Psihoneurobiološke teorije PTSP-a.....	33

1.5.1. Biološki modeli.....	33
1.5.1.1. Psihofiziološki efekti.....	34
1.5.1.2. Neurohormonalni efekti.....	35
1.5.1.3. Neuroimunološki efekti.....	39
1.5.1.4. Neuroanatomski efekti i neuroimidžing kod PTSP-a.....	40
1.5.2. Kognitivne teorije i teorije obrade informacija.....	42
1.5.2.1. Kognitivne teorije.....	42
1.5.2.2. Teorije obrade informacija.....	44
1.5.3. Dinamske teorije.....	46
1.6. Komorbiditet PTSP-a.....	47
1.6.1. Mentalno zdravlje i PTSP.....	47
1.6.2. Somatsko zdravlje i PTSP.....	50
1.7. Kvalitet života i PTSP.....	52
1.8. Terapijski pristup PTSP-u.....	55
1.8.1. Psihosocijalni tretmani.....	55
1.8.2. Farmakoterapija.....	61
1.9. Etnosociokulturalna perspektiva PTSP-a.....	66

II ISTRAŽIVAČKI DEO.....	72
1. Ciljevi istraživanja.....	72
2. Hipoteze.....	74
3. Značaj istraživanja.....	74
4. Metod.....	76
4.1. Opis uzorka.....	76
4.2. Opis postupka.....	76
4.3. Opis instrumenata.....	77
4.4. Statistička procedura.....	78
III REZULTATI ISTRAŽIVANJA – KOMENTARI I INTERPRETACIJA.....	79
1. Sociodemografske karakteristike.....	79
2. PTSP I drugi psihijatrijski poremećaji dijagnostikovani M.I.N.I. instrumentom.....	84
3. Prediktori razvoja PTSP-a u inicijalnoj fazi.....	85
3.1. Sociodemografske varijable	
3.2. Intenzitet, broj i vrsta stresora	
3.3. Stepen i vrsta komorbiditeta	
3.4. Kvalitet života	
4. Uticaj različitih sociodemografskih varijabli na vezu između intenziteta, broja i vrste stresora i razvoja PTSP-a.....	94
5. Uticaj različiih sociodemografskih varijabli na komorbiditet PTSP-a.....	97
6. Uticaj komorbiditeta na vezu između broja i težine stresora i PTSP-a.....	100
7. Prediktori ishoda PTSP-a nakon godinu dana od inicijalne faze istraživanja.....	102

6.1 Sociodamografske varijable	
6.2 Broj i vrsta stresora	
6.3 Stepen i vrsta komorbiditeta	
6.4 Kvalitet života	
8. Komorbiditet PTSP-a.....	109
IV DISKUSIJA.....	123
Ograničenja istraživanja.....	131
V ZAKLJUČNA RAZMATRANJA.....	132
VI LITERATURA.....	134

APSTRAKT

Uvod: Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) predstavlja multiuzročni fenomen, odnosno, poremećaj koji nastaje kombinacijom velikog broja različitih uzročnika. Izloženost potencijalno traumatskim događajima može dovesti do razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja a njegova životna prevalenca u opštoj populaciji u Evropi iznosi 2-6%, dok prevalenca aktuelnog PTSP-a iznosi 1%. U Americi je ovaj procenat veći te je životna prevalenca PTSP-a između 5-10% a aktuelnog 1-5%. Prema istraživanjima, približno 25-40% osoba koje su iskusile traumatski događaj razvije PTSP, dok je razlog zašto ostatak populacije ne razvije ovaj poremećaj predmet brojnih debata. **Ciljevi:** Utvrditi potencijalne prediktore razvoja PTSP-a u inicijalnoj fazi istraživanja, kao i potencijalne prediktore ishoda PTSP-a nakon godinu dana od inicijalne faze u opštoj populaciji u Srbiji. **Metod:** Uzorak sačinjava 640 osoba u inicijalnoj fazi i 120 u fazi praćenja nakon godinu dana. Procena je obavljena pomoću sledećih instrumenata: Međunarodni neuropsihijatrijski intervju (Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), Revidirana lista životnih stresora (Life Stressor Checklist Revised, LSC-R), Kratak inventar simptoma (The Brief Symptom Inventory, BSI), Upitnik za procenu kvaliteta života (Manchester Short Assessment of Quality of Life, MANSA). **Rezultati:** Starije životno doba, nizak obrazovni nivo i niži mesečni prihodi mogu predvideti aktuelni PTSP, kao i nizak nivo kvaliteta života, psihijatrijski komorbiditet i visok nivo ličnog distresa. Urbana populacija, bolji kvalitet života i mali broj stresora, vode oporavku od PTSP-a. **Zaključak:** Utvrđivanje faktora rizika kao i rezilijentnosti koji utiču na razvoj PTSP-a, neophodno je za prevenciju i tretman ovog mentalnog poremećaja koji može imati ozbiljne posledice po pojedinca, porodicu i društvenu zajednicu.

Ključne reči: trauma, posttraumatski stresni poremećaj, faktori rizika, rezilijentnost, oporavak, komorbiditet.

Background: Posttraumatic stress disorder (PTSD) is a `multicausal` phenomenon, meaning that it is the product of the combination of a number of potential causes. Exposing to potentially traumatic events can develop posttraumatic stress disorder and lifetime prevalence rate of PTSD in general European population is 2-6% and 1% of current PTSD. Epidemiological studies on posttraumatic stress disorder in the United States show a lifetime prevalence rate of 5-10% and a current prevalence of 1-5% in adult population. According to studies, 25-40% persons who have experienced traumatic event develop PTSD, but why the rest of people do not is the matter of huge discussion. **Aims:** To examine the predictors of development and of recovery of PTSD in general adult Serbian population at 1-year follow up period. **Method:** The sample consisted of 640 subjects in the initial phase and 120 in the follow up. Assessment has been carried out by the following instruments: Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), Life Stressor Checklist Revised, LSC-R, The Brief Symptom Inventory, BSI, Manchester Short Assessment of Quality of Life, MANSA. **Results:** Older age, low education, lower monthly income can predict current PTSD as also, low quality of life, psychiatric comorbidity and higher personal distress. Urban population, higher quality of life, small number of stressors and lower personal distress leads to recovery of PTSD. **Conclusions:** Distinguishing risk and resiliency factors which could have influence on development of PTSD, it is necessary for prevention and treatment this mental disorder which has a serious consequences for person, family and whole community.

Key words: trauma, posttraumatic stress disorder, risk factors, resiliency, recovery, comorbidity.

Posttraumatski stresni poremećaj – prediktori razvoja i oporavka

I TEORIJSKI DEO

UVOD

Savremeno doba, doba kulturnih, ekonomskih i političkih tranzicija, obeleženo je velikim promenama i fluidnošću uloga pojedinaca u društvu. Veliki broj različitih traumatskih situacija, počevši od saobraćajnih nesreća, preko bolesti, kidnapovanja, silovanja, do rata, izbeglištva, torture, terorističkih napada i prirodnih katastrofa, na mnogo načina depriviraju pojedinca. Obimna literatura pokazuje da izloženost potencijalno traumatskim događajima može dovesti do razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP).

Kolaps bivše Jugoslavije ranih 90-ih godina XX veka, izazvao je najteži oružani konflikt u Evropi od 1945. godine. Za nekoliko miliona ljudi, konflikt je bio povezan sa različitim stresnim i potencijalno traumatičnim iskustvima. Stanovništvo Srbije, tada Savezne Republike Jugoslavije (SRJ) bio je izloženo teškim stresorima izazvanim vazдушnim bombardovanjem od strane NATO avijacije u proleće 1999. godine. Poginulo je preko 2000 civila i 1000 vojnika i policajaca, uključujući 88-oro dece, dok je oko 6000 ljudi povređeno. Agresija je trajala 78 dana, od 24.3 do 11.6. 1999. godine. Izvedeno je skoro 27000 avio poletanja, od čega su preko 8200 bila sa vatrenim dejstvima. Pri tome je iz vazduha bačeno 23000 tona ubojnih sredstava. Sa aviona, brodova i podmornica lansirano je više od hiljadu krstarećih raketa i bačeno nekoliko hiljada bombi. Izvedeno je približno 2300 udara po 995 ciljeva u SRJ. Razoren je veći broj infrastrukturnih objekata, uništeno više od 50 mostova, bombardovano 53 zdravstvenih ustanova, uništeno je ili oštećeno 300 školskih i predškolskih ustanova. Vazдушna opasnost u Beogradu je tokom jedanaestonedeljne NATO agresija na SRJ bila proglašena 146 puta, u ukupnom trajanju od 774 sati i 30 minuta. To znači da su Beograđani za 78 dana rata proveli u skloništimama ukupno 32 dana i 6 sati, odnosno u proseku 9 sati i 55 minuta dnevno. Od 24.3. do 11.6.1999. godine sirene su se u Beogradu oglasile 292 puta (Samardžić i Špirić, 2005).

Stanovnici Srbije bili su izloženi prolongiranom, dugotrajnom stresu i preživeli različite i brojne traumatične događaje (Lečić-Toševski & Draganić-Gajić, 2004). Kolike i kakve posledice je sve to ostavilo godinama posle? Koliko ljudi je razvilo posttraumatski stresni poremećaj? Ko je to razvio ovaj poremećaj a ko je uspeo da se nosi sa stresom? Brojna su pitanja koja se nameću godinama posle, a na neka od njih pokušaćemo da damo odgovor u ovom radu.

Uprkos istraživanjima i značajnim publikacijama o epidemiologiji posttraumatskog stresnog poremećaja i njegovim potencijalnim uzrocima, sistematične studije o istovremenom, međusobnom uticaju različitih faktora su retke i malo se zna o sledećim činiocima: a) učestalosti mentalnih poremećaja u populaciji koja je bila izložena ratu i stresogenim događajima u vezi sa ovim poremećajem deset ili više godina posle rata, b) faktorima koji su uticali da se kod nekih osoba razvije ovaj poremećaj a kod drugih koji su bili pod istim okolnostima ne razvije, c) uticaju faktora koji su kod jednog broja osoba doveli do oporavka od PTSP-a a kod drugih ne.

1. Posttraumatski stresni poremećaj

1.1 Istorijski osvrt

Najraniji zapisi čovečanstva pominju traumatske događaje i njihove posledice. U Gilgamešu, prvom velikom epskom delu u istoriji ljudskog roda, dat je slikovit opis posttraumatskih simptoma, što govori da su oni deo čovekovog fundamentalnog iskustva. Nakon što Gilgameš gubi svog prijatelja Enkidu, posle faze tugovanja, on juri u paničnom nemiru, vođen mišlju da i on mora da umre. Ovo suočavanje sa smrću i krivica preživelog menja ga korenito (The Epic of Gilgamesh).

Slika muškarca i žene osuđenih da ponavljano doživljavaju traumatični događaj zauvek je zarobljena u ljudskoj imaginaciji. Taj prizor napravljen je besmrtnim u drevnoj legendi o Lot-ovoj supruzi koja je okamenjena u stub soli dok je gledala unazad u kaos Sodome (Postanak 19, 26). Ova metafora o zamrznutom pogledu nazad u traumu, poslužila je kao inspiracija mnogim generacijama umetnika.

Prvi slučaj hroničnih psihičkih simptoma izazvanih snažnim strahom navodi Herodot opisujući bitku kod Maratona 440 godine p.n.e. (»Istorija«, Knjiga VI). Herodot ovde jasno ukazuje da simptomi Atinjanina Epizelusa nisu izazvani fizičkom povredom, već strahom i

prisustvovanjem smrti saborca. Oni perzistiraju godinama nakon toga, pri čemu Epizelusovo slepilo kao primarnu dobit ima poništavanje opasnosti, a kao sekundarnu pribavljanje podrške i brige (Winter, 1978).

U Henriju IV Šekspir je opisao sve tri grupe simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja koji su definisani u DSM-IV klasifikaciji - ponovno proživljavanje traumatskog događaja, simptomi izbegavanja i fiziološka hiperreaktivnost. Nasuprot literaturi, psihijatrija je dugo imala ambivalentan odnos prema ideji da realnost može duboko i trajno da promeni ljudsku biologiju i psihologiju (Van der Kolk, 1996).

Frojd je povezivao neurozu sa traumom, opisujući koncept traumatske neuroze u ranim radovima. U Prvom i Drugom svetskom ratu poremećaji uzrokovani stresom, odnosno traumom, opisivani su kao »borbeni zamor«, »šok od granatiranja«, »vojničko srce« i »krivica zbog preživljavanja« (Lečić Toševski, 2002). Krivica zbog preživljavanja, odnosno, »krivica kod preživelih« ili »sindrom preživelih« opisan je sredinom 60-ih godina kod osoba koje su preživele Holokaust ali i kod osoba koje su preživele druge traumatske situacije kao što su borbe u ratu, prirodne katastrofe, teroristički napadi, avionske nesreće. Ovaj izraz podrazumeva prisustvo simptoma kao što su anksioznost, depresija, poremećaji spavanja, socijalno povlačenje, emocionalnu nestabilnost, brojne fizičke žalbe i danas se razume kao posttraumatski stresni poremećaj (Wilson & Raphael, 1993). U našoj sredini o stresnim poremećajima pisao je Hugo Klajn nazivajući ih »ratnom neurozom« (Jugoslovena) u istoimenoj knjizi (Klajn, 1955).

Povezanost PTSP-a i fizičkog zdravlja konstatovana je i u studijama sprovedenim na uzorcima vojnog osoblja. Friedman je citirao literaturu čak iz 1864. godine u kojoj se pretpostavlja veza između borbene traume i kardiovaskularne bolesti. Veterani iz tog doba često su dobijali dijagnoze kao što su "vojničko srce", "Da Costin sindrom" i "neurocirkulatorna astenija" (Friedman, 1991).

1.2. Definicija, dijagnoza i klasifikacija

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) nastaje kao odložena ili produžena reakcija na stresni događaj, kraćeg ili dužeg trajanja, izuzetno ugrožavajuće ili katastrofične prirode, za koji se može pretpostaviti da bi, gotovo kod svakog, mogao da izazove veliku patnju (Kaličanin &

Lečić Toševski, 1994). Posttraumatski stresni poremećaj jedan je od retkih mentalnih poremećaja za koji se zna uzrok – trauma. Za razliku od većine poremećaja, dijagnoza PTSP-a oslanja se na istovremeno povezivanje simptoma sa prethodnim “traumatskim” događajem. Povezanost je hronološka, simptomi počinju nakon događaja, i srodnog su sadržaja: simptomi ponovnog proživljavanja i izbegavanja uključuju sećanja i podsećanja na traumatski događaj. Osobe koje pate od PTSP-a kontinuirano i nekontrolisano ponovo doživljavaju distresne elemente traumatskog događaja u formi intruzivnih prisećanja i osećanja stalnog straha. Oni izbegavaju mesta, situacije i mentalna stanja koja mogu da evociraju takva prisećanja (Shalev, 2009). Ponovno proživljavanje manifestuje se u vidu flešbekova tokom dana ili košmarnih snova u toku noći. Tako se ovaj poremećaj karakteriše sledećim simptomima: nevoljna sećanja na traumatski događaj(e), izbegavanje situacija koje podsećaju na taj događaj, emotivna utrnulost i znaci fiziološke razdraženosti (APA, 1994).

1.2.1. Komparativna nozologija PTSP-a

Traumatski sindromi nalik PTSP-u opisivani su i grubo raspravljani tokom 20-og veka. Spasioci i preživeli nakon eksplozije brodova u Tilonu (Toulon) 1907. i 1911. godine, ispoljavali su »rekapitulaciju scena, zastrašujuće snove, difuznu anksioznost, umor i različite manje fobije« (Trimble, 1981). Rasprava o prirodi i terapiji »kontuzije« besnela je tokom gotovo čitavog Prvog svetskog rata, i u to vreme korišćena su tri različita pristupa u tretmanu poremećaja: a) pristup socijalnog okruženja, kao primer tretmana za vojnike blizu prve linije odbrane, b) bihevioralni pristup, kao primer tretmana usmerenog na izbegavanje i telesne simptome (npr. konverziju), i c) psihoterapeutski pristup, koji je namenjen razumevanju sadržaja i ličnog razmišljanja o traumatskom iskustvu, kao i o značaju oporavka (Salmon, 1917) .

Teret kompenzacije za ratne neuroze Prvog svetskog rata, rezultirao je restriktivnim administrativnim odlukama kao što je odsustvo finansijske kompenzacije za ratni šok tokom Drugog svetskog rata (u Velikoj Britaniji), ili korišćenje neutralnog termina »ratni umor« za poremećaje izazvane stresom među borcima u vojsci SAD, umesto podrazumevanja mentalnog poremećaja.

Pod različitim nazivima, kliničke opservacije ponavljale su se prilično sistematično. Simptomi »operacionalnog umora« uključivali su iritabilnost, umor, poremećaje spavanja, drhtavicu, depresiju, tremor i različite znake prenadraženosti simpatikusa, poremećaje koncentracije i mentalnu konfuziju, preokupaciju ratnim iskustvom, noćne more i snove o bitkama, fobije, promene ličnosti i razvoj alkoholizma. »Traumatske neuroze« obuhvatale su »fiksaciju traume, tipične snove, sužavanje opšteg nivoa funkcionisanja, iritabilnost i sklonost ka eksplozivnim i agresivnim reakcijama« (Kardiner, 1941). Ovakvi opisi jasno liče na one koji se koriste danas za PTSP.

Uprkos kliničkim opservacijama tokom I i II svetskog rata, posttraumatski stresni poremećaj nije uključen u DSM-I (1952-1968) i DSM-II (1968-1980) klasifikaciju. Iskustva sa posledicama Drugog svetskog rata vremenom su dovela do značajne reformulacije postojećeg koncepta mentalnih poremećaja. Vojni i civilni psihijatri, kao i administrativni psihijatri ratnih veterana, našli se u situaciji da rade sa klasifikacijom bolesti koja u 90% slučajeva nije odgovarala simptomatologiji sa kojom su se susretali do tada (APA, 1952). Kada je Svetska zdravstvena organizacija (SZO) 1948. godine odlučila da uvrsti i mentalne poremećaje u Međunarodnu klasifikaciju bolesti, povreda i uzroka smrti (MKB-6; SZO, 1948), uradila je to na osnovu kategorija Oružanih snaga (Brett, 1996). Američka psihijatrijska asocijacija (APA) 1952. godine revidirala je nozologiju iz 1933. godine na osnovu iskustava vojnih psihijatara i MKB-6 sistema (APA, 1952). Tako su i američku i međunarodnu klasifikacija mentalnih poremećaja formulisali psihijatri koji su imali bogato profesionalno iskustvo sa posttraumatskom patologijom.

Vojni psihijatri definisali su traumatske reakcije kao kratkotrajne reakcije na preplavljujući stres kod u osnovi normalnih individua koje nisu imale nikakvu premorbidnu ili aktuelnu patologiju. Ovo viđenje posttraumatske reakcije prisutno je i u svim međunarodnim i američkim klasifikacijama bolesti.

DSM-I (APA, 1952) uključuje traumatsku reakciju na stres u posebnu kategoriju nazvanu *velika stresna reakcija* (*gross stress reaction*). U ovoj klasifikaciji postoje civilni i ratni tipovi ovakve reakcije. Reakcija je viđena kao samoograničavajuća, tj. nisu definisane karakteristike hronične forme poremećaja. Ponovno javljanje simptoma smatra se postojanjem neke prethodne bolesti i zahteva postavljanje druge dijagnoze. U MKB-6 (SZO, 1948), PTSP prototip zvao se *akutna reakcija prilagođavanja*, kao i u MKB-8 (SZO, 1968).

U DSM-II (APA, 1968) traumatska stresna reakcija stavljena je u kategoriju *poremećaja prilagođavanja odraslih*. Hronična forma poremećaja nije definisana, kao ni u DSM-I (APA, 1952).

Uvođenje PTSP-a u DSM-III (APA, 1980) klasifikaciju, usledilo je nakon saznanja o dubokim psihološkim efektima rata u Vijetnamu (Bloom, 2000; Young, 2000) i istovremenim studijama o žrtvama silovanja. PTSP se pojavljuje kao zaseban entitet, smešten u grupu anksioznih poremećaja, sa ukupno dvanaest opisanih simptoma podeljenih u tri grupe: ponovno proživljavanje traume, utrnulos, povlačenje, i karakteristike ličnosti koje nisu postojale pre traume. Događaj kao stresogen mora prepoznati većina ljudi. DSM-III ne zahteva minimalno trajanje simptoma, ali razlikuje akutnu formu (manje od šest meseci), hroničnu (najmanje šest meseci) i odloženu formu PTSP-a.

MKB-9 (SZO, 1977) koristi kompatibilan, ali specifičniji izraz *akutna reakcija na stres*, u kojoj se razlikuju podtipovi u kojima dominiraju poremećaji emocija, poremećaji svesti, psihomotorne smetnje, ili je simptomatologija mešovitog karaktera.

U DSM-III-R (APA, 1987) zauzet je koherentan stav u grupisanju simptoma PTSP-a, koji uglavnom odražava otkriće da reakcija na traumu ima faze u kojima se simptomi nametanja i ponovnog proživljavanja događaja mogu smenjivati sa simptomima izbegavanja, ili poricanja, ili biti praćeni njima. Definisano je šest novih simptoma, a jedan od njih, krivica, isključen je. Novi simptomi su psihološka amnezija, izbegavanje misli vezanih za traumu, izbegavanje osećanja vezanih za traumu, osećanje skraćene budućnosti, razdražljivost i izlivi ljutnje. Dve DSM-III karakteristike podeljene su u četiri kriterijuma. Tako, intenziviranje simptoma nakon izlaganja podsetnicima traume podeljeno je na psihološke i fiziološke, a podozrivost i prenadraženost (prenaglašena reakcija trzanja), postale su zasebni kriterijumi. DSM-III-R definicija traumatskog iskustva zahteva da ono bude van okvira uobičajenog ljudskog iskustva. Ovakvo definisanje traumatskog stresora pretrpelo je brojne kritike, jer ne postoje standardi na osnovu kojih bi se utvrdilo koji su to događaji izvan normalnog doživljavanja, odnosno neuobičajeno potresni za svakoga. Pravilo definicije izbacuje neke manje stresore koji mogu dovesti do PTSP-a kod prijemčivih ljudi.

U DSM-IV (APA, 1994) glavne promene bile su u definiciji traumatskog stresora, koja sada sadrži objektivne karakteristike događaja i emocionalni odgovor koji taj događaj indukuje kod žrtve. Ovakvo definisanje traumatskog stresora podrazumeva da je osoba doživela,

prisustvovala ili bila suočena sa događajem koji je podrazumevao stvarnu ili moguću smrt ili pretnju sopstvenom ili tuđem telesnom integritetu. Osoba je na taj događaj reagovala intenzivnim strahom, bespomoćnošću ili užasom. Simptomi ponovnog preživljavanja ostaju kao u DSM-III-R. Umesto da se zadovolje kriterijumi ili izbegavanja ili utrnulosti, sada su oba elementa potrebna za dijagnozu PTSP. Simptomi hiperreaktivnosti ostali su nepromenjeni, osim što je fiziološka hiperreaktivnost prebačena u kategoriju simptoma ponovnog proživljavanja. Trajanje simptoma ostaje isto, ali su ponovo uvedeni akutni i hronični podtipovi. Odloženi PTSP ostao je nepromenjen. Dodatni zahtev je da poremećaj prouzrokuje klinički značajano oštećenje ili oštećenje u profesionalnom ili socijalnom funkcionisanju slično svim anksioznim poremećajima u DSM-IV klasifikaciji.

Druge razlike u opisu PTSP-a u DSM-IV klasifikaciji podrazumevaju i uključivanje stresora koji su prethodno izbačeni (npr. životno ugrožavajuća situacija, nefizička pretnja, neprimerena seksualna iskustva u godinama razvoja, reakcija tugovanja roditelja nakon gubitka deteta itd.). Pridodate karakteristike elaborirane su na osnovu difuznije simptomatologije i promena u ponašanju koje su posledica izloženosti prolongiranom interpersonalnom stresu, sa kulturno i starosno specifičnim naglaskom na somatske simptome i u slučaju dece, ponovnim odigravanjem događaja kroz igru ili dezorganizovanim ponašanjem. DSM-IV (APA, 1994) je dodao i pridruženi sindrom – akutni stresni poremećaj (ASP).

PTSP jedan je od retkih poremećaja u DSM-IV klasifikaciji za koji je pomenuto da psihofiziološka merenja ekscitacije autonomnog nervnog sistema mogu biti od dijagnostičkog značaja. Preporučuje se, takođe, fizički pregled, a naročitu pažnju treba obratiti na efekte povrede glave i na opekotine.

MKB-10 (SZO, 1992) ima značajno različit koncept posttraumatske reakcije. Najvažnija promena je da reakcije na stres više nisu ograničene na akutne reakcije kod zdravih osoba. Traumatski stres može prouzrokovati hronične reakcije, a odgovor na traumatski stres može se desiti i kod prethodno ili u tom trenutku bolesnih osoba. U MKB-10 klasifikaciji posttraumatski poremećaj nalazi se u grupi poremećaja pod nazivom “Neurotski, sa stresom povezani i somatoformni poremećaji” (F40-F48) a u kategoriji poremećaja pod nazivom “Reakcija na težak stress i poremećaji prilagođavanja” (F43). Ova dijagnostička kategorija obuhvata akutnu reakciju na stres (F43.0), posttraumatski stresni poremećaj (F43.1) i poremećaje prilagođavanja (F43.2). Pored ove kategorije, MKB-10 prepoznaje i druge varijetete u dijagnozi traumatskih

reakcija: hronični stresni poremećaj "kao posledica izuzetnog fizičkog i mentalnog stresa, ili kratkog ili prolongiranog", akutni i tranzitorni psihotični poremećaji - udruženi sa akutnim stresom (F23), i trajne promene ličnosti nakon katastrofičnog iskustva (F62.0).

1.2.2. Dileme u postavljanju dijagnoze i u klasifikaciji PTSP-a

DSM-IV i MKB-10 klasifikacija u mnogome su pomogle psihijatrima da preciznije procenjuju i dijagnostikuju psihijatrijske poremećaje. Pored toga, brojne epidemiološke studije dale su veliki doprinos punovažnosti PTSP-a. Prema Gersonsu, postoje dve »mane« koje interferiraju sa preciznim postavljanjem dijagnoze ovog poremećaja (Gersons & Olf, 2009). Prva je da ljudima nije lako da pričaju o svojim traumatskim iskustvima kao i da lekari ne vole da slušaju zastrašujuće detalje. Istinitost i tačnost informacija tokom psihijatrijskog intervjua zavise od nivoa uspostavljenog odnosa poverenja kod pacijenta i od spremnosti lekara da čuje sve zastrašujuće i jezive detalje ispovesti. Pacijent je, pored toga, često nesvestan bilo kakve veze između simptoma PTSP-a i doživljene traume. Stoga je veoma važna spremnost lekara da sluša, i to bez ikakvog procenjujućeg ili osuđujućeg stava. Druga »mana« u merenju i proceni PTSP-a je preplavljujuća afektivna reakcija koja prati priču osobe koja je doživela traumu i razvila PTSP.

Epidemiologija PTSP-a (Kessler i sar., 1995; Breslau i sar., 1998) u velikoj meri pomaže da se razume ograničena veza između traumatskog iskustva i razvoja PTSP-a. Dok između 50% i 90% opšte populacije doživi traumu najmanje jednom tokom života, prevalencija PTSP-a tokom života je između 7-8% (Olf & de Vries, 2005; Breslau i sar., 1997), što i dalje predstavlja veliko opterećenje za društvo. Muškarci i žene su pod različitim rizikom za razvoj PTSP-a nakon traume, za muškarce je to između 8-13% a za žene između 20-30% (Olf & de Vries, 2005; Breslau i sar., 1997). Razlike u proceni i coping mehanizmi (mehanizmi prevladavanja stresa), kao i psihobiološki obrasci, značajno su odgovorni za ove razlike.

Heterogenost PTSP-a prepoznata je pre više godina i upravo je zbog heterogene prirode deskriptivna vrednost ovog dijagnostičkog entiteta bila dovedena u pitanje (Breslau & Davis, 1987). Izgleda da je "PTSP za psihijatriju isto što je sifilis bio za medicinu" (Kolb, 1989), što

znači da se PTSP može ispoljiti u različitim oblicima i oponašati druge psihijatrijske poremećaje, naročito ako je hroničan.

Podela simptoma PTSP na klastere

Iako DSM-IV zadržava tripartitnu podelu simptoma na "ponovno proživljavanje traumatskog događaja", "izbegavanje stimulusa koji podsećaju na traumu i utrnulost opšteg reagovanja" i "povišenu uzbuđenost", postoji mnogo dokaza da ovi simptomi čine relativno nezavisne faktore koji predstavljaju različite dimenzije poremećaja (Keane, 1993). Neki autori insistiraju na odvajanju simptoma utrnulosti (osećanje odvojenosti, zaravnjen afekt, smanjeno interesovanje za važne aktivnosti) od simptoma izbegavanja stimulusa koji podsećaju na traumu (Watson i sar., 1991; Foa i sar., 1995). Smatra se da su simptomi utrnulosti nespecifični za PTSP pa nisu uključeni u dijagnostičke kriterijume za istraživanja MKB-10 (SZO, 1992).

Klasifikacija PTSP-a

Prisustvo različitih simptoma, kao i studija komorbiditeta, psihofiziologije, spoljašnjih validatora i prediktora, otvorilo je pitanje da li PTSP treba klasifikovati kao anksiozni, disocijativni ili sa stresom povezan poremećaj (Brett, 1993).

PTSP kao anksiozni poremećaj

DSM-III klasifikacija premestila je PTSP iz kategorije poremećaja prilagođavanja i stresa u kategoriju anksioznih poremećaja. Argument za ovakvu odluku sastojao se u sledećem: "prisustvo fundamentalnih komponenti anksioznosti u ponašanju, kognitivnim i fiziološkim odgovorima" kod PTSP-a (Jones & Barlow, 1990). Barlov je primenio svoj model nastanka i razvoja anksioznih poremećaja na PTSP, a onda iskoristio sličnost paničnog poremećaja i PTSP-a kako bi pokazao zašto PTSP treba smatrati anksioznim poremećajem. Po Barlovu (Barlow, 1988), kada osobe sa biološkom i psihološkom vulnerabilnošću dožive stresni događaj, one razviju uverenje da su ti stresni događaji nepredvidivi i da ih je nemoguće kontrolisati. Okidači

spoljnog sveta mogu biti događaji koji izazivaju stres ili "alarmi", ili događaji koji uzrokuju intenzivan strah i paniku. Osoba koja ne poseduje adekvatne mehanizme prevladavanja stresne situacije ili socijalnu podršku, strahovaće od ponavljanja stresa, što stvara krug hronične hiperreaktivnosti i "anksioznog predviđanja". Ta preokupacija predviđanjem budućeg stresa predstavlja srž poremećaja.

Barlovljev model paničnog poremećaja zasnovan je na prepoznavanju paničnog poremećaja kao reakcije na stvarne ili iracionalne opasnosti. Ako osoba postane napeta zbog ponavljanja paničnog napada, krug anksioznog predviđanja i sekundarnog uslovljavanja na draži povezanih sa panikom stvara samoodržavajuću povratnu spregu neophodnu za stvaranje i održavanje paničnog napada. Po ovom modelu panični poremećaj i PTSP razlikuju se po stvarnoj, odnosno iracionalnoj opasnosti stresnog događaja. Za pacijente sa PTSP-em, opasnost je bila realna. Barlov kaže da su simptomi PTSP-a i paničnog poremećaja slični po prisutnosti intruzivnih misli o stresnom događaju ili alarmu, kao i naporima da se izbegne uznemirujući materijal i preterana podozrivost (Barlow, 1988).

Brojne druge studije zaključile su da je pottraumatski stresni poremećaj nastao kao reakcija na stres i da ne pripada kategoriji anksioznih poremećaja (Brett, 1993; Davidson i Foa, 1991; Davidson i Fairbank, 1993; Pittman, 1993).

Tri fundamentalne primedbe stavljene su na klasifikovanje PTSP-a u grupu anksioznih poremećaja. Tako Bret (Brett, 1996) navodi da ostaje nejasno da li je hiperreaktivnost kod PTSP-a anksioznost i da li PTSP i anksiozni poremećaji imaju istu patofiziologiju (Pittman, 1993), što zahteva dalja istraživanja.

Ponavljajuće i preplavljujuće faze ponovnog proživljavanja i utnulosti mnogo su bliže fenomenologiji žalovanja. Horovic (Horowitz i sar., 1987) preporučio je da u kategoriju odgovora na stres DSM-IV klasifikacije uđe i normalno i patološko žalovanje.

Posebni i jedinstveni aspekti poremećaja koji su u vezi sa sećanjem nisu detaljno razmatrani. Nema objašnjenja na koji način se traumatska sećanja fragmentišu, disociraju i u različitim formama ponavljaju i/ili izbegavaju.

PTSP kao disocijativni poremećaj

Spigel i Kardena (Spiegel & Cardena, 1991) u svom članku o disocijativnim poremećajima diskutuju o derealizaciji, depersonalizaciji, stanjima omamljenosti, dezorijentacije, vantelesnim iskustvima i amneziji, fenomenima ponovnog preživljavanja, uključujući nametljive slike, flešbekove, o osećanjima da je telo izmenjeno, da je izmenjeno proticanje vremena, o auditivnim i vizuelnim perceptivnim obmanama, uključujući i iluzije i halucinacije. Oni naglašavaju da postoji konfuzija u preciznom definisanju termina "disocijacija". Teškoće u definisanju su različiti termini koji se koriste u opisivanju istog fenomena (npr. "disocijacija" i "potiskivanje" se u nekim slučajevima koriste za opisivanje istog mehanizma odbrane) ili da se isti termin koristi u opisu različitih fenomena (Braun, 1992).

Bez obzira na preklapanje simptoma akutne stresne reakcije i PTSP-a sa disocijativnim poremećajima, postoji značajna razlika u njihovoj patologiji (Brett, 1993).

Priznavanje raznolikosti simptoma vezanih za traumatska iskustva proizvelo je nove i još uvek nepriznate kategorije, kao što su "posttraumatske fobije" (Mc Nally & Saigh, 1993), "posttraumatska depresija", "kompleksni PTSP" (Herman, 1993), "parcijalni PTSP" (Lecic Tosevski i sar., 2003) i drugi.

1.2.3. Podtipovi PTSP-a

Akutni stresni poremećaj

U nastojanju da se napravi što bolja razlika između ranog i normalnog odgovora na traumatske događaje, i »patološkog«, DSM-IV je ponudio dijagnostičku kategoriju akutnog stresnog poremećaja (ASP) (Shalew, 2009). ASP uključuje simptome PTSP-a i simptome disocijacije, koji nastaju odmah nakon traumatskog događaja i traju do četiri nedelje kasnije. ASP je snažan prediktor hroničnog PTSP-a, iako većina pacijenata sa PTSP-em nema inicijalni ASP. Disocijativni simptomi ne unapređuju značajno predikcije napravljene ostalim ranim simptomima. Štaviše, veliki broj osoba koje su preživele traumu a koje nemaju disocijativne simptome i koje nisu ispunile kriterijume za dijagnozu ASP-a, razviju PTSP. Zbog ovih razloga,

ASP je kritikovan kao malo vredan (Marshall i sar., 1999). Ipak, kada ga je moguće dijagnostikovati, ASP signalizira veoma visoku verovatnoću (između 34 i 72%) razvijanja hroničnog PTSP-a (Bryant, 2003; Harvey & Bryant, 1998). Zanimljivo je da MKB-10 definiše akutni odgovor na stres koji počinje u vreme traumatskih događaja i traje do dva ili tri dana. MKB-10 dalje razlikuje akutni odgovor od ASP-a po tome što se odnosi na veoma ranu reakciju i to nije propisno »poremećaj«, već reakcija (SZO, 1992). Posttraumatski stresni poremećaj nastaje 30 dana posle traume i traje najduže 6 meseci (SZO, 1992).

Akutni PTSP i hronični PTSP

Još jedna kontroverza je podela PTSP-a na akutni, u kojem je trajanje simptoma kraće od tri meseca, i hronični, kada simptomi traju duže od tri meseca. Ova dva podtipa su indentična, izuzev po trajanju. Hronično stanje dijagnostikuje se kada simptomi traju nakon tri meseca, što je zaista iznimno u psihijatriji i medicini uopšte. Mnoge osobe sa akutnim PTSP-em mogu da se oporave sa ili bez tretmana. Ono što je najznačajnije, oba stanja zahtevaju sličnu terapiju (Shalew, 2009).

PTSP kasnog početka

Ovo stanje predstavlja odloženo pojavljivanje PTSP-a i to više od šest meseci nakon traumatskog događaja. Takav odloženi nastanak neretko je povezan sa traženjem kompenzacije i simuliranjem (Shalew, 2009). Još uvek se ponekad susreću osobe koje su dobro prevladavale posledice traumatskog događaja i koje su razvile PTSP sa distancom u odnosu na njega, često kao rezultat drugog događaja. Sistematična studija od 150 ratnih veterana sa odloženim PTSP-em (prvo upućivanje na tretman između šest meseci i šest godina nakon traume), pokazala je da je 90% ovih osoba imalo simptome pre traženja pomoći (Solomon i sar., 1989). Nekih 40% slučajeva identifikovano je kao »zakasnelo upućivanje« - to su bile osobe koje su patile bez traženja pomoći; 33% imalo je subsindromski PTSP posle traumatskog događaja, 13% reaktiviralo je PTSP koji je bio u remisiji, a 4% osoba dobilo je druge psihijatrijske dijagnoze pre nego što je ustanovljeno da pate od PTSP-a.

Novi podaci o američkim veteranima iz rata u Iraku i Avganistanu (Milliken i sar., 2007), pokazuju paradoksalno povećanje prevalencije PTSP-a tokom godine koja prati razmeštaj trupa. Ove činjenice mogu da reflektuju veliku zabrinutost povodom povratka u zonu rata među onima

koji se zadržavaju na silu. Moguće je, takođe, da je ova zakasnela ekspresija PTSP-a tipičnija za one koji su preživeli prolongirane nevolje (zarobljeništvo, zlostavljanje), a koji nisu uspeli da se uklope u visoko kompetitivno društvo u kojem većina nas živi.

Komplikovani PTSP i traumom izazvane trajne promene ličnosti

Osobe koje su preživele traumu tipa 2, koja podrazumeva protrahovane i ponavljane traumatične događaje, mogu razviti težak oblik PTSP-a koji je povezan sa dubokim promenama ličnosti. Stepem traumatskih događaja koji utiču na strukturu ličnosti, bio je predmet žustre debate koja je završena ali nije uključena u DSM-IV dijagnostičku kategoriju »poremećaji stresa koji nisu specifikovani« (DESNOS, DSM-IV draft kriterijum, 1991). Sindrom je nazvan »Kompleksni PTSP« ili »Poremećaj ekstremnog stresa koji nije specifikovan na drugom mestu« (DESNOS - Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified). Ovaj nacrt kompleksa simptoma obuhvata: a) promene u regulaciji afektivnih impulsa, uključujući teškoće modulacije ljutnje i autodestruktivnost; b) promene pažnje i svesti koji dovode do amnezije, disocijativnih epizoda i depersonalizacije; c) promene u percepciji sebe, poput hroničnog osećanja krivice, odgovornosti i stida; d) promene u odnosima sa drugima, poput nesposobnosti za poverenje i intimnost; e) somatizacija- telesni simptomi za koje nema nikakvih medicinskih objašnjenja; i f) promene u sistemu vrednosti (Shalev, 2009).

Parson (Parson, 1993) pominje izražene narcističke reakcije i poremećaje kod teško traumatizovanih osoba, čija je self-organizacija pod stalnim pretnjama regresije i raspadanja i tu pojavu naziva *posttraumatski narcizam*.

Nađeno je da je DESNOS dosledno povezan sa PTSP-em ali mu nije dat nezavistan status u DSM-IV klasifikaciji u kojoj je naveden pod naslovom »Pridružene karakteristike PTSP-a«. Istraživanja su pokazala da je koncept DESNOS visoko validan. Što je raniji nastanak i duže trajanje traume, to je veća verovatnoća da će osoba patiti od intenzivnih simptoma navedenih u dijagnozi DESNOS. Interpersonalna trauma, posebno zlostavljanje u detinjstvu, predstavljaju visoki rizik za razvoj DESNOS. Novije studije ukazuju da su ovi pacijenti najčešće refraktarni na konvencionalno lečenje PTSP-a, čak mogu reagovati kontraefektima na standardne terapijske procedure, tako da efikasan tretman treba usmeriti na deficit samoregulacije, a ne na »obradu traume« DESNOS (Van der Kolk, 2001).

MKB-10 prepoznaje trajne promene ličnosti koje su rezultat izlaganja »katastrofičnom iskustvu«. Stresni događaj mora biti tako ekstremnog intenziteta da nije neophodno razmatrati čak ni ličnu vulnerabilnost da bi se objasnio njegov snažan uticaj na ličnost. Primeri ovakvih iskustava su doživljaji u koncentracionim logorima, izloženost mučenju i dugotrajnim situacijama u kojima je život ugrožen, kao što su tortura ili pozicija taoca. Promena ličnosti mora postojati najmanje dve godine i uključuje sledeće simptome: neprijateljski ili nepoverljiv stav prema svetu, socijalno povlačenje, osećanje praznine ili bespomoćnosti, hroničan doživljaj pretećeg sloma, osećanje stalne ugroženosti i otuđenost.

Granica između ličnosti i hroničnih mentalnih poremećaja nije dovoljno istražena. Simptome izbegavanja, iritabilnosti, pojačanog odgovora na stimulse i osiromašenje života primećuju porodica i sam pacijent koji se često žali rečenicom »Ja nisam isti/a«. Jedna novija studija Dauda i saradnika (Daud i sar, 2008) potvrđuje teoriju i ukazuje da prolongirano iskustvo torture može dovesti do promena ličnosti povećavajući kognitivnu, afektivnu i bihejvioralnu vulnerabilnost.

Parcijalni PTSP ili PTSP »Ispod praga« punih kriterijuma

Dijagnoza PTSP-a ispod praga punih kriterijuma, odnosno dijagnoza parcijalnog PTSP-a, definiše se na različite načine, ali u principu primenjuje se samo onda kada kod pojedinca nedostaje jedan ili više specifičnih kriterijuma DSM za postavljanje dijagnoze (Shalev, 2009). PTSP ispod praga kriterijuma, može biti rezultat parcijalnog oporavka od punog sindroma ili razvoja simptoma nakon traumatskog događaja ali koji ne zadovoljavaju kriterijume za postavljanje dijagnoze. Parcijalni PTSP definisan je kao postojanje najmanje jednog simptoma u bilo kojoj kategoriji DSM-IV za PTSP (Marshall i sar., 2001).

Kanadska studija koju su sproveli Stajin i grupa autora ustanovila je da je 3.54 % ženskih i 0.3 % muških ispitanika tokom proteklih mesec dana imalo dijagnozu PTSP-a koja je ispod praga datih kriterijuma (Stein i sar., 1997) i da ovakva forma poremećaja značajno narušava funkcionisanje u radnom, socijalnom i porodičnom okruženju. Istraživanje Maršala i saradnika (Marshall i sar., 2001) pokazala je da prisustvo PTSP-a ispod praga značajno povećava rizik za suicidalnu ideaciju.

1.3. Epidemiologija traumatskih događaja i PTSP-a

Studije sprovedene na uzorcima opšte populacije obezbeđuju informacije o epidemiologiji traumatskih događaja i posttraumatskog stresnog poremećaja među stanovništvom. Poslednjih deset godina broj studija o učestalosti PTSP-a u naučno-istraživačkoj literaturi značajno je porastao. Prve studije ovakve vrste većinom su prvobitno rađene u SAD ali je poslednjih nekoliko godina zainteresovanost evropskih istraživača na ovu temu u značajnom porastu. Rezultati studija otkrivaju široke varijacije u procenama učestalosti PTSP-a, kako posle istog tako i posle različitih traumatskih događaja. Razlike u rezultatima variraju u zavisnosti od metoda i kriterijuma korišćenih za procenu traumatskih događaja, kao i od načina dobijanja informacija (Breslau, 2002).

S obzirom na to koji metod je primenjen, ranije studije koje su koristile kriterijume DSM-III klasifikacije, traumatske doživljaje ustanovljavale su postavljanjem samo jednog pitanja, dok studije koje koriste kriterijume DSM-IV ispitanicima daju listu pitanja kojima se određuju traumatski događaji. Ovaj metod koji koristi veći broj pitanja, nasuprot kraćem, za rezultat ima veću pouzdanost procene izloženosti traumatskim događajima i broja doživljenih traumatskih događaja, u poređenju sa metodom koji se zasniva na postavljanju samo jednog pitanja (Breslau, 2002). Pored toga, proširivanje kriterijuma za definisanje traumatskih događaja u DSM-IV ukazuje da studije koje koriste kriterijume DSM-IV obuhvataju veći broj događaja klasifikovanih kao traumatski u poređenju sa ranijim studijama koje koriste kriterijume DSM-III ili DSM-III-R što takođe ima uticaja na prevalencu izloženosti traumatskim događajima i PTSP-u (Breslau, 2002).

Metodi u studijama takođe se razlikuju i kada ispitanici saopštavaju da su doživeli više od jednog traumatskog događaja. Ako su ispitanici doživeli veći broj traumatskih događaja, neke studije će zahtevati da ispitanik prepozna najgori traumatski događaj, dok će druge studije koristiti nasumični metod kako bi izabrale traumatski događaj za procenu simptoma PTSP-a. Kesler i grupa autora (Kessler i sar., 1995) tvrde da će studije koje koriste metod najgoreg događaja verovatno preceniti povezanost ovog događaja sa PTSP-em, dok bi korišćenje nasumičnog metoda izbora događaja moglo obezbediti tačniju informaciju o traumi. Direktno poređenje oba metoda ukazalo je da je prevalenca PTSP-a prema metodu najgoreg događaja iznosila 13.6%, a prema metodu nasumičnog događaja 9.2% (Breslau i sar., 1998). Dalja

istraživanja su, međutim, ustanovila da oba metoda daju slične rezultate ako se u obzir uzmu razlike među polovima i traumatski događaji sa najvećom verovatnoćom da izazovu PTSP (Breslau i sar., 2004).

Pored toga, studije se razlikuju i prema godini u kojoj su podaci prikupljeni, lokaciji na kojoj su prikupljeni, godinama ispitanika, metodama intervjuja (lični ili telefonski intervju), kao i prema reprezentativnosti uzorka stanovništva. Svi ovi faktori mogu igrati određenu ulogu kada je reč o tome zbog čega u različitim epidemiološkim studijama variraju procene zastupljenosti traumatskih događaja i PTSP-a i mogu ograničiti uporedivost procena u nekim studijama (Afifi i sar., 2009).

1.3.1. Definicija i prevalenca traumatskih događaja

Prvi kriterijum za dijagnostikovanje PTSP-a prema DSM-IV zahteva da osoba bude izložena traumatskom događaju. Kriterijumi DSM-III i DSM-III-R definišu traumatski događaj kao događaj izvan dijapazona uobičajenih ljudskih iskustava i takav koji bi bio uznemirujuć gotovo za svakoga (APA, 1980; APA, 1987). Definicija onoga što predstavlja traumatski događaj proširena je u DSM-IV kriterijumima. Prema DSM-IV dijagnostičkim kriterijumima za PTSP, traumatski događaj je događaj koji je osoba doživela ili mu je bila svedok i obuhvata smrt ili pretnju smrću, ozbiljnu povredu, pretnju sopstvenom ili tuđem fizičkom integritetu, izaziva reakciju u vidu straha, bespomoćnosti, ili užasa (APA, 1994). Definicijom DSM-IV obuhvaćeni su mnogi različiti tipovi traumatskih događaja, kao što su događaji vezani za rat, prirodne katastrofe, fizički napad, seksualni napad ili nasilje, pretnje oružjem, ozbiljne nesreće, bolest i neočekivana smrt voljenih osoba. Mnogi pojedinci će tokom svog života iskusiti neki traumatski događaj, ili više njih. Neki koji su izloženi traumatskom događaju razvijeće simptome PTSP-a i mogu zadovoljavati kriterijume za dijagnozu PTSP-a.

Epidemiološka istraživanja ukazuju da iskustvo traumatskih događaja u opštem uzorku stanovništva ne predstavlja retku pojavu. Studije nepovoljnih životnih događaja u populaciji odraslih osoba ukazuju da je 55%-69% doživelo najmanje jedan nepovoljan događaj u svom životu (mada svaki događaj ne mora striktno biti definisan kao traumatski) (Smyth i sar., 2008). Slična prevalencija traumatskih događaja, zabeležena je i u populaciji adolescenata sa prosečnim rasponom od 43.0%-89.6% (Vrana i sar., 1994). Prvi opšti uzorak stanovništva na kojem je izvršena procena traumatskih događaja 1989. godine, bio je iz južnog Mičigena i radilo se o

uzorku mladih odraslih ljudi (Breslau i sar., 1991). Prema dobijenim podacima, 39.1 % ispitanika izvestilo je da je tokom života doživelo bar jedan traumatski događaj. Najuočajaniji traumatski događaji o kojima su ispitanici izvestili bili su iznenadna povreda ili ozbiljna nezgoda (9.4 %), fizički napad (8.3 %), situacija u kojoj su gledali kako je neko ozbiljno povređen ili ubijen (7.1 %), i vest o iznenadnoj smrti ili povredi bliskog prijatelja ili rođaka (5.7 %).

Drugi lokalni uzorak iz SAD-a na kojem je izvršena procena deset traumatskih događaja pokazao je da je 21% ukupnog uzorka stanovništva doživelo neki traumatski događaj tokom proteklih godina, odnosno 69% tokom čitavog svog života. Najčešće doživljeni traumatski događaji bili su tragična smrt, pljačka i automobilski udes. Na reprezentativnom uzorku ženskog stanovništva iz SAD, 69% ispitanica izvestilo je da je tokom života imalo prilike da iskusi neki traumatski događaj, pri čemu je 36% žena doživelo neki događaj povezan sa kriminalom (npr. seksualni napad, fizički napad, ubistvo prijatelja ili člana porodice), dok je 33% ženskog stanovništva doživelo traumatski događaj koji nije povezan sa kriminalom (npr. udes, prirodnu katastrofu, strah od smrti ili povrede, prisustvovanje nečijoj smrti ili povredi) (Resnick i sar., 1993).

Koristeći Nacionalnu studiju komorbiditeta (National Comorbidity Survey-NCS), Kesler (Kessler i sar., 1995) je ustanovio da je izloženost traumatskim događajima među opštim uzorkom stanovništva SAD visoka i da iznosi 60.7% među muškim i 51.2% među ženskim stanovništvom, ako se u obzir uzmu svi traumatski događaji tokom života ispitanika. Kod lokalnog uzorka majki iz jugoistočnog Mičigena, prisustvo jednog ili više traumatskih događaja iznosilo je 40% (Breslau i sar., 1997). Prisustvo traumatskih događaja bilo je slično i na uzorku iz Čilea, gde je 39.7% ispitanika izvestilo o traumatskim iskustvima (Zlotnick i sar., 2006). Kod reprezentativnog uzorka stanovništva iz Detroita zastupljenost traumatskih događaja tokom čitavog života bila je znatno veća. Čak 89.6% ispitanika izvestilo je da je tokom života imalo prilike da iskusi traumatski događaj (Breslau i sar., 1998). Najčešće doživljavani traumatski događaj prema ovoj studiji bila je iznenadna neočekivana smrt rođaka ili prijatelja.

Prema podacima dobijenim na osnovu lokalnog uzorka stanovništva iz Vinipega traumatski događaj tokom života takođe je doživelo veliki broj ispitanika, 74.2% ženskih i 81.3% muških (Stein i sar, 1997). Na ovom uzorku stanovništva najčešći traumatski događaji, kako među muškarcima, tako i među ženama, bili su nasilna smrt prijatelja ili člana porodice i izloženost fizičkom napadu. Izloženost traumatskim događajima bila je značajna i na

nacionalnom uzorku iz Australije, u kojem je 64.6% muških i 49.5% ženskih ispitanika izvestilo da je imalo prilike da doživi najmanje jedan traumatski događaj (Creamer i sar., 2001). Na lokalnom uzorku stanovništva Meksika, 76% ispitanika izvestilo je da je tokom života doživelo neki traumatski događaj (Norris i sar., 2003). Ovi podaci ukazali su na činjenicu da su tri najuobičajenija traumatska događaja, i među muškim i među ženskim stanovništvom, bili traumatična smrt bliske osobe, prisustvovanje u svojstvu svedoka situaciji u kojoj je neko ubijen ili povređen, i udesi i nesreće opasni po život. Nacionalni uzorak stanovništva Švedske u sličnom je procentu (80.8%) izvestio da je tokom života imao prilike da iskusi najmanje jedan traumatski događaj (Frans i sar., 2005). Velika munticentrična studija u šest evropskih zemalja pokazala je da su osobe sa PTSP-jem doživele u proseku tri traumatska događaja (Daves-Bornoz i sar., 2008)

Prevalenca višestrukih traumatskih događaja

Istraživanja ukazuju da je među opštim uzorkom stanovništva uobičajena i pojava da je osoba imala prilike da doživi više od jednog traumatskog događaja. Studija koju su sproveli Breslau i grupa autora (Breslau i sar., 1991) ukazuje da je od svih mladih odraslih ljudi iz lokalnog uzorka stanovništva koji su bili izloženi traumatskom događaju njih 67.3% doživelo jedan traumatski događaj, 23.3% dva traumatska događaja, a 9.4% tri traumatska događaja. Među reprezentativnim uzorkom ženskog stanovništva koje je imalo prilike da doživi traumatske događaje povezane sa kriminalom (silovanje, seksualni napad, fizički napad, ubistvo člana porodice), 67.5% izvestilo je da je doživelo jedan ovakav događaj, 23.7 % da je doživelo dva različita kriminalna događaja, a 8.8 % da je doživelo više različitih kriminalnih događaja, dok je 41% onih ispitanica koje su doživele neki događaj povezan sa kriminalom taj isti događaj doživelo u vidu više incidenata (Resnick i sar., 1993). Podaci NCS (National Comorbidity Survey) ukazuju da je 34.2% muškaraca i 24.9% žena tokom života doživelo dva ili više traumatska događaja (Kessler i sar., 1995). Kanadski podaci do kojih se došlo uz korišćenje kriterijuma *DSM-IV* ukazuju na još veću zastupljenost višestrukih traumatskih doživljaja u čitavom životu muškog i ženskog stanovništva – 55.4% među muškarcima i 45.8% među ženama (Stein i sar., 1997).

Polne razlike u izloženosti traumatskim događajima

Istraživanja su pokazala da muškarci imaju više izgleda da tokom života dožive traumatske događaje nego žene (Kessler i sar., 1995; Breslau i sar., 1991; Norris, 1992; Stein i sar., 1997; Frans i sar., 2005). Izvesne razlike među polovima su, međutim, ustanovljene kada je istraživana zastupljenost specifičnih traumatskih događaja među muškim i ženskim stanovništvom. Breslau i grupa autora (Breslau i sar., 1991) konstatuju da o traumatskom iskustvu silovanja izveštavaju samo žene. Norris i grupa autora (Norris i sar., 1992) ustanovili su da muškarci imaju više izgleda nego žene da budu fizički napadnuti, da dožive udes motornim vozilom i da budu izloženi borbenim dejstvima, dok je kod žena veća verovatnoća da budu izložene seksualnom napadu. U ovoj studiji nisu ustanovljene razlike među polovima kada je reč o izloženosti traumatskim događajima kao što su pljačka, požar, druge nesreće, katastrofe, opasnosti i tragična smrt tokom života ispitanika. Kesler i grupa autora (Kesler i sar., 1995) izveštavaju o brojnim razlikama vezanim za pol kada se radi o zastupljenosti traumatskih događaja tokom života. Konkretnije, muškarci u odnosu na žene češće doživljavaju fizički napad, traume tokom borbenih dejstava, pretnju oružjem, udese opasne po život, prirodne katastrofe povezane s vatrom, i situacije u kojima su svedoci nečijeg ubistva ili ozbiljne povrede. Žene, međutim, imaju više izgleda da dožive silovanje, zlostavljanje, kao i zlostavljanje i zanemarivanje u dečjem uzrastu. Breslau i saradnici (Breslau i sar., 1998) došli su do sličnih rezultata na osnovu lokalnog uzorka iz Detroita, koji ukazuju da muškarci u odnosu na žene imaju više izgleda da budu povređeni ili izloženi pretnji oružjem, ustreljeni, izbodeni ili teško pretučeni, dok žene imaju više izgleda da dožive silovanje i druge seksualne napade. U lokalnom uzorku iz Nemačke žene su imale više izgleda da dožive silovanje i seksualno zlostavljanje i zloupotrebe nego muškarci, ali kada je reč o zastupljenosti traumatskih događaja tokom života razlika među polovima nije ustanovljena (Hapke i sar., 2006). Na nacionalnom uzorku stanovništva iz Australije ustanovljeno je da među muškim stanovništvom postoji znatno veća verovatnoća da se doživi fizički napad, pretnja oružjem, i izloženost opasnosti u ratnim dejstvima, dok žene imaju više izgleda da budu izložene silovanju i seksualnom zlostavljanju (Creamer i sar., 2001). Razlike među polovima ustanovljene su i na lokalnom uzorku iz Meksika, u kojem su muškarci imali veću verovatnoću da dožive traumatičan gubitak bliske osobe, da budu svedoci nečijeg ubistva ili povređivanja, da dožive udes opasan po život, fizički napad,

pretnju oružjem, opasnost u oružanoj borbi, mučenje ili teroristički napad, dok su žene imale više izgleda da dožive seksualni napad (Norris i sar., 2003).

Najpostojaniji nalaz među svim studijama traumatskih događaja sprovedenim na opštim uzorcima stanovništva kada je reč o razlikama među polovima, jeste taj da žene imaju više izgleda da dožive traume povezane sa seksualnim napadom, silovanjem ili zlostavljanjem, dok muškarci imaju više izgleda da dožive izloženost opasnosti u borbenim dejstvima i nasilne napade kao što su fizički napadi i pretnja oružjem. Poređenje ustanovljenih razlika među polovima u različitim studijama je, međutim, problematično, jer sve studije ne koriste istu kvalifikaciju traumatskih događaja (Afifi i sar., 2009).

1.3.2. Prevalenca PTSP-a u opštoj populaciji

Dve najranije studije PTSP-a, sprovedene početkom 80-ih godina na opštoj populaciji stanovništva uz korišćenje DSM-III kriterijuma, daju slične procene zastupljenosti PTSP-a tokom čitavog života ispitanika. Prva epidemiološka studija PTSP-a sprovedena je u okviru epidemiološke studije (Epidemiological Catchment Area Survey - ECA) u St Louisu. Stopa životnog PTSP-a procenjena je na 0.5% među muškarcima i 1.3% među ženama, dok je 15% muškaraca i 16% žena imalo neke psihološke simptome nakon traume (Helzer i sar. 1987). Stopa komorbiditeta PTSP-a i drugih psihijatrijskih poremećaja, npr. opsesivno-kompulzivnog poremećaja, distimije i bipolarnog afektivnog poremećaja, bila je visoka. Prema dodatnim podacima sakupljenim u drugom talasu istog istraživanja identifikovana je stopa PTSP od 1.35% (Cottler i sar., 1992).

Druga studija, rađena na Duke univerzitetu, severna Karolina, takođe u okviru ECA studije, ima slične rezultate koji ukazuju da je 1.3% uzorka ispunjavalo sve DSM-III kriterijume za dijagnozu PTSP-a u nekom periodu života (Davidson i sar., 1991). Osobe sa PTSP-om imale su i značajno više problema na poslu, psihijatrijsku bolest u porodičnoj istoriji, siromaštvo roditelja, zlostavljanje u detinjstvu i separaciju ili razvod roditelja pre desete godine života. Kod njih je zabeležen i značajan komorbiditet PTSP-a i somatizacije, shizofrenije, paničnog poremećaja.

Kasnije studije na opštem uzorku stanovništva, koje su koristile kriterijume DSM-III-R, dale su veće procene zastupljenosti PTSP-a. Studija sprovedena na uzorku mladih odraslih ljudi iz Mičigena, konstatovala je da 9.2 % ukupnog uzorka zadovoljava kriterijume za dijagnozu PTSP-a u nekom trenutku života (Breslau i sar., 1991). PTSP je, međutim, razvilo 23.6% pojedinaca izloženih traumatskim događajima (Breslau i sar., 1991). Lindal i Stefansson (Lindal & Stefansson, 1993), našli su u grupi koja se sastojala od polovine ljudi koji su rođeni 1932. na Islandu, prevalencu anksioznih poremećaja od 42%, dok je prevalenca PTSP-a bila 0.6%. Pritom poremećaj je pronađen samo kod žena. Zastupljenost PTSP-a na reprezentativnom uzorku stanovništva iz Čilea iznosila je 4.4%, odnosno, bila je nešto niža od cifri dobijenih za SAD (Zlotnick i sar., 2006).

Nacionalna studija komorbiditeta (NSC) je studija sprovedena u periodu od 1990. do 1992. godine, u kojoj je učestvovalo 8098 Amerikanaca, a uzorak je načinjen tako da predstavlja reprezentativan nacionalni uzorak SAD-a. Procenjeno je da je 10.4% žena i 5% muškaraca u jednom trenutku u životu imalo PTSP. Oni predstavljaju samo mali deo onih koji su imali iskustvo nekog traumatskog događaja. U izveštaju NCS-a je zaključeno: "PTSP je visoko učestao poremećaj koji se često održava i godinama".

Studije sprovedene na opštem uzorku stanovništva uz korišćenje kriterijuma DSM-IV takođe su došle do većih procena zastupljenosti PTSP-a. Kanadska studija koju su sproveli Stajm i grupa autora ustanovila je da 2.7% ženskih i 1.2% muških ispitanika zadovoljaila kriterijume DSM-IV za dijagnozu PTSP-a u proteklih mesec dana (Stein i sar., 1997). Breslau i grupa autora (Breslau i sar., 1998) izveštavaju da uslovna verovatnoća prisustva PTSP-a nakon izloženosti traumatskom događaju kod lokalnog uzorka stanovništva iz Detroita iznosi 9.2% (Breslau i sar., 1998). Na uzorku stanovništva iz Nemačke verovatnoća PTSP-a tokom čitavog života iznosi 1.4 %, tokom prošle godine 0.7% i uslovno 6.9% (Hapke i sar., 2006). Studija nacionalnog uzorka stanovništva iz Australije konstatovala je da 1.3 % uzorka zadovoljava kriterijume za dijagnozu PTSP-a u periodu od proteklih 12 meseci (Creamer i sar., 2001). Studija sprovedena na reprezentativnom uzorku iz Holandije izveštava da 0.9% uzorka starijeg odraslog stanovništva zadovoljava kriterijume za dijagnozu PTSP-a u periodu od proteklih šest meseci, dok 13.1% zadovoljava kriterijume za dijagnozu PTSP-a ispod praga punih kriterijuma (Van Zelst i sar., 2003). Prevalenca dijagnoze PTSP-a na lokalnom uzorku stanovništva iz Meksika u nekom trenutku tokom čitavog života iznosila je 11.2%. Rezultati nacionalne studije komorbiditeta -

replikacije (NCS-R), reprezentativne nacionalne studije iz SAD, ukazuju da je prevalenca PTSP-a u periodu od proteklih godinu dana i tokom čitavog života ispitanika iznosila 3.5% i 6.8% (Kessler i sar., 2005a; Kessler i sar., 2005b). Nalazi studije iz šest evropskih zemalja (Belgija, Francuska, Nemačka, Italija, Holandija, Španija) ukazuju na mnogo manju prevalencu PTSP-a tokom čitavog života ispitanika, od samo 1.9% (Alonso i sar., 2004).

U celini, podaci studija od ranih 80-ih godina do današnjih dana ukazuju da prevalenca PTSP-a u opštem uzorku muškog i ženskog stanovništva iznosi od 1-11% (Afifi i sar., 2009). Faktori koji smanjuju međusobnu uporedivost studija, kao što su odabrani DSM kriterijumi i metodi proučavanja prethodno su već spomenuti. Trebalo bi, međutim, spomenuti i da se ovaj veliki raspon procene prevalence PTSP-a delimično može objasniti i time što su studije sprovedene u različitim gradovima i različitim zemljama. Prevalenca traumatičnih događaja, pa time i PTSP-a, može zavistiti od kriminala, siromaštva, političkih prilika, nasilja i drugih faktora koji se u različitim delovima sveta razlikuju. Na primer, Zlotnik i grupa autora (Zlotnick i sar., 2006) nagađaju da razlike u prevalenci PTSP-a koje su utvrđene između Meksika i Čilea delimično mogu predstavljati i posledicu veće stope kriminala i siromaštva u Meksiku u poređenju sa Čileom.

Epidemiološke studije posttraumatskog stresnog poremećaja u Evropi ređe su nego u Americi (Hepp i sar., 2006) i pokazuju veću prevalencu ovog poremećaja u post-konfliktnim regionima (Priebe i sar., 2010). Tako nedavno istraživanje PTSP-a na teritoriji bivše Jugoslavije pokazuje visoke prevalence ovog poremećaja u svim zemljama bivšim članicama, 35.4% u Bosni i Hercegovini, 18.0% Hrvatskoj, 10.6% u Makedoniji (Priebe i sar., 2010), dok je u našoj zemlji prevalenca aktuelnog PTSP-a 18.8% (Lečić Toševski i sar., 2013). Životna prevalenca PTSP-a u opštoj populaciji u Evropi iznosi 2-6%, a za aktuelni PTSP 1%, i niža je od prevalence ovog poremećaja u američkim studijama (Alonso i sar., 2004, Frans i sar., 2005, Perkonigg i sar., 2000). Nedavna studija koja je rađena na opštoj populaciji u Holandiji, pokazuje prevalencu PTSP-a od 3.8% (Bronner i sar., 2009), u Nemačkoj ona iznosi 0.7% (Perkonigg i sar., 2000), dok je u Švajcarskoj nemerljiva i istraživanje otkriva da ne postoji niti jedan slučaj PTSP-a u opštoj populaciji (Hepp i sar., 2006).

Bez obzira na raspon prevalence PTSP-a o kojem se izveštava kada je reč o opštim uzorcima stanovništva, rezultati ovih epidemioloških studija utvrdili su da je posttraumatski

stresni poremećaj zastupljen među stanovništvom i predstavlja jednu od važnih stvari o kojima treba voditi računa kada je reč o javnom zdravlju.

1.3.3. Prevalenca PTSP-a posle specifičnog traumatskog događaja

Ustanovljeno je da prevalenca PTSP-a varira u zavisnosti od tipa doživljenog traumatskog događaja. Pored toga, žene i muškarci određene traumatske događaje doživljavaju u različitom procentu, što se odražava na odnos izloženosti traumatskom događaju i razvoja PTSP-a. U ranoj studiji koju su sprovedeli Helzer i grupa autora (Helzer i sar., 1987), jedina dva iskustva koja se povezuju sa PTSP-em među muškarcima bili su učešće u borbama i prisustvovanje nečijoj pogibiji ili ranjavanju, dok su ozbiljan udes, fizički napad, prisustvo nečijoj smrti ili povređivanju i pretnja smrću ili zamalo izbegnuta smrt povezivani sa PTSP-em kod ženskih osoba. Od ovih traumatskih događaja, PTSP je bio najzastupljeniji među ženama koje su fizički napadnute. Ovi podaci takođe ukazuju i da doživljavanje prirodnih katastrofa nije registrovano kao uzrok slučajeva PTSP među muškim ili ženskim stanovništvom.

Oko četrdeset studija rađeno je na uzorku ratnih veterana. Nacionalna studija o prilagođavanju vijetnamskih veterana (National Vietnam Veterans Readjustment Study- NVVRS) verovatno je jedna od najboljih studija ove vrste (Kulka i sar., 1990). Studija je sprovedena u periodu od 1986. do 1988. godine. Intervjuisano je oko 3 016 američkih veterana izabranih kako bi sačinjavali reprezentativni uzorak onih koji su učestvovali u borbenim aktivnostima u Vijetnamu. Po ovoj studiji 15% veterana koji su aktivno učestvovali u vojnim operacijama imalo je u trenutku ispitivanja PTSP, a još 11% parcijalni PTSP. Skoro 9% žena veterana imalo je PTSP. Prevalenca životnog PTSP-a bila je duplo veća od aktuelne, 30.9% za muškarce i 26.9% za žene. U trenutku ispitivanja kod 11.2% muškaraca bila je prisutna zloupotreba ili zavisnost od alkohola, a kod 1.8% zavisnost od droga.

Na opštem uzorku mladih odraslih ljudi iz jugoistočnog Mičigena najniža prevalenca PTSP-a povezuje se sa iznenadnom povredom ili ozbiljnim udesom (11.6%), dok je znatno veća kada je reč o pretnji smrću (24.0%), gledanju kako neko gine ili biva ozbiljno povređen (23.6%), fizičkom napadu (22.6%), i vesti o iznenadnoj smrti ili nesreći bliskog rođaka ili prijatelja (21.1%) (Breslau i sar., 1991). Ovi podaci takođe ukazuju i na 80% ženskih ispitanika koji

izveštavaju o silovanju (izveštaja o silovanju ima samo među ženskim ispitanicima) zadovoljava kriterijume za PTSP.

Istraživanja rađena u Evropi pokazuju da su silovanje, teška bolest deteta i fizičko zlostavljanje od strane partnera, traumatski događaji koji najviše doprinose razvoju PTSP-a (Darves-Bornoz, 2008). Holandska studija pokazuje da su silovanje i fizički napad stresni događaji koji su najviše povezani sa PTSP-jem (Bronner i sar., 2009).

Desetak studija urađeno je na uzorku ratnih i političkih zarobljenika (Basoglu i sar., 1994; Speed i sar., 1989, Sutker i sar., 1993). Prevalenca PTSP-a u ovim studijama bila je velika, prosečno oko 50%, dok je u tri studije bila i preko 70%.

Brojne studije rađene su na izbegličkoj populaciji. Činjenice pokazuju da psihički problemi ove grupe nisu posledica samo faktora migracije već i premigracionih faktora (Westermayer i sar., 1983). Pokazalo se da su izbegla lica koja traže pomoć obično preživela i različita premigraciona traumatska iskustva, kao npr. mučenje, izgladnjivanje, prisustvovanje ubistvima. Eroj i Et (Arroy & Ethi, 1985) su na studiji izbeglica iz Centralne Amerike pronašli stopu PTSP-a od 58.8%. Prevalenca PTSP-a u studiji Molike (Mollica i sar., 1987) na izbeglicama iz Južne Azije bila je 50%. Kinzi sa saradnicima (Kinzie i sar., 1984) intervjuisao je četrdesetoro dece četiri godine nakon njihovog izlaska iz koncentracionog logora u Kambodži. Prema podacima ove studije, 50% dece je u trenutku ispitivanja imalo PTSP.

Kesler i grupa autora (Kessler i sar., 1995.) konstatuju da su traumatski događaji koji se najčešće povezuju sa PTSP-em među muškim ispitanicima, izloženost opasnosti u borbenim dejstvima (28.8%) i prisustvovanje nečijoj pogibiji ili teškom ranjavanju (24.3%), dok su kod žena najčešći traumatski događaji koji se povezuju sa PTSP-em silovanje (29.9%) i seksualno zlostavljanje (19.1%). Na nacionalnom uzorku ženskog stanovništva u SAD prevalenca PTSP-a najveća je među ispitanicima koje izveštavaju o fizičkom napadu i silovanju (Resnick i sar., 1993). Na nacionalnom uzorku stanovništva u Australiji, seksualna trauma (silovanje i zlostavljanje) povezuje se sa najvećom verovatnoćom razvoja PTSP-a kod ispitanika oba pola (Rosenman, 2002).

Stresogeni događaji u Srbiji koji su u korelaciji sa PTSP-jem su bombardovanje, ostanak bez doma, opsada i učešće u borbi (Lečić-Toševski i sar., 2013, Kaličanin i sar., 1993).

Kilpatrik (Kilpatrick i sar., 1985) je istraživao efekte traume na žrtvama oružanog ili fizičkog napada u slučajnom uzorku žena. Našao je da su žrtve seksualnog zlostavljanja ispoljile

veće emocionalne tegobe na svim psihološkim varijablama od onih koje to nisu bile. Žrtve sa teškim telesnim povredama i žrtve pokušaja pljački razlikovale su se od onih koji to nisu doživeli po ispoljavanju ozbiljnih problema u oblasti mentalnog zdravlja.

Sve studije ne istražuju odnos između izloženosti traumatskim događajima i prevalencije PTSP-a zasebno za muške i ženske ispitanike. Na kombinovanom uzorku muškog i ženskog stanovništva Noris (Norris, 1992) u svojoj studiji konstatuje da su tipovi traumatskih događaja koji se u najvišem stepenu povezuju sa PTSP-em seksualni napad (14%), fizički napad (13%) i udes motornog vozila (12%). Breslau i grupa autora (Breslau i sar., 1998) konstatuju da se 31% svih slučajeva PTSP-a može pripisati samo jednom traumatskom događaju neočekivane smrti voljene osobe, dok je zbirna kategorija traumatskog događaja tipa nasilnog napada odgovorna za 39.5% slučajeva PTSP-a. Ako posmatramo kombinovani lokalni uzorak muškog i ženskog stanovništva iz Meksika, seksualni napad ili zlostavljanje predstavlja traumatski događaj koji se u najvećem procentu povezuje sa PTSP-em (Norris i sar., 2003). Na reprezentativnom uzorku od 8 444 aktivnog vojnog osoblja u Kanadi (godine = 16 do 54), izloženost borbenim dejstvima i situacija u kojoj je osoba bila svedok zlodela ili masakra, povezuju se sa povećanom verovatnoćom PTSP-a u periodu od proteklih godinu dana DSM-IV (kod osoba koje nisu imale mentalne poremećaje u prošlosti) nakon usklađivanja svih razlika vezanih za pol, godine, bračni status, prihod, obrazovanje, vojni čin, tip snaga u kojima se služi i druge traumatske događaje povezane sa učešćem u vojnim intervencijama (Sareen i sar., 2007).

Posle erupcije vulkana Mt. St. Helens (Shore i sar., 1986) procenjivano je prisustvo psiholoških poremećaja posle katastrofe u tri grupe stratifikovane po nivou izloženosti stresu. Od onih koji su bili izloženi ekstremnom stresu, 40% su saopštili teške psihološke poremećaje tri do četiri godine posle katastrofe. Slično tome, 21% vatrogasaca koji su bili uključeni u gašenje jednog požara u južnoj Australiji imalo je simptome PTSP-a 29 meseci posle tog događaja (McFarlane, 1986).

Nedavno istraživanje PTSP-a nakon zemljotresa u Kini, pokazalo je prevalenciju PTSP-a od 9.7% kod adolescenata, 6 meseci nakon ove prirodne katastrofe, a 1.3% nakon godinu dana (Zhang i sar., 2012). Drugo istraživanje ukazuje na podatak da je 30% odraslih osoba koje su bile izložene uraganu Katarina, imalo posttraumatski stresni poremećaj (McLaughlin i sar., 2011).

Oko tridesetak studija određivalo je prevalenciju PTSP-a u populaciji pod rizikom. To su uglavnom hospitalizovani pacijenti ili pacijenti lečeni zbog npr. opekotina, infarkta miokarda,

moždanog udara ili povreda nakon saobrađajnih nesreća (Chung i sar., 2008, Kupchik i sar., 2007). Ovde prevalenca PTSP-a varira u zavisnosti od tipa, intenziteta, dužine trajanja i posledica stresora, kao i od prethodnog fizičkog stanja pacijenata.

Istraživanja su konstatovala brojne traumatske događaje koji su u velikoj meri povezani sa povećanom prevalencom PTSP-a. Može se reći da najdosledniji nalaz u literaturi o izloženosti traumatskim događajima i PTSP-u predstavlja odnos koji postoji između seksualnog nasilja i nastanka PTSP-a među ženskim osobama i izloženosti borbenim dejstvima nastanka PTSP-među muškim ispitanicima.

1.4. Etiologija i faktori rizika za razvoj PTSP-a

PTSP jedan je od retkih psihijatrijskih poremećaja u DSM-IV klasifikaciji za koji se podrazumeva etiološki faktor: traumatsko iskustvo. Bez traume poremećaj ne može postojati, ali trauma nije dovoljna, odnosno mnogi traumatizovani ljudi ne razvijaju ovaj poremećaj. Nijedan koncept uzroka PTSP-a ne bio kompletan ukoliko se ne uzme u obzir *predtrauma* (lična vulnerabilnost), *trauma* (karakteristike stresora) i *varijable posttraume* (Lečić-Toševski & Draganić-Gajić, 2004; Lečić Toševski i sar., 2009).

1.4.1. Stresori

Svaki činilac koji ozbiljno ugrožava i remeti ravnotežu organizma, odnosno telesni, psihički i socijalni integritet jedinice može izazvati stresnu reakciju (Kaličanin & Lečić-Toševski, 1994). Stresori mogu, dakle, biti biološke, psihološke i socijalne prirode. S obzirom na to da je razlikovanje psiholoških i socijalnih stresora često teško, pa i nemoguće, uobičajeno je da se oni obuhvataju zajedničkim imenom, psihosocijalni stresori (Kaličanin & Lečić-Toševski, 1994). Pokušaj definisanja stresora, međutim, naišao je na kompleksne metodološke probleme, koji su se odražavali i u izmenama u zvaničnim dijagnostičkim klasifikacijama. Jedna od najboljih definicija stresora je Vilsonova (Wilson, 1994), koji stresore definiše kao iskustva koja opterećuju mehanizme prevladavanja (coping mechanisms) individue.

Studije su pokazale da prevalencija PTSP-a raste sa jačinom stresora (traumatski događaji), kao i sa više manjih stresora (događaji ili okolnosti koje izazivaju lični distress ali ne

predstavljaju neposrednu pretnju po život) (Engelhard & van den Hout, 2007). Pored toga, autori su složni u tome da je jačina traumatskog događaja najizraženiji prediktor razvoja PTSP-a (Yehuda, 1999; Abu-Saba, 1999; Gavrilovic i sar., 2002; Voges & Romney, 2003; Engelhard & van den Hout, 2007).

Postojanje određenog spoljašnjeg događaja pomaže nam da spoznamo načine na koje okruženje utiče na pojedinca. To je značajno i za istraživanje integrativnih procesa koji se odvijaju između spoljašnjih i unutrašnjih događaja. Odgovor na stres može zavistiti od prethodnih životnih stresora, kao i od izloženosti specifičnom traumatskom događaju (Lečić Toševski & Pejović Milovančević, 2006).

Prema Teru (Terr, 1991), stresni događaji grupisani su u četiri kategorije:

- Tip I stresora su nepredviđeni pojedinačni događaji iznad uobičajenog dnevnog stresa, koji dovode do simptoma PTSP, poremećaja percepcije i identifikacije i sl.;
- Tip II stresora su dugotrajni, ponavljajući događaji koji dovode do PTSP, otupelosti, disocijacije, besa, tuge i poricanja;
- Tip III stresora uzrokovani su pratećim efektima nižestepenih, podmuklih događaja koji vremenom izazivaju posledice slične kao kod Tipa I i II. Kao primer jednog ovakvog stresora Berk (Berk, 1992) navodi institucionalizovanu decu poreklom iz disfunkcionalnih porodica. Stresogeni elementi u ovom slučaju su: izostanak pozitivnog primera, prisustvo kontinuirane traume i osećanja nesigurnosti, odsustvo bilo kakve strukture, nedostatak bezuslovnog pozitivnog potkrepljenja, neuspešno učenje veština rešavanja problema i društvenih normi, konfliktno okruženje. Prema Berku, ovaj tip stresora dovodi do razvoja PTSP (sa iritabilnošću, poremećajima spavanja, povlačenjem, otupelošću i disocijativnim reakcijama), poremećaja ličnosti i drugih subkliničkih maladaptivnih sindroma;
- Tip IV stresora odnosi se na promene u čovekovo biosferi, kao što su npr. nuklearne katastrofe, posledice bombardovanja, radioaktivna i ultravioletna zračenja, prisustvo toksičnih supstanci u vodi, hrani i vazduhu itd. One uzrokuju visok nivo neizvesnosti i dilemu o načinu adaptacije. Žrtve često reaguju nesigurnošću, hipervigilnošću i somatoformnim tegobama, povišenom prevalencom depresije i anksioznosti.

S obzirom na to da različite vrste stresora aktiviraju različite mehanizme prevladavanja, jeste pitanje subtipova PTSP koji su određeni prirodom stresora. Rani radovi o traumatskom stresu sugerišu da je to specifičan sindrom, prouzrokovan specifičnim traumatskim stresorom, kao npr. *sindrom koncentracionog logora*, *sindrom silovane žene*, *sindrom zlostavljane žene* (Herman, 1992). Ovakva tradicija nastavlja se radovima o traumatskom stresu koji se koncentrišu samo na posledice jednog tipa traumatskog događaja, npr. prirodne katastrofe ili torture. Mnoge studije, međutim, pokazuju da iza PTSP-a stoji opšti obrazac reakcije na traumatski događaj, koji je određen ograničenim načinom afektivnog, kognitivnog i bihevioralnog odgovora ljudi preplavljenih stresom (Andreasen & Wasek, 1980). Rezultati savremenih istraživanja potkrepljuju razmišljanja da sličnost u posttraumatskom odgovoru daleko prevazilazi različitosti (Blank, 1993).

Za koncept stresora vezane su i ideje o "vulnerabilnosti" (koja objašnjava uticaj faktora ličnosti u razvoju poremećaja) i o "kontinuumu praga stresa". Ova poslednja pretpostavlja da se stresori mogu teoretski smestiti unutar kontinuuma stresogenosti i da bi se, prema tome, njihov potencijal za traumatsko delovanje mogao objektivno procenjivati. Ideja o vulnerabilnosti podrazumeva da svaka osoba ima prag tolerancije na različite tipove stresora, tako da različiti stresori imaju različitu verovatnoću da budu stresogeni. Ovim idejama pokušava se objasniti činjenica da jedan događaj može različito uticati na različite ljude, i da, sa druge strane stresor određenog tipa i jakog intenziteta može dovesti do psihopatoloških posledica gotovo kod svakoga. Nema pouzadanih podataka o tome kog opsega ili kojih karakteristika je stresor koji bi bio štetan za svakog čoveka (de Girolamo & Mc Farlane, 1996). Za nekoliko stresora (borba, ubistvo, seksualna trauma) postoji konzistentna veza između magnitude izlaganja stresu i riziku od PTSP-a a Foj i saradnici (Foy i sar., 1987) iznose podatke da su ranjavanje, učestvovanje u ubijanju civila i izloženost mučenju kritični stresori u razvoju PTSP-a kod ratnih veterana.

Polemika o tome da li stresore treba definisati kvalitativno ili kvantitativno vođene su krajem osamdesetih godina (Breslau & Davis, 1987; Lindy i sar., 1987; Ursano, 1987). Paralelno istraživanje prirodnih katastrofa i onih izazvanih ljudskim faktorom dovelo je do uvođenja pojma *kontinuum od namernog do slučajnog događaja*. Razlikuju se katastrofe u kojima je uključen faktor gubitka kontrole nad tehnologijom usled ljudske greške (saobraćajne i industrijske nesreće) od potpuno prirodnih (zemljotres, poplave, erupcije vulkana, šumski požari) ili sasvim namernih (silovanje, fizički ili oružani napad, mučenje) traumatskih događaja. Sledeća

karakteristika je učestalost stresora, jer treba razlikovati stresore koji se ponavljaju (kao što je slučaj sa ratnim iskustvima) od stresora koji su se desili samo jednom (Buydens-Branchey i sar., 1990). Stresori su deljeni i na one koji su vremenski ograničeni i dugotrajne stresore. Prvi se karakterišu nepripremljenošću žrtve i visokim intenzitetom (npr. avionska nesreća), drugi imaju kumulativni efekat ("*sindrom izgaranja*" kod lekara pojedinih specijalnosti ili policajaca). Stresori koje karakteriše dugotrajno izlaganje opasnosti podrazumevaju multiple stresore, npr. borbeno iskustvo ili ponavljano nasilje u porodici.

Grin (Green, 1993; Green i sar., 1989) identifikuje generičke dimenzije stresora na individualnom nivou, koje pomažu da se kod veoma različitih događanja (uključujući i kolektivne, kao što su prirodne nesreće ili rat) razlikuje uloga stresora na osnovu ličnog iskustva i načina na koji je stresor procenjen. U ove dimenzije spadaju: opasnost po život i izlaganje opasnosti, teška fizička povreda ili ranjavanje, iskustvo namerne povrede ili ranjavanja, nasilni ili iznenadni gubitak voljene osobe, svedočenje ili informacija o smrti voljene osobe, saznanje o ekspoziciji toksičnim agensima (ovo se odnosi na saznanje da je osoba bila izložena radijaciji i toksičnim hemikalijama, što uključuje i saznanje o infekciji HIV virusom), uzrokovanje smrti ili teške povrede druge osobe.

1.4.2. Faktori ličnosti

Literatura i istraživanja prave razliku između faktora koji povećavaju verovatnoću da će osoba biti izložena traumi i faktora vulnerabilnosti za razvoj PTSP-a.

Faktori rizika za traumatske događaje

Neke studije rađene na opštem uzorku stanovništva uočile su izvesne faktore koji povećavaju rizik da se traumatski događaj doživi. Pored toga što pol predstavlja faktor rizika za izvesne traumatske događaje, o čemu je već bilo reči, u literaturi su uočeni i drugi faktori rizika. Noris i grupa autora (Norris i sar., 1992) konstatuju rasno uslovljene razlike, pri čemu su na lokalnom uzorku jugoistočnih gradova SAD beli ispitanici imali znatno veće izgleda da tokom života dožive traumatske događaje nego crni. Suprotno ovom nalazu, Breslau i grupa autora (Breslau i sar., 1998.) konstatuju da je u lokalnom uzorku stanovništva iz Detroita nebelačko

stanovništvo izloženo većem riziku da doživi nasilne napade i traume nego belo stanovništvo. Ovo istraživanje ukazuje i da veću verovatnoću da dožive napadačko nasilje imaju ispitanici sa nižim nivoom obrazovanja i nižim prihodima domaćinstva.

Među mladim odraslim osobama iz jugoistočnog Mičigena faktori rizika za izloženost traumatskim događajima su, prema zaključcima sprovedene studije, bili muški pol, nivo obrazovanja niži od koledža, tri ili više registrovanih poremećaja socijalnog ponašanja u ranom uzrastu, prisustvo psihijatrijskih problema u porodici, neurotičnost i ekstravertnost (Breslau i sar., 1991). Ovi odrasli mladi ispitanici ponovo su intervjuisani nakon tri godine, a rezultati su pokazali da su neuroticizam i ekstravertnost i dalje ostali faktori koji ukazuju na perspektivu većeg rizika izloženosti traumatskim događajima (Breslau i sar., 1995). Druga uporedna studija iz jugoistočnog Mičigena, koja je upoređivala probleme sa eksternalizujućim poremećajem, anksioznošću i inteligencijom u uzrastu od šest godina i izloženost traumatskim događajima u uzrastu od 17 godina, ustanovila je da veliki problemi sa eksternalizacijom povećavaju verovatnoću da se bude izložen nasilnim napadima, dok IQ iznad 115 smanjuje verovatnoću da se bude izložen nasilnim napadima i drugim tipovima trauma (Breslau i sar., 2006). Samo nekoliko studija procenilo je faktore rizika za izloženost traumatičnim događajima. Rezultati ovih studija, međutim, ukazuju da se takvi događaji ne dešavaju nasumično (Breslau i sar., 2002). Istraživanja sprovedena na parovima blizanaca iz opšteg uzorka stanovništva pokazuju, zapravo, da genetski zasnovane osobine ličnosti povećavaju verovatnoću da se dožive izvesni traumatski događaji (Jang i sar., 2003). Konkretnije, ustanovljeno je da antisocijalne crte ličnosti predskazuju izloženost traumatičnim događajima tipa nasilnog napada.

Neki autori (Davidson & Fairbank, 1993) od faktora koji predviđaju veću verovatnoću da će osoba biti izložena traumi, navode sledeće: nedostatak fakultetskog obrazovanja, ekstraverzija, neuroticizam, rani poremećaj ponašanja i pozitivna porodična psihijatrijska anamneza, kao i muški pol. Rizični faktori za razvoj PTSP, prema ovoj studiji su: ženski pol, neuroticizam, rana separacija, prethodna depresija ili anksioznost, anksioznost u porodici i porodično antisocijalno ponašanje.

Faktori rizika za PTSP

Kao što je prethodno u više navrata rečeno, ženski pol se povezuje sa većim rizikom za razvoj PTSP-a. Pored toga, istraživači su utvrdili i druge važne faktore rizika koji povećavaju

verovatnoću nastanka PTSP-a nakon izloženosti traumatskom događaju. Konstatovano je da su problemi sa ponašanjem u detinjstvu (npr. sklonost laganju, vandalizmu, tuči) pre petnaeste godine povezani sa PTSP-em, što možda odražava i činjenicu da osobe koje su imale ovakve probleme imaju veću verovatnoću da budu izložene traumatskim događajima i/ili predispoziciju da nakon doživljene traume razviju simptome PTSP-a (Helzer i sar., 1987). Drugi faktori vezani za detinjstvo i porodicu identifikovani su na drugom lokalnom uzorku, koji ukazuje da će osobe sa PTSP-em sa većom verovatnoćom biti one koje su doživele siromaštvo u detinjstvu ili psihijatrijsku bolest u porodici, razvod ili razdvajanje roditelja pre desete godine i zlostavljanje u detinjstvu (Davidson i sar., 1991). Studija koju je koristila NCS, ustanovila je da nakon prilagođavanja na individualni tip traume, jedino istorija afektivnih poremećaja među ženama, i istorija anksioznih poremećaja i mentalnih poremećaja roditelja kod muškaraca, mogu biti prediktori PTSP-a (Bromet i sa., 1998). U studiji sprovedenoj na uzorku odraslih mladih ljudi PTSP se povezuje sa neuroticizmom, odvajanjem od roditelja u detinjstvu, prethodnim postojanjem psihijatrijski utvrđene anksioznosti ili depresije i porodičnom istorijom u kojoj postoje anksioznost ili antisocijalno ponašanje (Breslau i sar., 1991). Na sličan način, u studiji sprovedenoj na uzorku starijih odraslih ljudi (61 do 95 godina) kao faktori rizika za nastanak PTSP-a, utvrđeni su neuroticizam i traumatični događaji u ranom detinjstvu (Van Zelst i sar., 2003). Na reprezentativnom nacionalnom uzorku stanovništva SAD, uz korišćenje podataka NCS, ustanovljena je značajna veza između neuroticizma i PTSP-a među ženskom populacijom, dok su neuroticizam i samokritičnost povezani sa PTSP-em među muškom populacijom, nakon što su izvršena prilagođavanja uslovljena specifičnim traumatičnim događajima, anksioznim poremećajima tokom života i mentalnim poremećajima roditelja. Zanimljivo je da je u prospektivnoj studiji iz južnog Mičigena ustanovljeno, da se kod dece sa problemima eksternalizacije i anksioznošću, u uzrastu od šest godina, povećavaju izgledi za pojavu PTSP-a nakon izloženosti traumatskim događajima u uzrastu od 17 godina, dok IQ veći od 115 u uzrastu od šest godina smanjuje verovatnoću pojave PTSP-a (Breslau i sar., 2006). Na sličan način, longitudinalna studija sprovedena na čitavom jednom godištu stanovništva na Novom Zelandu ustanovila je da poremećaji tipa eksternalizacije kod dece, postojanje problema s mentalnim zdravljem u porodici, loši porodični odnosi, nizak IQ i hronični stresori u okruženju, konstatovani u dečijem uzrastu pre jedanaeste godine, predstavljaju faktore rizika za nastanak PTSP-a do 32. godine (Koenen i sar., 2007). Slični rezultati dobijeni na uzorku iz SAD ukazuju

da se izveštaji o visokom nivou depresivnih i anksioznih osećanja referisanih u prvom razredu, mogu povezati sa 1.5 puta većim rizikom razvoja PTSP-a nakon traumatskog događaja u ranom odraslom dobu (Storr i sar., 2007). U svakom slučaju, i konstitucijska netolerancija anksioznosti (Kernberg, 1984) i depresivnosti (Lečić-Toševski, 1992) u součavanju sa stresorima predstavljaju faktore vulnerabilnosti.

Meta-analiza 77 studija objavljenih između 1980. i 2000. godine, utvrdila je 14 faktora rizika za nastanak PTSP-a (Brewin i sar., 2000). Konkretnije, zbirni rezultati ove meta-analize ukazuju da faktori rizika koji dopuštaju da se predvidi nastanak ovog poremećaja, bez obzira na uzorak stanovništva na kojem su studije rađene i metode studija, predstavljaju prethodni psihijatrijski problemi, zlostavljanje u detinjstvu i prisustvo psihijatrijskih poremećaja u porodici.

Dimenzije ličnosti nađene su kao vrlo značajan faktor rizika za razvoj PTSP i u istraživanjima u našoj zemlji. Lečić-Toševski i sar. (Lečić-Toševski i sar., 1999) su, u istraživanju među našim izbeglicama, našli da su sve dimenzije ličnosti, osim narcističke i kompulzivne, značajno više izražene kod osoba sa PTSP i poremećajem prilagođavanja.

Lečić Toševski i saradnici (Lečić Toševski i sar., 2003) i u drugoj studiji ukazuju na povezanost ličnosti sa posttraumatskim poremećajem. Preciznije, izbegavajuće dimenzije ličnosti predviđaju izbegavajuće ponašanje, ali takođe imaju tendencu da se povezuju sa intruzivnošću. To može da ukazuje na negativan uticaj izbegavajućeg modela ponašanja na oporavak od posttraumatskog stresa. Autori su, međutim, zaključili da interakcija faktora rizika (trauma, dimenzije ličnosti i socijalna podrška) vode ka krajnjem završnom putu kao što je PTSP.

1.4.3. Socijalni faktori

Mnoge studije pokazuju da je primerena socijalna podrška povezana sa boljim ishodom nakon izlaganja toksičnim materijama (Bromet i sar., 1982), silovanja (Kilpatrick i sar., 1985), borbenog iskustva (Foy i sar., 1987; Keane i sar., 1985). Međutim, socijalni aspekt može imati ulogu samog stresora, kao što je to u slučaju rata, genocida ili ljudskom rukom izazvanih nesreća u kojima je dominantan doživljaj gubitak kontrole nad socijalnom sredinom (Buck & Walker, 1982). Različite studije traumatskog stresa naglašavaju da je odgovarajuće ponašanje okoline potrebno da žrtva prevlada traumatski događaj. Šefer sa saradnicima (Schaefer i sar., 1981) pravi

razliku između emocionalne, materijalne i informacione podrške. Emocionalna podrška podrazumeva faktore koji doprinose da se osoba oseća voljenom, cenjenom, da je prihvaćena i da su drugi spremni da se o noj staraju. Materijalna pomoć podrazumeva direktnu pomoć u novcu, poklonima ili privilegovanom korišćenju različitih državnih službi. Informaciona podrška uključuje davanje medicinskih ili pravnih saveta. Džekobson (Jacobson, 1986) naglašava dimenziju vremena u pružanju socijalne podrške, tj. da su različiti oblici podrške potrebni u vremenu posle traumatskog događaja.

Reakcija sredine, podrška, ali i odbacivanje i često ambivalentan stav prema žrtvama nedvosmisleno utiču na proces oporavka. Socijalna podrška može da spreči ili ublaži delovanje stresora, da omogući da se osoba uspešnije konfrontira sa stresnom situacijom i da pomogne da se ublaže ili otklone štetne posledice stresa (Kaličanin i Lečić-Toševski, 1994). Posebno važna je očuvanost, kohezivnost i adaptabilnost porodice u periodu oporavka, pri čemu ulogu igraju dodatni stresori, kao što su odvajanje, gubici, povređivanje, psihološka traumatizacija ili egzistencijalna ugroženost članova porodice (Caroll i sar., 1985; Parkerson i sar., 1989).

1.5. Psihoneurobiološke teorije PTSP-a

1.5.1. Biološki modeli

Biološke karakteristike koje su istraživane i eksplorisane u mnogim studijama kao faktori rizika za razvoj PTSP-a uključuju gene, hormone, psihofiziološke odgovore i anatomiju mozga.

Rezultati sve brojnijih psihoneurobioloških istraživanja pokazuju da psihički faktori, pre svega stres, mogu uticati na biološki odgovor čineći organizam osetljivijim i sklonijim da razvije hormonske i metaboličke poremećaje, infektivna i maligna oboljenja (Marx, 1985; Chrousos & Gold, 1992; Bremner i sar., 1999; McEwen, 2002; Friedman & McEwan, 2004; Friedman & Pitman, 2007; Sareen et al., 2007). Istraživanje traumatskog stresa evoluiralo je nezavisno od prethodno postojećeg istraživanja stresa. Fundamentalna razlika između stresa i traumatskog stresa, u tome je da se proces dešava kasnije, po fizičkom prestanku stresa. Razumevanje biologije stresa ne znači automatski i razumevanje biologije PTSP-a. Sa biološkog aspekta, PTSP

je dugotrajna posledica neuspeha organizma da se oporavi od traumatske situacije, odnosno od bioloških posledica sećanja na događaj koji se više ne dešava u realnom vremenu (Yehuda, 1999).

Psihoneurobiološka istraživanja PTSP-a mogu se grubo podeliti na četiri oblasti: psihofiziološku, neuroendokrinološku, neuroradiološku i neuroimunološku (Špirić i sar., 2002). I dalje je fokus na dva biološka sistema sa tradicionalno najbogatijom istraživačkom faktografijom: kateholaminergički sistem (hiperaktivacija) i hipotalamo-pituitarno-adrenalna (HPA) osovina (hipersekrecija kortikotropin-rilizig faktora-CRF, rasvetljavanje fenomena hipokortizolemije, biološke studije sa esejima hipokampalnih receptora) (Murburg i sar., 1994). Oba sistema uključena su u složenu kaskadu interakcije neurotransmiterskih, neuroendokrinih i neuroimunoloških mehanizama.

1.5.1.1. Psihofiziološki efekti

Ekstreman odgovor autonomnog nervnog sistema na stimulus koji podseća na traumu

Veliki broj studija potvrdio je da traumatizovane osobe na zvuke, slike i misli povezane sa specifičnim traumatskim događajem reaguju uslovljenom reakcijom, kao što je ubrzani srčani rad, znojenje i povećanje arterijskog pritiska (Dobbs i Wilson, 1960; Kolb i Multipassi, 1982; Blanchard i sar., 1986; Blanchard, 1990; Friedman & McEwen, 2004). Intenzivan odgovor autonomnog nervnog sistema, koji prati podsećanje na traumatski doživljaj koji se desio pre nekoliko ili desetinu godina, ilustruje snagu i bezvremenost načina na koji traumatska sećanja nastavljaju da utiču na sadašnja iskustva (Pitman i sar., 1993). Ovaj fenomen je na najprihvatljiviji način razumeo Peter Lang (Lang, 1979), koji je pokazao da mentalne slike "napunjene" emocijama koreliraju sa merljivim odgovorom autonomnog sistema.

Fiziološka pobuđenost na intenzivan ali neutralan stimulus - gubitak diskriminacije stimulusa

Kolb (Kolb, 1987) je prvi predložio da intenzivna stimulacija CNS-a u vreme traume može rezultirati trajnim neuronskim promenama koje imaju negativan efekat na učenje, prilagođavanje i diskriminaciju stimulusa. Ekspresija ovih neuronskih promena nezavisna je od

izlaganja osobe podsetnicima traume. Preterana reakcija trzanja karakteristična za PTSP (APA, 1994) primer je ovog fenomena. Ona se sastoji od karakterističnih sekvenci mišićnih relaksacija i odgovora autonomnog sistema na iznenadni i intenzivni stimulus (Shalev i Rogel-Fuchs, 1993; Davis, 1984). Prilagođavanje preterane reakcije trzanja podrazumeva da se njen intenzitet obično smanjuje nakon tri do pet prezentacija intenzivnom, zvučnom stimulusu. U nekoliko studija pokazane su abnormalnosti u prilagođavanju preterane reakcije trzanja kod osoba sa dijagnozom PTSP-a. (Shalev i sar., 1992; Ornitz i Pynoos, 1989; Butler i sar., 1990; Ross i sar., 1989). Zanimljivo je i da osobe koje su ranije zadovoljavale kriterijum za dijagnozu PTSP, a nalaze se u fazi remisije, takođe pokazuju tendenciju lošeg prilagođavanje preterane reakcije trzanja (Van der Kolk, 1996; Pitman i sar., 1993), što otvara pitanje da li je abnormalna habituacija preterane reakcije trzanja marker ili faktor vulnerabilnosti u razvoju PTSP-a. Nesmanjeni intenzitet preterane reakcije trzanja sugeriše da traumatizovane osobe imaju teškoće u adekvatnom procenjivanju senzornog stimulusa i u mobilizaciji odgovarajućeg nivoa fiziološke pobuđenosti (Shalev i Rogel-Fuchs, 1993). Traumatizovane osobe ne mogu adekvatno da integrišu sećanja na traumu, tonu u neprestano proživljavanje prošlosti, što se fiziološki najbolje vidi u lošoj interpretaciji bezopasnog stimulusa kao potencijalne pretnje.

Studije kortikalnih električnih potencijala (McFarlane i sar., 1993) pokazuju da osobe sa PTSP-om imaju teškoće u neutralizaciji stimulusa iz svoje okoline. Kompenzacija podrazumeva povlačenje u sebe, što za cenu ima smanjeno učestvovanje u svakodnevnom životu.

1.5.1.2. Neurohormonalni efekti

U zdravom organizmu stres izaziva nagli hormonalni odgovor. Ipak, hronični i perzistentni stres inhibira efikasnost stresnog odgovora i indukuje desenzitizaciju. Intenzivni stres praćen je oslobađanjem endogenih, stresnih neurohormona, kao što su kortizol, epinefrin i norepinefrin, vazopresin, oksitocin i endogeni opioidi. Međutim, u PTSP, čak i najmanje podsećanje na traumu može izazvati punu neuroendokrinu stresnu reakciju: on trajno menja način kako organizam rešava svakodnevne probleme. Dok akutni stres aktivira hipotalamo-pituitarno-adrenokortikalnu (HPA) osovinu i povećava nivoe glukokortikoida, organizam koji se

adaptirao na hronični stres aktivira negativni feed-back (Fries i sar., 2005; Weiss, 2007). Hronični stres rezultira: a) padom nivoa glukokortikoida u miru; b) smanjenom glukokortikoidnom sekrecijom pri svakom sledećem stresu i c) povećanim koncentracijama glukokortikoidnih receptora u hipokampusu (Yehuda i sar., 1991).

Kateholamini

Neuroendokrine studije vijetnamskih veterana sa PTSP-om pokazale su hronično povećanu aktivnost simpatičkog nervnog sistema. Jedna studija (Kosten i sar., 1987) pokazala je povećan nivo noradrenalina u toku dvadesetčetvoročasovne ekskrecije urina kod ratnih veterana sa PTSP-om u poređenju sa pacijentima sa drugim psihijatrijskim dijagnozama. Očekivana kompezatorna nishodna regulacija adrenergičkih receptora kao odgovor na povećan nivo noradrenalina potvrđena je studijom smanjenog broja alfa-2 adrenergičnih receptora kod ratnika sa PTSP-om u poređenju sa kontrolnom grupom (Perry i sar., 1987). Sautvik (Southwick i sar., 1993) je koristio johimbinske injekcije (0.4mg/kg), koje aktiviraju noradrenergičke neurone blokirajući alfa-2 adrenergične receptore, kako bi proučili noradrenergičku neuronsku disregulaciju kod vijetnamskih veterana sa PTSP-om. Pokazalo se da johimbin precipitira značajan porast svih simptoma PTSP-a, naročito flešbekove.

Kortikosteroidi

Dve studije pokazale su da veterani sa PTSP-om, čak i kada je on udružen sa depresijom, imaju nizak nivo kortizola (Yehuda i sar., 1990). Kortizol pojačava akutni odgovor na stress aktivacijom negativne povratne sprege u HPA osovini i hipokampusu preko glukokortikoidnih receptora (Fries i sar., 2005; Weiss, 2007). Ovaj mehanizam je protektivan ukoliko je u pitanju akutan stres, međutim, ukoliko je dejstvo stresora prolongirano, adaptacija povećava rizik za prekomernu inflamaciju (Pervanidou et al., 2007, Sternberg, 2006). U seriji studija, Jehuda i njeni saradnici (Yehuda i sar., 1990, Yehuda i sar., 1991) pronašli su povećan broj limfocitnih glukokortikoidnih receptora kod vijetnamskih veterana sa PTSP-om. Interesantno je da je broj glukokortikoidnih receptora bio proporcionalan težini simptoma PTSP-a. Rezultati Hajdi Resnik i saradnika (Resnick i sar., 1995), u kojoj je akutni odgovor kortizola na traumu ispitivan na uzorcima krvi dvadeset žrtava silovanja, korelirali su sa istorijom

prethodnog traumatskog iskustva. Ovi rezultati su protumačeni tako što prethodno izlaganje traumatskim događajima rezultuje slabljenjem odgovora kortizola na sledeću traumu ili da je vraćanje kortizola na bazične vrednosti nakon stresa brže. Činjenica da su Jehuda i njeni saradnici, 1995. godine, takođe pronašli da su osobe sa PTSP-em preosetljive na niske doze deksametazona govori u prilog povećanoj senzitivnosti hipotalamus-hipofizne povratne sprege kod traumatizovanih pacijenata.

Serotonin

Na osnovu nekih istraživanja došlo se do zaključka da postoji udeo serotoninske disfunkcije u patofiziologiji PTSP (Davis i sar., 1997). Snižen nivo serotonina kod ljudi javlja se u korelaciji sa impulsivnošću i agresijom (Brown i sar., 1979; Coccaro i sar., 1989; Takahashi i sar., 2011; Siegel & Douard, 2011). Studije impulsivnih, agresivnih i suicidalnih pacijenata nalaze snažnu vezu između takvog ponašanja i istorije traume u detinjstvu (Green, 1978, Van der Kolk i sar., 1991, Lewis, 1992; Kinnally i sar., 2010). Nadalje, inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina najefikasniji su u farmakološkom tretmanu preokupacije traumatskim sećanjima kod osoba sa PTSP-om (Van de Kolk i sar., 1994; Kim i sar., 2008; Corchs i sar., 2009).

Endogeni opijati

Endogeni opijatni peptidi, koji imaju anksiolitičko dejstvo i redukuju agresivnost, mogu se lučiti kao deo biološkog odgovora na psihološku i fizičku traumu. Studije pokazuju da će kod osoba sa PTSP-om ponovno izlaganje stimulusu koji podseća na originalnu traumu izazvati sekreciju endogenih opijata što dovodi do subjektivnog osećanja smirenosti i kontrole (Van der Kolk, 1989; Pitman i sar., 1990). Ovim se može objasniti kod nekih žrtava uporna traženje situacija koje ih podsećaju na traumu. Odgovor sleđenosti i otupelosti je posledica lučenja endogenih opijata i verovatno ima funkciju da organizam ne "doživi svesno" ili da se ne seća situacije preplavljujućeg stresa. Sa druge strane, Zigfrid i njegovi saradnici (Siegfried i sar., 1990) pokazali su da ekcesivno lučenje endogenih opijata i kateholamina nanose štetu skladišćenju doživljaja u eksplicitnoj memoriji, što traumatizovanu osobu onemogućava da nauči iz iskustva. Kada traumatski stimulus nije prisutan, može doći do redukcije u oslobađanju endogenih opijata, što dovodi do pojave simptoma karakterističnih za apstinencijalni sindrom

(anksioznost, iritabilnost, insomnija, pojačana reakcija trzanja). Na ovaj način endogeni opijati mogu, zajedno sa noradrenergičnom hiperreaktivnošću, biti uključeni u kombinaciju intruzivnih i izbegavajućih simptoma PTSP-a.

Jedno od najranijih zapažanja vezano za ulogu endogenih opijata u stresu bilo je da oni imaju značajnu ulogu u supresiji NK ćelija (Shavit i sar., 1983). Skorašnja istraživanja pokazuju da nekoliko faktora utiče na delovanje endogenih opijata na NK ćelije a neki autori govore o mogućnosti da endogeni opijati mogu i pojačati NK aktivnost (Mathews i sar., 1983; Boyadjieva i sar., 2001).

Drugi hormoni (vazopresin, oksitocin)

Pretpostavlja se da masivna sekrecija neurohormona u vreme traume ima važnu ulogu u dugotrajnom potenciranju, a samim tim i u integraciji traumatskog sećanja. Ovaj fenomen je, izgleda, u velikoj meri posredovan uticajem noradrenalina na amigdale (Le Doux i sar., 1990; Le Doux, 2000). Traumatizovane osobe pokušavaju da dođu do traumatičnih sećanja na račun drugih sećanja i da se "sete" traume kada god se pobudi autonomni nervni sistem. Drugi hormoni koji se luče u stresnim situacijama kao endorfini i oksitocin inhibišu integraciju sećanja (Zager & Black, 1985, Pitman i sar., 1993). Izgleda da ovi hormoni igraju ulogu u amneziji koja se često viđa kod PTSP-a (APA, 1994). Zanimljivo je da porođaj, koji može biti izuzetno stresogen, retko dovodi do posttraumatskih simptoma (Moleman i sar., 1992). Oksitocin verovatno ima zaštitnu ulogu koja sprečava integraciju sećanja koje okružuju rođenje deteta. Drugi autori, međutim, navode da i normalan porođaj može dovesti do simptoma PTSP-a, naročito traumatski (Lečić-Toševski i sar., 2006). Neka istraživanja pokazala su da 1-6% žena razvije posttraumatski stresni poremećaj nakon porođaja (Lapp i sar., 2010). Fiziološka pobuđenost uopšteno može isprovocirati sećanja vezana za traumu i obratno - sećanja na traumu percipitiraju generalizovanu fiziološku pobuđenost. Verovatno je da često proživljavanje traumatskih događaja kroz flešbekove ili noćne more izaziva ponovno otpuštanje hormona stresa, koji dalje pojačavaju otiske traumatskog sećanja (Van der Kolk i sar., 1985). Takva pozitivna povratna sprega može dovesti da subkličički PTSP eskalira u klinički razvijenu formu PTSP-a (Pitman i sar., 1993). Sećanja izgledaju toliko snažna da ih Pitman i Or (Pitman & Orr, 1990) nazivaju "*crnom rupom*" u mentalnom životu PTSP pacijenta.

HPT osovina

Vijetnamski veterani, za razliku od kontrolne grupe, imali su i povišene serumske srednje vrednosti ukupnog tiroksina (T4), tiroksin-vezujućeg globulina (TBG), ukupnog trijodtironina (T3) i slobodnog T3 i povišen odnos T3/T4, bez povišenih nivoa slobodnog T4 i tireo-stimulirajućeg hormona (TSH) (Mason i sar., 1994; Mason i sar., 1996). Povišeni tireoidni nivoi su ponekad bili blizu tireotoksičnog ranga. Značajna pozitivna korelacija nađena je između slobodnog T3, ukupnog T3, ukupnog T4 i simptoma preterane budnosti. Pacijenti sa povišenim nivoom tiroidnih hormona i preteranom budnosti mogu konstituisati podtip PTSP ili se mogu smatrati povezanim sa fazičnim odgovorom kod PTSP (Wang i sar., 1995).

1.5.1.3. Neuroimunološki efekti

Mnoga istraživanja pokazala su da stres na različite načine dovodi do imunosupresije a imuni sistem posebno je narušen kod osoba sa PTSP-em, što rezultira prekomernom inflamacijom i rizicima po zdravlje (Fries i sar., 2005; Hoge i sar., 2009). Kortikosteroidi koji se oslobađaju tokom stresa primarno su imunosupresivni. Tokom stresa, vrednosti kortizola su povećane, što uzrokuje smanjenje Th1 imuno odgovora a kao rezultat toga je predominacija humoralne (Th2) immune aktivnosti (Raison & Miller, 2003). TNF-alfa i IL-6 stimulišu HPA osovina, što rezultira povećanjem kortizola što kod akutnog stresa štiti osobu od prekomerne inflamacije (Silverman i sar., 2005; Sternberg, 2006). Međutim, ako se stres prolongira dolazi do prekomerne stimulacije HPA osovine i stvaranja pro inflamatornih citokina (Elenkov i sar., 2005; McEwen, 2007, Raison & Miler, 2003). Povećan broj inflamatornih imunih ćelija pronađen je kod žena koje su doživele traumu silovanja (Woods i sar., 2005), kao i kod muških veterana sa PTSP-em (Boscarino & Chang, 1999; Skarpa i sar., 2001; Vidovic i sar., 2007). Povišene vrednosti inflamatornih citokina, uključujući IFN-gama (Woods i sar., 2005), TNF-alfa (Gill i sar., 2008) i IL-6 (Rohleder i sar., 2004) registrovani su u uzorku žena sa PTSP-em. Nekoliko studija pokazalo je povećanu aktivnost prirodnih ćelija ubica (NK ćelije) kod osoba sa hroničnim PTSP-em a smenjenu kod osoba koje su nedavno traumatizovane.

1.5.1.4. Neuroanatomski efekti i neuroimidžing kod PTSP-a

Prostorna i vremenska rezolucija u "neuroimaging"-u značajno je unapređena (Dickerson, 2007) i obećava otkrivanje novih uvida i saznanja u funkcionisanje neuralne aktivnosti u PTSP-u. Tehnike koje se koriste obuhvataju: kompjuterizovanu tomografiju pojedinačnog fotona (SPECT), pozitronsku emisiju tomografiju (PET) i funkcionalnu magnetnu rezonancu (fMRI).

Medijalni prefrontalni korteks (MPFC) i amigdala

Dva najznačajnija i u više navrata potvrđena nalaza kod pacijenta sa PTSP-em, dobijena korišćenjem PET, fMRI I SPECT su smanjenje MPFC-a i povećanje aktivnosti amigdala (Driessen i sar., 2004; Semple i sar., 2000; Shin i sar., 2004; Shin i sar., 2005).

Studije koje su koristile provokaciju simptoma kod pacijenata sa PTSP-em pokazale su povećanu amigdaloidnu aktivnost. U toku eksperimenta korišteni su zvuci iz borbe (Zubieta i sar., 1999), slike (Hendler i sar., 2003), mimična ekspresija emocija (Britton i sar., 2008; Shin i sar., 2005), emocionalne reči (Protopopescu i sar., 2005) i traumatične pisane izjave (Osuch i sar., 2008). Ova hiperreaktivnost može biti razlog za grešku u razlikovanju zastrašujućih stimulusa, čestu komponentu u kliničkoj prezentaciji PTSP-a (Vermetten & Bremner, 2002).

Drugi nalaz je hipoaktivacija MPFC koji uključuje OFC (Brodman area 11), prednji cingularni girus (ACC) i odgovarajući mPFC (Brodmanove area 9 i 25). Studije koje su potvrdile ovu hipoaktivnost, koristile su provokaciju simptoma korišćenjem traumatičnih zvukova i slika (Yang i sar., 2004), mimične ekspresije emocija (Britton i sar., 2008, Shin i sar., 2005) i traumatične pisane izjave (Lindauer i sar., 2004).

Nedavno istraživanje na 24 pacijenta sa PTSP-em i 29 pacijenata sa depresijom, pokazalo je smanjenje volumena određenih area u mozgu, posebno smanjenje prefrontalnih area u odnosu na kontrolnu grupu ispitanika (Kroes i sar., 2011).

Smanjen volumen hipokamusa

Istraživanja ukazuju da osobe sa PTSP-em imaju smanjen hipokampalni volumen iako još uvek postoji debata po tom pitanju. Smatra se da je smanjenje volumena rezultat povišenog nivoa kortizola koji je toksičan za hipokampus i dovodi do njegove atrofije. Studija Bremnera i

saradnika (Bremner i sar., 1995) na uzorku ratnih vijetnamskih veterana, pokazala je smanjenje volumena hipokampusa u odnosu na kontrolnu grupu osoba bez PTSP-a. S obzirom na to da hipokampus ima centralnu ulogu u procesu memorije, ova redukcija korelira sa poremećajima pamćenja karakterističnim za PTSP (Geuze i sar., 2005). Ista studija je na testu verbalne memorije pokazala da veterani imaju za 40% lošiju memoriju od ispitanika istih godina i obrazovanja. Redukcija volumena levog hipokampusa, pronađena je kod 21% žena sa istorijom seksualnog zlostavljanja. Studija rađena na grupi žena koje su operisale karcinom dojke a koje su najmanje tri godine nakon operacije imale intruzivne misli o tome, pokazala je da ove žene imaju za 5% smanjen volumen levog hipokampusa (Nakano i sar., 2002). Redukciju bele mase i levog hipokampusa pokazalo je istraživanje na 12 osoba sa PTSP-em (Villarreal i sar., 2002). Novija studija meta-analički je pokazala hipokampalnu redukciju kod osoba sa PTSP-em u odnosu na osobe koje su takođe bile izložene traumi ali nisu razvile ovaj poremećaj (Woon i sar., 2010). Studije na osobama sa istorijom zlostavljanja u detinjstvu, ukazuju na smanjenje hipokampusa. Bremner i saradnici pokazali su u svom istraživanju da akutni stres dovodi do reverzibilne atrofije dendrita, a hroničan do ireverzibilne (Bremner i sar., 1995).

Sa druge strane, nekoliko studija nije podržalo ove rezultate i nije registrovalo promene u veličini hipokampusa, niti razlike u levoj i desnoj strani (Schuff i sar., 2001; Carrion i sar., 2001; De Bellis i sar., 2001). Studija Žilbertsona i saradnika na 40 muškaraca veterana vijetnamskog rata, iznosi podatak da je smanjen volumen hipokampusa faktor rizika za razvoj PTSP-a, pre nego njegova posledica (Gilbertson i sar., 2002).

Talamus

Manje dokumentovani nalazi studija funkcionalnog neuroimidžinga ukazuju na uključenost talamusa kod pacijenata sa PTSP-em i njegova disfunkcija pokazana je u nekoliko studija (Bremner i sar., 1999; Lanius i sar., 2001; Lanius i sar., 2003). Talamus je prenosna stanica u transmisiji spoljnih senzornih informacija u različite delove cerebralnog korteksa i limbičkog sistema u koje su informacije prosleđene. Ciljni regioni su frontalni korteks, cingularni girus, amigdala i hipokampus. Dve studije pokazale su smanjenu talamičku aktivnost (Lanius i sar., 2001; Lanius i sar., 2004).

Značajna lateralizacija hemisfera

Ubedljivi su i nalazi o hemisferičnoj lateralizaciji (Spivak i sar., 1998), po kojima disfunkcija leve hemisfere tokom stanja ekstremne uzbuđenosti, može biti odgovorna za pojavu derealizacije i depersonalizacije u akutnom PTSP (Schmahl i sar., 2010). Studija Rauh-a (Rauch i sar., 1996) pokazala je značajnu lateralizaciju desne hemisfere odgovorne za procenu emocionalnog značaja prispelih informacija u regulaciji i autonomnog i hormonskog odgovora na pristigle informacije. Nauprot tome, Brokina zona, deo leve hemisfere koja je odgovorna za prevod ličnog iskustva u jezik, pokazala je znatno smanjenje u iskorišćavanju kiseonika za vreme izlaganja potsetnicima na traumu (Schmahl i sar., 2010). Ovo verovatno znači da za vreme aktivacije traumatskog sećanja, mozak "ima" sopstveno iskustvo: osoba može da oseća, čuje ili vidi senzorne elemente traumatskog iskustva, ali je fiziološki sprečena da ih i verbalizuje.

Nedavna studija pokazala je redukovanu levu hemisferu cerebeluma, kao i volumena vermisa kod osoba sa PTSP-em uz zaključak da je rana traumatizacija povezana sa redukcijom vermisa i da može predstavljati faktor rizika za razvoj PTSP-a (Baldacara i sar., 2011).

1.5.2. Kognitivne teorije i teorije obrade informacija

Nekoliko kognitivno-bihejvioralnih modela pokušalo je da objasni nastanak i održavanje simptoma PTSP-a, a uticali su i na razvoj terapije PTSP-a.

1.5.2.1. Kognitivne teorije

Teorija uslovljavanja

Jedna od teorija koja se najranije počela koristiti u pokušaju razumevanja reakcije na traumatski događaj jeste teorija učenja, koja uključuje principe klasičnog i operantnog uslovljavanja. Iz perspektive klasičnog uslovljavanja traumatski događaj je averzivni безусловni stimulus, koji je doveo do originalnog безусловnog odgovora u vidu ekstremnog straha. Podsećajući faktori, spoljašnji i unutrašnji, prisutni u traumatskom iskustvu, postaju uslovne draži kroz njihovo povezivanje sa preplavljujućim emotivnim i fizičkim reakcijama na traumu. Povremeno izlaganje podsećajućim stimulusima pojačava uslovljenu reakciju straha. Po

principima uslovljenog ili operantnog uslovljavanja osoba uči da pobjegne ili izbegne kontakt sa situacijama ili objektima koji podsećaju na originalni traumatski događaj. Ovaj obrazac izbegavajućih odgovora pojačava se privremenim smanjivanjem uslovljene reakcije straha prilikom izbegavanja podsećajućih stimulusa. Tako je uslovljeni odgovor strahom zaštićen od svog prirodnog procesa gašenja koji bi se razvijao ukoliko bi se uslovne draži stalno percipitirale, bez pojačavanja uslovljene reakcije straha. Ova teorija korisna je za davanje objašnjenja mehanizma održavanje straha, ali ne daje objašnjenje za razlike u simptomima PTSP-a i fobija, kao ni za širok spektar različitih tegoba koje karakterišu PTSP.

Naučena bespomoćnost

Teoriju *naučene bespomoćnosti* razvili su Seligman i njegove kolege tražeći objašnjenje za reakcije životinja koje se vide pri izlaganju ekstremnom stresoru kao što je električni šok (Overmie i Seligman, 1967; Seligman, 1975; Seligman i Maier, 1967). Sindrom naučene bespomoćnosti čine: motivacioni deficit (neiniciranje odgovora koji bi pomogao bekstvo, odnosno ukinuo stresor), kognitivni deficit (nesposobnost da se nauči iz povremeno uspešnog odgovora bekstva), emocionalni deficit (pasivno prihvatanje šoka). Koncept naučene bespomoćnost ponuđen je u prvom trenutku kao model za objašnjenje depresije (Seligman, 1975), ali sve češće se predlaže i kao model za PTSP (Kolb, 1987; Van der Kolk, 1987).

Da bi objasnili različite simptome PTSP-a, Van der Kolk i njegove kolege (van der Kolk, 1987) formulisali su biohemijski model, koji je zasnovan na neurohemijskim promenama kod životinja koje su izložene *neizbežnom šoku*.

Struktura straha

Primenjujući Langov (Lang, 1979) koncept "struktura straha", Foa i njeni saradnici (Foa i sar., 1992) predložili su model PTSP-a koji se centrirao oko uslovljene formacije u memoriji, "*mreže straha*", nastale kao rezultat traumatizacije. Aktivacija mreže straha okidajućim stimulusom (npr. podsetnikom traume) uzrokuje da informacija uđe u svest (simptomi ponovnog proživljavanja) Pokušaji da se suprimira aktivacija vode ka simptomima izbegavanja. Uspešno razrešavanje traume je moguće samo ukoliko se informacija integriše u mrežu straha sa postojećim strukturama u memoriji. Ovakva integracija zahteva pre svega aktivaciju mreže

straha tako da ona postane dostupna za modifikaciju, i drugo, dostupnost informacije koja je inkompatibilna sa mrežom straha, tako da se celokupna memorijska struktura može modifikovati.

Bihevioralna teorija

Ova teorija sugerise dvofaktorski proces učenja u PTSP-u. U prvoj fazi osoba izložena traumi (neuslovljeni stimulus) nauči procesom asocijacija da bude uznemirena centralnim događajem, slikama, mislima ili situacijama koje su proksimativne traumi (uslovljeni stimulusi). Instrumentalno učenje dovodi do drugog faktora, izbegavanja i uslovljenog i neuslovljenog stimulusa. Ovaj proces opstaje jer vodi do smanjene anksioznosti. Širok spektar stimulusa postepeno provocira ekscitaciju, odnosno dolazi do generalizacije stimulusa. Iako je dvofaktorski pristup kritikovan, on je teorijska osnova za tretman PTSP-a sredstvima direktne terapijske ekspozicije podsetnicima originalne traume.

1.5.2.2. Teorije obrade informacija

Još krajem XIX veka razmišljalo se da bi obrada informacija mogla biti bitna u nastanku PTSP-a. Tako je Žane (Janet, 1889) predložio da intenzivne emocionalne reakcije uzrokuju disocijaciju određenog događaja, a da je sećanje na traumatski događaj uskladišteno kao visceralna senzacija (panika i anksioznost) ili vizuelna slika (noćne more i flešbekovi). Frojd (Freud, 1919) je sugerisao da noćne more kod veterana nisu posledica emocionalno intenzivnog događaja koji probija odbrane ega, preplavljujući ga nekontrolisanom anksioznošću, već da osoba ostaje fiksirana za traumu, što se vidi kroz ponavljajuće snove tog događaja. Intenzivne emocije remete integraciju iskustva u postojeće sheme pamćenja.

Horowitz-ova teorija

Horovic-ev pristup (Horowitz, 1979) obradi informacija zasniva se na ideji da ljudi imaju mentalne modele i sheme sveta oko sebe, koje koriste u interpretaciji novih informacija. Naši mentalni modeli uglavnom su koherentni sa trenutnom informacijom (*the completion*

principle). Traumatski događaj je informacija koja je inkompatibilna sa postojećom shemom. Nekonzistentnost u odgovoru na traumatski stresor iziskuje masivnu promenu u shemi, kompletnu integraciju i kognitivnu obradu *nekoherentne informacije*, što zahteva izvesno vreme. Da bi se informacija obradila i integrisala, aktivna memorija ponavlja svoju reprezentaciju traumatskog događaja, što prouzrokuje emotivnu patnju. Mehanizmima inhibicije organizam pokušava da spreči emotivnu iscrpljenost. Simptomi tokom odgovora na traumatski događaj, koje Horovic kategoriše kao poricanje i intruziju, nastaju kao rezultat suprotnih aktivnosti sistema kontrole koji regulišu pristizujuće informacije do podnošljive doze. Ako inhibitorni sistem nije dovoljno jak, intruzivni simptomi kao što su noćne more i flešbekovi, dominiraju kliničkom slikom. Kada su inhibitorni naponi suviše jaki u odnosu na aktivnu memoriju, pojavljuju se simptomi karakteristični za fazu izbegavanja. Simptomi intruzije i izbegavanja fluktuiraju na način karakterističan za određenu osobu, ne izazivajući preplavlivanje i iscrpljivanje koje bi sprečilo adaptaciju. Osoba osciluje između stanja intruzije i stanja izbegavanja dok se ne stvori relativna ravnoteža, kada se za osobu kaže da je proradila iskustvo. Emotivna utrnulost se u tom kontekstu vidi kao mehanizam odbrane od intruzija.

Emocionalna obrada

Rahmano-ov (Rachman, 1980) koncept *emocionalne obrade* daje koristan teorijski okvir za konceptualizaciju psiholoških reakcija kod žrtava. U diskusiji koja ima cilj da poveže različite fenomene kao što je reakcija na uznemirujuće događaje, noćne more, opsesije i neadekvatno žaljenje, Rahman predlaže da emotivna obrada rezultira emotivnim reakcijama koje su "absorbovane" tako da izlaganje na podsetnike traume više ne izaziva emotivnu reakciju. On naglašava nekoliko direktnih znakova: uznemirenost, opsesije, uznemirujući snovi, neprijatne intruzivne misli, neodgovarajuće izražavanje emocija, promene u ponašanju, pričljivost, halucinacije i povratak straha, kao i indirektnih znakova: subjektivna nelagodnost, umor, nesanicu, anoreksiju, nesposobnost da se konstruktivno razmišlja, prezaposlenost, uznemirenost, iritabilnost neadekvatnog emotivnog procesovanja, od kojih su mnogi dijagnostički kriterijumi za PTSP. Rahman govori o nizu faktora koji otežavaju emocionalnu obradu: faktori traume, faktori ličnosti, faktori trenutnog stanja i aktivnosti. Pored toga, on potencira karakteristike stresora više nego njihovu subjektivnu procenu, ali daje koristan koncept koji povezuje neurotične fenomene o kojima se može razmišljati kao o direktnim ili indirektnim znacima

nekompletne emotivne obrade. Posttraumatska stresna reakcija se u tom slučaju vidi kao znak nekompletne emotivne obrade.

1.5.3. Dinamske teorije

Frojd i rani analitičari napravili su nekoliko pokušaja da objasne simptome "*traumatske neuroze*". Prvi model sugerira da aktuelna trauma ponovo oživljava originalnu traumu iz detinjstva, tj. dečiju neurozu kroz psihološku regresiju. Trauma odraslog aktivira specifične konflikte, naročito one koje se tiču materinske nege i zaštite, kontrole emocija i telesnih funkcija, konflikte oko moći, rivaliteta i straha od kazne. Kasnije je razvijen energetska model po kojem spoljašnja trauma izaziva poremećaje u psihičkoj energiji. Barijera stimilusa, ili zaštitni sloj je povišen. Kompulsivno ponavljanje traumatskog događaja u snovima, pokušaji su ega da se suoči sa događajem i da odstrani višak energije. Slab odgovor psihičkih tegoba na tretman može biti posledica nekorektibilnih ego-promena: iscrpljenosti ega i promena ego-superego granice koja nastaje kao rezultat preplavaljujućih osećanja stida i krivice.

Drugi analitičari (Fenichel, 1961) revidirali su koncept *stimulusne barijere* menjajući je od pasivnog štita do aktivnog pokušaja ega da prvlada traumu: arhaično Ja, pre nego što je ovladalo odbrambenim mehanizmom anticipacije, ovladalo je spoljašnjim svetom pomoću aktivnog ponavljanja onoga što je doživelo pasivno. Prema tome, simptomi ponovnog proživljavanja traumatskog iskustva PTSP-a predstavljaju regresiju na primitivan način upravljanja.

Analitički orijentisani terapeuti insistiraju na razumevanju traume u kontekstu intrapsihičke realnosti osobe, tj. kako osoba interpretira i reaguje na traumatsko iskustvo.

1.6. Komorbiditet PTSP-a

1.6.1. Mentalno zdravlje i PTSP

Komorbiditet PTSP-a i drugih mentalnih poremećaja je pravilo i procenjuje se da oko 88% muškaraca i 79% žena sa hroničnim PTSP-em ispunjava kriterijume za najmanje još jedan psihijatrijski poremećaj (Kessler i sar., 1995, O'Donnell i sar., 2004). Najčešći su poremećaji raspoloženja, anksiozni poremećaji i zloupotreba supstanci. Istraživanja pokazuju da prethodno prisustvo velike depresivne epizode čini osobe vulnerabilnijim za razvoj PTSP-a (O'Donnell i sar., 2004, Simonović i sar., 2008). Nekoliko istraživanja ukazalo je na povezanost između traumatskih životnih događaja i razvijanja psihoze kao i da 32-78% osoba sa dijagnozom shizofrenije ima traumu u svojoj istoriji (Kilcommons i sar., 2008). Helzer i grupa autora (Helzer i sar., 1987.) konstatuju da osobe sa PTSP-em sa dvostruko većom verovatnoćom imaju neki komorbidni psihijatrijski poremećaj, pri čemu komorbidne dijagnoze koje se najčešće javljaju predstavljaju opsesivno - kompulzivni poremećaj (OCD), blagu hroničnu depresiju i manično-depresivni poremećaj. Dejvidson i saradnici (Davidson i sar., 1991), ustanovili su da u poređenju sa osobama bez PTSP-a, osobe sa PTSP-em imaju veću verovatnoću da pate i od somatizacijskog poremećaja, shizofrenije, napada panike, socijalne fobije, opsesivno kompulzivnog poremećaja, bolesti zavisnosti, kliničke depresije, agorafobije i generalizovanog anksioznog poremećaja. Breslau i saradnici (Breslau i sar., 1991) su u studiji sprovedenoj na opštem uzorku mladog odraslog stanovništva ustanovili da 82.8% onih koji pate od PTSP-a ima još jedan ili više komorbidnih psihijatrijskih poremećaja, uključujući opsesivno-kompulzivni poremećaj, agorafobiju, distimiju, maniju, napade panike, major depresiju, generalizovani anksiozni poremećaj, ili zloupotrebu droge i alkohola, odnosno zavisnost od njih. Prevalenca komorbidnih mentalnih poremećaja tokom života jednako je visoka kod uzorka čileanskih ispitanika, sa 90.4% osoba sa PTSP-em koje izveštavaju o komorbidnim poremećajima mentalnog zdravlja (Zlotnick i sar., 2006).

Rezultati dobijeni na nacionalnom uzorku stanovništva u Australiji takođe konstatuju postojanje komorbiditeta PTSP-a i drugih poremećaja osovine I, pri čemu 85.2% muških i 79.7% ženskih osoba sa PTSP-em ispunjava kriterijume za bar još jedan poremećaj osovine I (Creamer i sar., 2001). Druga studija koja koristi iste podatke konstatuje da 34.4% osoba sa PTSP-em

zadovoljava i kriterijume za postojanje bolesti zavisnosti (Mills i sar., 2006). Na nacionalno-reprezentativnom uzorku kanadskog stanovništva PTSP se povezuje sa major depresijom, manijom, napadima panike, agorafobijom, socijalnom fobijom, zavisnošću od alkohola i droge (Sareen i sar., 2007). Ovi podaci ukazuju da major depresija predstavlja najčešći komorbidni poremećaj.

Mnoge studije PTSP-a ne procenjuju stepen ili redosled nastanka psihijatrijskih poremećaja, bilo zbog toga što je studija koncipirana kao presek aktuelnog stanja, ili zbog nedostatka podataka o starosti i nastanku svakog poremećaja. U studiji sprovedenoj na uzorku majki iz jugoistočnog Mičigena ustanovljeno je, međutim, da PTSP povećava rizik od nastanka major depresije, zloupotrebe/zavisnosti od alkohola, dok prethodno postojanje velike depresije povećava rizik od doživljavanja traume i vulnerabilnost za nastanak PTSP-a nakon traumatskih događaja (Breslau i sar., 1997). Pored toga, analize vremena trajanja koje koriste podatke NCS ukazuju da pojedinci sa dijagnozom aktuelnog PTSP-a imaju veću verovatnoću da razviju sekundarni poremećaj u vidu anksioznog poremećaja, poremećaja raspoloženja ili bolesti zavisnosti u poređenju sa onima bez PTSP-a (Kessler, 2000). Ovaj povećani rizik nije ustanovljen kada je PTSP bio u remisiji.

Brojne studije pokazale su istovremeno postojanje PTSP-a sa poremećajima prve osovine ali veliki broj radova ukazuje na komorbiditet PTSP-a sa poremećajima druge osovine, posebno sa graničnim poremećajem ličnosti (Zlotnick i sar., 2003; Golier i sar., 2003; Kraus i sar., 2009; Miller i sar., 2012). Nedavna norveška epidemiološka studija na uzorku od 2,794 osoba, pokazala je značajnu povezanost PTSP-a sa graničnim poremećajem ličnosti u odnosu na ostale poremećaje osovine dva (Amstadter i sar., 2013). Uzimajući u obzir visoku prevalencu traumatskih događaja kod osoba sa graničnim poremećajem ličnosti, određene strukturne promene u amigdali i hipokampusu koje su karakteristične za oba poremećaja (Kraus i sar., 2009; Nietfeld i sar., 2013), kao i slične neurokognitivne deficite, neki autori smatraju da je granični poremećaj ličnosti forma komplikovanog PTSP-a (Pelcovitz i sar., 1997; Dissen i sar., 2002). Naime, smatraju da je granični poremećaj ličnosti forma kompleksnog PTSP-a sa ranim početkom a nakon višestrukih i/ili hroničnih traumatskih iskustava tokom detinjstva i/ili mladosti (Drissen i sar., 2002). Drugi autori ne podržavaju ovakav stav i smatraju da su to dva odvojena poremećaja kod osoba sa dualnom dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti i posttraumatskog stresnog poremećaja (Golier i sar., 2003). Nedavno istraživanje Ritera i saradnika (Ritter i sar.,

2010) pokazalo je značajan komorbiditet PTSP-a sa graničnim u odnosu na narcistični poremećaj ličnosti dok je Berenbaum sa saradnicima (Berenbaum i sar., 2009) na uzorku od 1,510 osoba ukazao na komorbiditet PTSP-a sa shizotipalnim poremećajem. Komorbiditet PTSP-a sa izbegavajućim poremećajem ličnosti, pokazali su u svojoj studiji Grac i Tul (Gratz&Tull, 2012). Autori su saglasni u tome da su simptomi PTSP-a kod ove vrste komorbiditeta značajno teži i složeniji (Zlotnick i sar., 2002), kao i da povećavaju rizik od samoubistva (Eichelman, 2010).

Traumatski događaji i PTSP mogu povećati rizik od ostalih poremećaja i vice versa (Perkonigg i sar., 2000). Pored toga, komorbiditet sa ostalim poremećajima značajno smanjuje mogućnost oporavka od PTSP-a, što je pokazalo nedavno istraživanje (Tural i sar., 2012).

Pregled literature posvećene komorbiditetu ukazuje da PTSP može imati uzročnu ulogu u nastajanju nekih sekundarnih psihijatrijskih dijagnoza, mada i prethodno postojanje psihijatrijskih poremećaja može povećati vulnerabilnost za PTSP nakon izloženosti traumatskom događaju (Brady i sar., 2000). Neophodno je da se urade dalje uporedne studije PTSP i komorbiditeta, radi boljeg razumevanja vremenskog redosleda nastanka poremećaja i kauzalnog odnosa između uobičajenih komorbidnih psihijatrijskih poremećaja.

Suicidalnost

Istraživanja sprovedena na opštim uzorcima stanovništva ustanovila su značajan odnos između PTSP-a i suicidalnih ideja i pokušaja (Mezuk i sar., 2009). Rizik od mogućeg samoubistva je visok - oko 20% pacijenata sa PTSP-em pokuša samoubistvo (Marshall i sar., 2001). Jedna ranija studija konstatuje da kod ljudi sa PTSP-em postoji 14.9 puta veća verovatnoća da pokušaju samoubistvo u poređenju sa osobama bez ovog poremećaja (Davidson i sar., 1991). Ovaj odnos verovatnoće bio je manji kada je komorbidna major depresija bila pod kontrolom, ali odnos između PTSP-a i pokušaja suicida ipak ostaje statistički značajan. Rezultati NCS ukazuju da se PTSP povezuje sa većom verovatnoćom višestrukih suicidalnih ideja i pokušaja suicida (Kessler i sar., 1999) dok u drugom istraživanju, koje takođe koristi podatke NCS, za osobe ženskog pola, PTSP se povezuje sa 2.5 puta većom verovatnoćom suicidalnih namera (Ullman & Brecklin, 2002). Prema studijama na nacionalnom uzorku kanadskog stanovništva, kod ispitanika koji su sami izveštavali da im je lekar u tekućem periodu postavio dijagnozu PTSP-a, postojala je 2.35 puta veća verovatnoća pokušaja suicida tokom protekle godine, čak i ako su socio-demografski

faktori, brojni psihijatrijski poremećaji i medicinski morbiditet bili pod kontrolom (Sareen i sar., 2007). Novije studije pokazuju povećan suicidalni rizik nakon traumatskih događaja (Suryani i sar., 2008). Postojeća literatura potvrđuje vezu između PTSP-a i povećane verovatnoće suicidalnih namera i pokušaja, što ukazuje da može biti korisno da se kod osoba sa PTSP proveriti da li postoji suicidalno ponašanje.

1.6.2. Somatsko zdravlje i PTSP

Ustanovljeno je da PTSP ima značajnu povezanost sa fizičkim oboljenjima i imunom disfunkcijom (Leserman i sar., 2005; Noris i sar., 2006; Woods i sar., 2005; Lang i sar., 2006). Posebno je uočeno da hronični PTSP predstavlja veliki izazov kako za kliničku praksu tako i za celokupan zdravstveni i socijalni sistem (Marshall i sar., 2000).

Jedna od ranih studija sprovedenih na lokalnom uzorku stanovništva ustanovila je da osobe sa PTSP-em u poređenju sa onima koje ga nemaju imaju veću verovatnoću da obole od bronhijalne astme - 13.5% nasuprot 4.8%, peptičkog ulkusa - 12.8% nasuprot 4.1%, i hipertenzije - 31.4% nasuprot 18.5% (Helzer i sar., 1987). Hronični PTSP se pak može, kako je ustanovljeno, dovesti u vezu i sa povećanom verovatnoćom od nastanka artritisa, bronhitisa, migrene i ginekoloških problema u poređenju sa nehroničnim PTSP-em (Breslau & Davis, 1992). U uporednoj studiji ustanovljeno je da je PTSP u osnovi povezan sa većim brojem gastrointestinalnih, kardiopulmonarnih, konverzivnih ili pseudoneuroloških i seksualnih simptoma (Andreski i sar., 1998). Pored toga, ovi podaci ukazuju da osobe sa PTSP-em izveštavaju o više somatskih simptoma u poređenju sa osobama sa drugim psihijatrijskim poremećajima.

Na nacionalno-reprezentativnom uzorku SAD uz korišćenje podataka NCS (National Comorbidity Survey) ustanovljeno je da među mnogim anksioznim poremećajima PTSP ima najčešću vezu sa fizičkim tegobama, uključujući i neurološka, vaskularna i gastrointestinalna oboljenja, metaboličke i autoimune bolesti, kao i oboljenja zglobova i kostiju (Sareen i sar., 2005). Još jedna studija koja je sprovedena uz korišćenje podataka NCS, ustanovila je da će osobe sa PTSP-em sa većom verovatnoćom izveštavati o fizičkim oboljenjima (Lauterbach i sar., 2005).

U studiji sprovedenoj na nacionalnom uzorku u Kanadi osoba sa dijagnozom aktuelnog PTSP-a, imale su veću verovatnoću za zastupljenost svih problema s fizičkim zdravljem koji su u studiji uzeti u obzir u poređenju sa osobama bez dijagnoze ovog poremećaja (Sareen i sar., 2007). Ovi podaci ukazuju i da se PTSP povezuje sa povećanom verovatnoćom oboljevanja od respiratornih i kardiovaskularnih oboljenja, stanja hroničnog bola, gastrointestinalnih oboljenja, karcinoma, sindroma hroničnog umora i višestruke preosetljivosti na hemijske nadražaje. Istraživanje je ukazalo i da se PTSP obično javlja istovremeno s hroničnim bolom, što se možda događa zbog faktora koji pojedince čine predisponiranim za oba ova stanja (višestruka predispozicija) i/ili da aspekti hroničnog bola održavaju i komplikuju PTSP, kao i obratno (uzajamno održavanje) (Asmundson i sar., 2002).

Povezanost PTSP-a i fizičkog zdravlja konstatovana je i u studijama sprovedenim na uzorcima vojnog osoblja. Friedman je citirao literaturu čak iz 1864. godine u kojoj se pretpostavlja veza između borbene traume i kardiovaskularne bolesti. Veterani iz tog doba često su dobijali dijagnoze kao što su "vojničko srce", "Da Costin sindrom" i "neurocirkulatorna astenija" (Friedman, 1991).

Na američkom uzorku veterana iz rata u Iraku konstatovano je da su mnogi simptomi fizičkih oboljenja (npr. simptomi bola, vrtoglavice, nesvestice, problema s varenjem) zastupljeniji među pojedincima sa PTSP-em u poređenju sa onima bez PTSP-a, godinu dana nakon angažovanja u Iraku (Hoge i sar., 2007). Na uzorku ženskih veterana, fizička oboljenja bila su zastupljenija među ženama sa anamnezom PTSP-a, u poređenju sa onima koje su imale depresiju, odnosno koje nisu imale ni depresiju ni PTSP (Frayne i sar., 2004). U istraživanju sprovedenom na lokalnom uzorku veterana iz rata u Zalivu, oni koji su imali dijagnozu PTSP-a sa većom verovatnoćom izveštavali su o simptomima povezanim s fizičkim zdravljem i o medicinskim oboljenjima u poređenju sa ispitanicima bez PTSP-a (Asmundson i sar., 2002).

PTSP se razlikuje od ostalih psihijatrijskih poremećaja po potencijalima izazivanja lošeg zdravstvenog stanja, čemu doprinose i njegove psihološke i fiziološke posebnosti. Neki autori (Friedman & Schnurr, 1995) pretpostavljaju da biološke promene kao što su adrenergična stimulacija, simpatička hiperreaktivnost, endokrinološke abnormalnosti, opioidna disregulacija i verovatni imunski poremećaji, mogu uticati na pogoršanje opšteg zdravlja. Ovi autori smatraju da i psihološke i psihopatološke karakteristike kao što su hostilnost, depresivnost, zloupotreba alkohola i droga, pušenje, loša ishrana, mogu imati iste posledice po zdravlje.

Rosen i Fields (Rosen & Fields, 1998), bili su prvi koji su ukazali da bi neurohemijske promene u mozgu, povezane sa PTSP-em, mogle biti odgovorne za hroničan morbiditet uočen kod tih osoba. Oni su posebno obratili pažnju na kardiovaskularne i gastrointestinalne poremećaje kod ratnih zarobljenika iz Drugog svetskog rata pretpostavljajući da su uočene promene nastale zbog promena u moždanoj kateholaminergičnoj aktivnosti.

Zdravstveni problemi povezani sa PTSP-em pokazivali su šarenilo, pa ipak se izdvajaju kardiovaskularne, gastrointestinalne, dermatološke, oftalmološke i otorinolaringološke tegobe (Shalev i sar., 1990). Uzimajući u obzir da značajan deo populacije boluje od PTSP-a, ukupan utrošak za lečenje posledica ovog poremećaja može predstavljati teret za zdravstveni system ako se uzme u obzir ova uska povezanost PTSP-a i oštećenog zdravlja.

1.7. Kvalitet života i PTSP

Zdravlje je centralna determinanta kvaliteta života a mnoga istraživanja ukazuju da je doživljeni stres značajan faktor rizika za poremećaj mentalnog zdravlja i nizak kvalitet života (Bovier i sar., 2004), kao i da je PTSP povezan sa brojnim fizičkim bolestima koje narušavaju kvalitet života (Cohen i sar., 2009).

Većina stručnjaka slaže se da je subjektivna percepcija kvaliteta života ono što je najvažnije. Tu su, međutim, neizbežno uključeni i objektivni pokazatelji stanja zdravlja i spoljašnjih životnih situacija. Te spoljašnje životne situacije svakako su povezane sa stresom (Lečić Toševski i sar., 2003).

Kada je 1980. godine dijagnoza PTSP-a uvedena u DSM-III malo se znalo o njegovoj ulozi u životu civila. Promena definicije stresora u DSM-IV, u kojem se naglašava subjektivno osećanje straha, bespomoćnosti ili užasa koji rezultiraju iz izloženosti osobe pravoj ili zaprećenoj smrti, ozbiljnim povredama, ili pretnjama fizičkom integritetu, svom ili sebi bliskih, glavna je konceptualna promena i značajno je proširila polje konstrukta PTSP-a, a posledično i uticaja PTSP-a na kvalitet života (Mendlowicz & Stein, 2000).

Mnoga istraživanja ukazuju na značajnu povezanost smanjenja kvaliteta života usled prisustva PTSP-a (Richardson i sar., 2008; Mital i sar., 2006; Holbrook i sar., 2001; Rapaport i sar., 2005; Thulesius i sar., 2004; Lečić-Toševski i sar., 2003). Jedna novija studija na prostorima

bivše Jugoslavije ukazuje na veoma nizak kvalitet života kod osoba sa PTSP-em u svim domenima (Priebe i sar., 2009), što je značajno niži nalaz od ostalih studija koje su rađene na ovu temu (Rudolf & Priebe, 1999; Priebe i sar., 2000).

Relacija između PTSP-a i oštećenja različitih domena kvaliteta života, međutim, još nije kompletno objašnjena. U Zacikovoj studiji (Zatzick i sar., 1997) nacionalnog reprezentativnog uzorka muških veterana Vijetnamskog rata, koja je obuhvatala 1.200 muškaraca, istraživanja su vršena u okviru šest domena: loših dana u protekle dve nedelje, funkcionisanja u okviru socijalnih uloga, subjektivnog osećaja blagostanja, samoprocene fizičkog zdravstvenog stanja, tekućeg fizičkog funkcionisanja i počinjenog krivičnog dela ili nasilja u protekloj godini. Niži skorovi kvaliteta života bili su značajno prisutniji kod osoba sa PTSP-om u svim domenima osim u domenu doživljenih loših dana u poslednje dve nedelje. Čak i posle prilagođavanja demografskih karakteristika i komorbiditeta (psihijatrijskih i somatskih), osobe sa PTSP-om i dalje su imale značajno viši rizik smanjenog doživljaja blagostanja, lošijeg fizičkog zdravlja, tekuće nezaposlenosti i fizičkih ograničenja nego veterani bez PTSP-a. Zacik i saradnici istraživali su i uticaj PTSP-a na kvalitet života kod žena veterana Vijetnamskog rata (Zatzick i sar., 1997). Studija je obuhvatala 432 žene, većinom bolničarke, kod kojih je procenjavano oštećenje ili smanjenje kvaliteta života u sledećih šest domena: doživljeni loši dani u protekla tri meseca, funkcionisanje u okviru socijalnih uloga, subjektivno osećanje blagostanja, samoprocena fizičkog zdravstvenog stanja, tekućeg fizičkog funkcionisanja i počinjenog kriminalnog dela ili nasilja tokom prethodne godine. Pronađeno je da je PTSP povezan sa značajno lošijim funkcionisanjem u svim domenima osim počinjenog kriminalnog dela ili nasilja tokom protekle godine. Nakon prilagođavanja demografskih karakteristika i psihijatrijskih i somatskih komorbiditeta PTSP je i dalje bio značajno povezan sa lošijim funkcionisanjem u tri domena – funkcionisanju u okviru socijalnih uloga, samoproceni fizičkog zdravstvenog stanja i doživljenim lošim danima tokom protekla tri meseca. Kada je uporedio ove rezultate sa rezultatima kod muškaraca, autori su sugerisali da je razlika u polu minimalna ili odsutna u uticaju PTSP-a na kvalitet života.

Neke novije studije, međutim, ukazuju na veći rizik kod ženskog pola za niži kvalitet života pod uticajem PTSP-a (Holbrook i sar., 2002; Chou i sar., 2004). Druge studije ratnih veterana pokazale su da su veterani sa dijagnozom PTSP-a više prijavljivali bračne, roditeljske i porodične probleme od veterana bez dijagnoze PTSP-a. Pored toga, u porodicama veterana sa

razvijenim PTSP-om bilo je više nasilja, a njihova deca pokazivala su više poremećaja ponašanja od dece veterana bez PTSP-a. Ovakve studije naglašavaju koliko PTSP utiče na kvalitet života porodica osobe sa PTSP-om (Mendlowicz & Stein, 2000).

Štajn i saradnici (Stein i sar., 1997) istraživali su uticaj punog i parcijalnog PTSP-a na socijalno funkcionisanje u uzorku zajednice. Osobe sa parcijalnim PTSP-om imale su značajno više smetnji na poslu i edukacijama od traumatizovanih osoba bez PTSP-a, ali i značajno manje od osoba sa punim PTSP-om, dok su i jedni i drugi imali slične smetnje u socijalnom i porodičnom funkcionisanju. Studije koje su poredile tri grupe anksioznih poremećaja: grupu bez istorije traume, grupu sa istorijom traume ali bez PTSP-a, i grupu sa PTSP-em pokazale su da grupa sa PTSP-om funkcionise lošije u životnih oblasti od grupe bez traume, dok grupa sa traumom ali bez aktuelnog PTSP-a ima veće deficite u određenim domenima kvaliteta života u poređenju sa grupom bez istorije traume, pogotovo u većoj prevalencije alkoholizma i malih depresivnih epizoda. Rezultati ovih studija ukazuju da istorija traume ima trajan uticaj na individue sa anksioznim poremećajima, čak i ako ne rezultira u razvoju pune kliničke slike PTSP-a, dok sam PTSP utiče na skoro sve domene kvaliteta života (Warshaw i sar., 1993).

Istraživanja ukazuju da su simptomi PTSP-a pridruženi većem broju različitih somatskih oboljenja i da su povezani sa smanjenim kvalitetom života (Ouimette i sar., 2004). PTSP je češći kao odgovor na akutne, životno ugrožavajuće događaje povezane sa somatskom bolešću. Važnost prevencije, pravovremenog dijagnostikovanja i tretmana PTSP-a kod ove populacije je u sprečavanju nastajanja psihičkim sekvela, kao i u smanjenog kvaliteta života kod ovih pacijenata (Stuber i sar., 2003). Tako su istraživanja pokazala da se PTSP javlja od 7.7% (Doerfler i sar., 2005), 14.8% (Whitehead i sar., 2006) do 16% kod pacijenata nakon infarkta miokarda i da su njegovi simptomi bili u korelaciji sa sniženim kvalitetom života kod tih osoba (Ginzburg i sar., 2003). Nakon transplantacije srca ili pluća grupa pacijenata koja je razvila PTSP imala je veće sniženje kvaliteta života od grupe koja je razvila depresiju (Kollner i sar., 2003). Grupa pacijenata sa PTSP-om nakon akutnog respiratornog sindroma ima veća oštećenja određenih domena kvaliteta života od grupe koja nije razvila PTSP (Kapfhammer i sar., 2004).

Adolescenti koji su u detinjstvu preživeli karcinom u oko 20% slučajeva imaju PTSP, kao i lošiji kvalitet života od onih koji nisu razvili PTSP (Meeske, 2000). Pored toga, širom sveta u saobraćajnim nesrećama pogine 1.2 miliona i bude povređeno oko 50 miliona ljudi godišnje. Istraživanja ukazuju da preživeli pored eventualnih fizičkih oštećenja imaju i simptome PTSP-a

koji snižavaju kvalitet života (Wang i sar., 2005), a neke studije ukazuju da tri meseca nakon saobraćajne nesreće 12% dece i 16% roditelja imaju simptome PTSP-a (Sturms i sar., 2005). Novije publikacije čak ukazuju da PTSP koji prati teške somatske bolesti više oštećuje kvalitet života tih osoba nego same primarne bolesti (Krauseneck i sar., 2005). Sve ovo ukazuje na neophodnost bliske saradnje lekara svih specijalnosti i psihijatara, kao i na potrebu psiholoških intervencija u početnim stadijumima somatskih bolesti radi smanjenja mogućnosti razvoja PTSP-a i poboljšanja kvaliteta života tih pacijenata (Geffen i sar., 2003).

1.8. Terapijski pristup PTSP-u

Impresivni su napretci terapijskih mogućnosti za lečenje PTSP-a u protekloj dekadi (Ressler & Rothbaum, 2009). Tretman PTSP-a treba da bude integrativan, odnosno da uključuje psihoterapiju, socioterapiju, odnosno socijalnu podršku i farmakoterapiju (Kaličanin & Lečić Toševski, 1994). Danas se u radu sa osobama koje imaju ovaj poremećaj koriste mnogi terapijski pristupi a razlikuju se prema modelu ili pravcu kojem pripadaju, odnosno prema ciljnoj grupi kojoj su namenjeni. Od terapijskih pravaca u upotrebi su podrška (suportivna terapija), kognitivno-bihejvioralna terapija, desenzibilizacija pokretima očiju i reprociranja, kratka eklektička psihoterapija, psihoanalitička, kognitivna, psihoedukativna, art terapija, terapija izlaganjem, hipnoterapija, narativna, joga terapija i farmakoterapija.

1.8.1. Psihosocijalni tretmani

Psihosocijalni tretmani uključuju sve aktivnosti koje su usmerene ka lečenju osoba sa PTSP-em, kao i sve one koje pomažu u normalizaciji društvenog, porodičnog i individualnog psihosocijalnog funkcionisanja traumatizovane osobe. Nivo i vrsta intervencije, kao i primena određene vrste terapije zavisi od faze u kojoj se traumatizovana osoba nalazi. Još u prošlom veku psihoterapeuti su većinom usvajali fazno-orijentisani model koji se sastoji od reintegracije i rehabilitacije (van der Kolk, 1989; Herman, 1992). U ranoj fazi tretmana, istražuje se »priča o traumi« i terapeut pokušava da uspostavi poverenje, raport i otvorenost gde on sluša empatski i

neprosuđujuće (Gersons, 1989). Krucijalno za uspostavljanje obostranog poverenja u terapijskom odnosu je stvaranje »sigurnog« okruženja (»safe-holding« environment) kao što to opisuje Vinikot (Winnicot, 1960). Van der Kolk i Dusi (van der Kolk & Ducey, 1989) naglašavaju da je uloga terapeuta da pomogne klijentu da neželjene i spolja nametnute događaje u kojima je bio u poziciji žrtve, afektivno »personalizuje« kao integrisani aspekt prošlosti i životnog iskustva.

Nije sasvim jasno da li je pričanje o događaju uvek korisno u prevenciji razvoja PTSP-a i stavovi aotora o stres debriefingu se razlikuju. Neki autori smatraju da je štetan, neki da niti šteti, niti koristi, dok se pojedini autori i dalje zalažu za ovaj tretman (Lange i sar., 2000). Istraživanje na 396 američkih vojnika tokom rata u Iraku, pokazalo je da 273 njih ima korist od debriefinga, 97 nije imalo stav, a 26 nije osetilo nikakvu pomoć od ove metode (Pischke & Hallman, 2008). Prema smernicama Nacionalnog Instituta za klinički rad, stress de briefing je štetan za pojedinca ali može biti koristan u grupnom radu sa traumatizovanim osobama (NICE, 2005). Ovaj Institut dalje sugerše, u okviru prve psihološke pomoći (Psychological First Aid-PFA), da je najvažnije osobu ukloniti iz ugrožavajućeg okruženja i pružiti socijalnu podršku u ranoj fazi tretmana.

U radu sa osobama sa PTSP-em od kliničke važnosti je poznavanje više elemenata kao što su: dimenzije stresora (tip stresnog događaja, intenzitet/trajanje/repetitivnost stresa), faktori ličnosti (neuroticizam, introverzija, repertoar coping mehanizama), sredinske i situacione varijable (dimenzije traume, traumatski doživljaj, struktura traume, posttraumatski milje), individualni subjektivni odgovor na traumu (emocionalni, kognitivni, motivacioni, neurofiziološki, coping); i posttraumatska adaptacija.

Ocberg (Ochberg, 1991) naglašava nekoliko osnovnih principa koje treba slediti u posttraumatskoj terapiji. To je pre svega *princip normalizacije* koji insistira na pristupu traumatizovanom kao osobi sa očekivanim reakcijama na neočekivanu situaciju. Zatim tu su *princip saradnje i osnaživanja*, kao i treći princip *individualiteta* koji govori o poštovanju specifičnosti svakog pojedinca. Isti autor opisuje četiri kategorije tehnika koje su korišćene u radu sa traumatizovanim osobama. One uključuju edukaciju (upoznavanje sa civilnim i kriminalnim pravnim aspektima), holistički pristup zdravlju (fizička aktivnost, humor, ishrana, spiritualnost), metode koje obezbeđuju socijanu podršku i socijalnu integraciju, i terapija.

Svaka post-traumatska terapija usmerena je u početku na samoregulaciju i uspostavljanje kontrole, odnosno uspostavljanje doživljaja sigurnosti i predvidljivosti, kao i aktivno

angažovanje u adaptivnoj situaciji (Lečić-Toševski, 2002). Zatim na kontrolisanje i upravljanje fiziološkim i biološkim stresnim reakcijama (Ford i sar., 2005), i na kraju na ponovno uspostavljanje sigurnih socijalnih veza i interpersonalne efikasnosti (Ford & Courtois, 2009). Cilj terapije jeste pomoći traumatizovanom da napravi pomak iz pozicije u kojoj je pod dominacijom prošlosti i da se osposobi da odgovori na trenutne zahteve. Zato trauma treba da se smesti u širi životni okvir, a klijent nauči kako da ispravno proceni događaje i planira reakcije, što je značajan psihološki napredak.

Koja god da se metoda koristi ona mora da bude edukativna i da poštuje biopsihosocijalni kontekst klijenta. Terapija stavlja naglasak na socijalnu podršku i integraciju, osvajanje socijalnih veština i redukciju iracionalnih strahova. Najzad, u kasnijim fazama, korišćenjem kliničkih tehnika sa klijentom otvara se razgovor o traumatskom događaju, prorađuje tuga, eliminiše anksioznost koja prati traumatske scene, uz opreznu upotrebu lekova za određene simptome. Psihoterapija posebno treba da se bavi time kako trauma utiče na čovekov doživljaj samo-efikasnosti, kapacitet za poverenje i intimnost, sposobnost na odgovori svojim ličnim potrebama i sposobnost da oseća empatiju za druge (Ford, 2009).

Suportivna terapija

Suportivna terapija, sama po sebi, neizbežna je u posttraumatskoj terapiji. Usmerena je na smanjenje pacijentove anksioznosti i pružanje emocionalne podrške i osećanja bliskosti. Koristi se individualno u kratkim emocionalnim krizama i blagim traumatskim reakcijama i kao dodatak dugim tehnikama. Suportivne tehnike obuhvataju: otvaranje i ventilaciju, edukaciju ili savetovanje, vođenje, eksternalizaciju interesa, sugestiju, pritisak i potiskivanje, ubeđivanje i druge specifične i dodatne tehnike (Ford, 2009).

Kognitivno bihejvioralna terapija

Kognitivno-bihejvioralne intervencije su zauzele vodeće mesto u tretmanu posttraumatskog stresnog poremećaja. Razlog za ovo delom je eksperimentalna verifikacija koja je dovela do raširenog prihvatanja ovog modela i tehnika (Ressler & Rothbaum, 2009).

Kognitivno-bihevioralni pristupi naglašavaju aspekt učenja i koriste ekspoziciju i/ili desenzitizaciju kao osnove tretmana. Kognitivna terapija ponašanja (KBT) u lečenju PTSP-a obuhvata izlaganje traumatskom događaju i cilj joj je kognitivno izbegavanje i izbegavajuće ponašanje u PTSP-u. KBT je strukturisana intervencija koja osim usredsređivanja na traumatski događaj, uključuje i komponente poput upravljanja anksioznošću (npr. relaksaciju), psihoedukaciju i kognitivne tehnike restrukturisanja. Podtipovi KBT-e za osobe sa PTSP-om obuhvataju terapiju izlaganjem, poput Produženog izlaganja (PE) (Foa & Rothbaum, 1998; Forbes i sar., 2007), koja se, pre svega, usredsređuje na suočavanje sa zastrašujućim dražima povezanim s traumom sve dok se anksioznost na povuče, i terapiju usredsređenu na kogniciju, poput Terapije kognitivne obrade (Cognitive Processing Therapy, CPT) (Resick & Schnicke, 1993) koja utvrđuje i cilja na problematičnu kogniciju u vezi sa traumom, dok se istovremeno adaptivna kognicija ugrađuje u zamišljeno oživljavanje traume. Terapijski efekti, prema mnogim studijama, traju i po nekoliko godina.

Lubin i saradnici (Lubin i sar., 1998) naglašavaju ulogu grupne terapije u tretmanu PTSP-a. Oni navode da 16-od nedeljna kognitivno-bihevioralna grupna terapija redukuje primarne simptome PTSP u sva tri klastera, kao i prateće depresivne simptome.

Desenzitizacija pokretima očiju i ponovna obrada

Desenzitizacija pokretima očiju i reprocessiranja (Eye Movement Desensitization Reprocessing, EMDR) je psihoterapijski pristup za smanjenje uznemirenosti posle traumatskih iskustava koja remete svakodnevni život. Suštinski cilj ove metode obuhvata preoblikovanje disfunkcionalno pohranjenih iskustava u adaptivna rešenja koja pomažu u održavanju psihičkog zdravlja. Cilj EMDR tehnike je aktiviranje sposobnosti da se obradi uznemirenost zbog traumatskog sećanja i smanje uznemirujuće misli i osećanja. Ova tehnika može da pomogne pacijentu i da drugačije misli o sebi u vezi sa traumatskim sećanjem. Ovaj metod zasnovan je na dokazima o efikasnosti u tretmanu PTSP-a (NICE, 2005; Engelhard i sar., 2011) a prema nekim autorima predstavlja tretman prvog izbora za hronični PTSP (Bisson i sar., 2007), a jednako je delotvoran kao i na traumu usmerena KBT (Spates i sar., 2009). Od pacijenta se traži da prati očima vrlo kratke ritmične pokrete terapeutovog prsta, dok koncentriše misli na traumatsko iskustvo. Ustanovljeno je da ritmički pokreti očiju imaju neutrališući efekat, da dezaktiviraju

neprijatne misli i pokreću mehanizam brze obrade informacija što omogućava kognitivno restrukturisanje i eliminaciju simptoma izazvanih traumom (Shapiro, 1996).

Kratka eklektička psihoterapija

Kratka eklektička psihoterapija (Brief Eclectic Psychotherapy, BEP) je kratka, na problem usmerena psihoterapija, zasnovana na kombinaciji teorija i principa iz psihodinamske, kognitivno-bihevioralne i direktivne psihoterapije. Njen cilj je da smanji simptome PTSP-a kod osoba koje imaju ovaj poremećaj, pomogne im da integrišu traumatski događaj u svoj život i povrate kontrolu nad njim. BEP protokol osmislio je Gersons u poslednje dve decenije XX veka radi lečenja PTSP-a kod policijskih službenika (Gersons, 1989).

Tretman traje 16 seansi, u trajanju od 45 do 60 minuta i svaka seansa predstavlja pažljivo osmišljen korak u jednom od pet terapijskih stadijuma a to su: psihoedukacija, zamišljena ekspozicija ili izlaganje, pisanje pisama, doseganje smisla i ritual opraštanja.

Randomizirana kontrolisana istraživanja pokazala su da je ova terapija delotvorna u opštoj populaciji osoba sa PTSP-em, sa različitim vrstama traumatskih iskustava (Gersons i sar., 2000; Lindauer i sar., 2005). Pored toga, postignuto je i značajno poboljšanje bioloških parametara (otkucaji srca, nivo kortizola, moždana aktivnost) (Lindauer i sar., 2004; Olf i sar., 2007).

Psihoanalitičke terapije

Psihoanalitičke terapije su, sa druge strane, izgubile svoje mesto u naučnim i akademskim krugovima upravo zbog teškoća u operacionalizaciji psihoterapijskih tehnika. Uprkos ovom, oni se i dalje široko koriste u lečenju žrtava traume. I ovaj pristup, kao i mnoge druge terapijske intervencije naglašavaju važnost verbalizacije okolnosti događaja, kao i pratećih osećanja. Početna sećanja na događaj mogu imati oblik mentalnih utisaka koje se sastoje od izolovanih afektivnih i senzornih elemenata. Vremenom, osoba je sposobna da formira koherentniji verbalni iskaz koji dopušta efikasniju integraciju iskustva. Tako zadatak terapije predstavlja konvertovanje implicitnih oblika sećanja u eksplicitne forme (Kudler, 2008).

Kratka psihodinamska psihoterapija savetuje se kao metoda izbora kod nekomplikovanog PTSP i ona podrazumeva izgradnju i negovanje terapijskog saveza, a zatim empatski rad sa glavnim temama poput osećanja stida, bespomoćnosti i ranjivosti. Kasnije, kad osoba ostvari ponovno dobru koheziju selfa, uspostavi funkcionalne mehanizme odbrane i coping (strategije prevladavanja) i počne bolje da kontroliše afekte prilikom otvaranja traumatskih iskustava, terapeut ga ponovo vraća na konfliktna značenja traumatskog događaja koja su bila eliminisana iz svesti. Kod onih koji gube kontrolu prilikom intruzivnih doživljaja (nametanja) cilj je podići njihove adaptivne odbrane. Za one koji su hiperkontrolisani, uz izbegavajuće ponašanje i otupelost osećanja (numbing), cilj terapije je ponuditi bezbednu sredinu za eksploraciju slika i osećanja koje sa nameću (Kudler, 2008).

Dinamska psihoterapija, kao i sve druge terapije PTSP, pre svega teži uspostavljanju terapijske saradnje u atmosferi sigurnosti i razumevanja. Ovaj pristup naglašava značaj svesnih i nesvesnih asocijacija povezanih sa aspektima traumatskog događaja i njegovim posledicama, što može da reaktivira konflikte iz ranijih perioda. Trauma može da aktivira specifične preedipalne i edipalne konflikte, posebno one koji se odnose na majčinu zaštitu i negu, kontrolu emocija i telesnih funkcija, kao i konflikte koji se odnose na snagu, rivalitet i strah od kažnjavanja. Dinamska psihoterapija fokusira se na self-koncept i uticaj traume na izmenu self-koncepta i načina doživljavanja drugih. Cilj psihoterapije je razrada konflikata, eksploracija veze između aktuelne i ranijih trauma, kao i obrada pretrpljene traume na adekvatniji način (Ford, 2009).

I kognitivno-bihevioralna terapija i dinamska psihoterapija mogu se sprovoditi individualno i grupno. Grupna terapija je posebno korisna u pospešivanju abreagovanja traumatskog događaja. Kod nekih grupa pacijenata (ratnici, žrtve silovanja) treba biti oprezan sa primenom dugotrajne grupne terapije, jer postoji izražena tendencija druženja isključivo sa sebi sličnima po traumatskom iskustvu, a uz istovremeno socijalno povlačenje od drugih. Kroz grupnu terapiju treba podsticati socijalnu i profesionalnu aktivnost (Ford, 2009).

Katarza je sastavni deo svake terapije. Kao koncept, katarzu prvi put pominje Aristotel u »Poetici« govoreći o uticaju grčke tragedije na publiku. U laičkom smislu, ona predstavlja neinhibirano ponašanje koje služi da čovek proživi svoje emocije da bi se u daljem životu ponašao kontrolisano. Psihoanalitički, katarza predstavlja oslobađanje od tenzije i strepnje, kada

se ponovo proživljavaju događaji u prošlosti, posebno oni koji su potisnuti. Pojam katarze sinonim je za abreagovanje. Međutim, ona ne mora uvek podrazumevati i uvid. Ali, kako kaže Frojd, upravo pomoću katarze klijent može doći do uvida u svoje konflikte. Kasnije osoba taj uvid integriše, oslobađa se prošlosti i počinje autentično da živi sada i ovde.

Emocionalna vezanost je primarna zaštita protiv traumatizacije. Ljudi su se oduvek skupljali u zajednicama i organizacijama da bi im to pomoglo da prevaziđu spoljašnje izazove – tražimo bliske emocionalne odnose sa drugima da bi nam to pomoglo da anticipiramo događaje, suočimo se sa teškim iskustvima i integrišemo ih u svoju ličnost. Prepoznavanje potrebe za drugima, kao zaštitu od trauma, široko je prihvaćeno kao centralna stvar u akutnoj intervenciji u krizi. Prema tome, obezbeđenje i obnavljanje socijalne podrške predstavlja značajnu pomoć. Tome služe vekovni religijski rituali kod gubitaka, kao i obeležavanje godišnjica preko pomena gde se uz podršku porodice i prijatelja prorađuju emocije a gubitak integriše u ličnost (Lečić-Toševski, 2002).

1.8.2. Farmakoterapija

Lečenje posttraumatskog stresnog poremećaja lekovima ne bi trebalo da bude tretman prvog izbora u odnosu na psihološku terapiju usmerenu na traumu (NICE, 2005). Ukoliko se PTSP leči farmakološki, preporučuju se antidepresivi iz grupe selektivnih inhibitora preuzimanja serotonina (SSRI) ali su se i antidepresivi ostalih grupa pokazali efikasnim (NICE, 2005). U slučaju značajnih poremećaja spavanja, za kratkoročnu upotrebu mogu se primeniti anksiolitici i hipnotici ali njihovu upotrebu treba ograničiti a u nekim slučajevima indikovani su i psihostabilizatori i antipsihotici. Farmakološki tretman PTSP-a dokazao je pozitivno delovanje benzodiazepina, litijum karbonata, karbamazepina, klonidina i B-adrenergičkih blokatora (Van der Kolk, 1987), ali njihova efikasnost nije potvrđena u duplo-slepim placebo kontrolisanim studijama. Ovi lekovi deluju na modulaciju afektivnog odgovora uključujući anksioznost, depresiju i strah. Kao i psihoterapija, i oni pomažu u smanjivanju izbegavajućeg ponašanja. Najteže se leče nametljive, intruzivne misli. Uprkos sve većem broju studija koje se bave ovom problematikom, rezultati su nekonzistentni i mešoviti.

Selektivni inhibitori preuzimanja serotonina (SSRI)

Ova grupa lekova u velikoj meri zamenila je sve ostale klase antidepresiva kao prvu liniju za tretman akutnog PTSP-a (Ravindran & Stein, 2009). Jedan od najranijih izveštaja o efikasnosti SSRI lekova kod hroničnog PTSP-a dao je van der Kolk sa saradnicima (van der Kolk i sar., 1994) koji je u petonedeljnoj, placebo kontrolisanoj studiji ispitivao efikasnost fluoksetina na civilima i populaciji koja je učestvovala u borbama. Otkrio je da je fluoksetin smanjio PTSP simptomatologiju nakon tretmana, posebno simptome iz klastera fiziološke razdraženosti i emotivne utrnulosti (“hyperarousal” i “numbing”).

Sertralin je bio prvi lek posebno odobren za PTSP u SAD. I drugi SSRI pokazali su se korisnim, uključujući citalopram i paroxetin - prema Van der Kolku (van der Kolk, 2001) ti lekovi dovode do redukcije oko 50% simptoma. Vremenom su i druge studije potvrdile efikasnost SSRI kod PTSP (Stein i sar., 2006). Istraživanja pokazuju da se naročito dobro podnosi paroksetin i da je delotvoran u smanjivanju simptoma u sva tri klastera za PTSP, u poređenju sa placebo lekom (Marshall i sar., 2007; Stein i sar., 2003). Istraživanja manjeg obima ukazuju da klinički važno dejstvo mogu imati i mirtazapin, amitriptilin i fenelzin (NICE; 2005). Pozitivno dejstvo SSRI na simptome PTSP obično je prisutno između 8 i 12 nedelja tretmana. Uopšte uzev, dalje smanjivanje simptoma može se očekivati još do šest meseci tretmana sa SSRI (Marshall i sar., 2007) a održava se do 52 nedelje (Kim i sar., 2008). Preporučljivo je da farmakološki tretman traje najmanje 6 meseci ali smernice i klinička iskustva preporučuju nastavak tretmana antidepresivima tokom 12 meseci.

Antikonvulzivi

Mnogi antikonvulzivni preparati poznati su po svojim efektima stabilizatora raspoloženja i našli su svoju primenu u psihijatrijskim poremećajima, uključujući i anksiozne. Iz ove klase, medikamenti koji su pokazali svoju efikasnost su karbamazepin, valproična kiselina, lamotrigin, gabapentin, topiramet, tiagabin, i levetiracetam. Iako literatura iz prikaza slučajeva sugerise delotvornost ovih lekova, kontrolisane studije pokazale su njihovo ograničeno dejstvo na PTSP sa različitim rezultatima (Ravindran & Stein, 2009). Preliminarana 12-onedeljna placebo kontrolisana studija na 15 osoba sugerisala je da lamotrigin može biti koristan kod simptoma ponovnog proživljavanja i simptoma iz klastera izbegavanje/emocionalna tupost (Hertzberg i

sar., 1999). Randomizovana, placebo kontrolisana studija efikasnosti topiramata na 40 muškaraca, ratnih veterana, nije pokazala terapijski efekat nakon aktivne medikacije u trajanju od 7 nedelja (Lindley i sar., 2007). Suprotno tome, dvostruko slepa, placebo kontrolisana studija monoterapije topiramatom, pokazala je njegovu efikasnost u redukovanju simptoma ponovnog proživljavanja (Tucker i sar., 2007). Rezultati dosadašnjih studija su nekonzistentni i ukazuju na potrebu novih istraživanja u ovoj oblasti.

Benzodiazepini i hipnotici

Benzodiazepini i sedativi i hipnotici najčešća su terapija u tretmanu PTSP-a uz antidepresive (Mellman i sar., 2003). Njihovo dejstvo je simptomatskog karaktera i mahom usmereno na poremećaje spavanja, kao i druge simptome prenadraženosti tipa iritabilnosti, koja je veoma česta u PTSP-u. Iznenadujuće, uprkos njihovoj širokoj kliničkoj primeni, postoji svega nekoliko kontrolisanih studija u literaturi koje podržavaju praksu. Randomizovana, slepa studija klonazepamom (do 2mg dnevno), nije pokazala značajnu razliku u odnosu na placebo. Broj učesnika u ovoj studiji bio je šest (Cates i sar., 2004). Braun i saradnici (Braun i sar., 1990) u većem uzorku na 16 osoba sa hroničnim PTSP-em, koji su randomizovani alprazolamom ili placebo u trajanju od 5 nedelja, pokazali su korisno dejstvo alprazolama u smanjivanju PTSP simptoma. Rezultati su nejedinstveni i na malim uzorcima tako da je dalje istraživanje neophodno.

Antipsihotici

Primena ove grupe lekova kod pacijenata sa PTSP-em, postala je česta u kliničkoj praksi. Mnogi razlozi za ovu praksu mogu se naći u literaturi. Procenjeno je da među osobama koje pate od PTSP-a, do 40% mogu doživati psihotične simptome, tipičnu pozitivnu simptomatologiju u vidu halucinacija i sumanutosti (Hamner i sar., 1999) a prisustvo ovih simptoma nije u potpunosti objašnjeno komorbiditetom psihotičnih poremećaja ili medicinskim problemima (Sareen i sar., 2005). Pored toga, postoji hipoteza da disfunkcija dopamina ne mora biti trigger samo za ove psihotične simptome, već može igrati ulogu kod simptoma povećane pobuđenosti, kao što su hipervigilnost, preterane reakcije na stimulse i iritabilnost (Charney i sar., 1993;

Seedat i sar., 2003). Sve ovo sugeriše inicijalnu racionalnu neurohemijsku osnovu za upotrebu atipičnih antipsihotika kod PTSP-a. Uprkos dostupnosti 6 različitih atipičnih antipsihotika na tržištu (olanzapin, risperidon, kvetiapin, ziprasidon, klozapin, aripiprazol), postoje samo dve objavljene dvostruko slepe, placebo kontrolisane studije sa monoterapijom atipičnim antipsihoticima kod PTSP-a. U prvoj studiji, Batefild i saradnika, (Butterfield i sar., 2001) koja je trajala 10 nedelja, placebo kontrolisana, studija olanzapinom (do 20 mg dnevno), pokazala je poboljšanje kod obeju grupa, bez razlike između grupa. Značajno ograničenje studije je mali uzorak koji je činilo 15 osoba. Novija 12-onedeljna pilot studija (Padala i sar., 2006) upoređivala je male doze risperidona u odnosu na placebo ali se i ovde rezultati ne mogu uzeti kao merodavni zbog malog uzorka od 20 osoba. Razlog zašto je mali broj ovakvih istraživanja leži u činjenici da atipični antipsihotici mogu imati neželjene efekte ali se istovremeno sugeriše da bi istraživanja mogla da budu rađena sa malim dozama. Nedavna studija ukazuje na uspeh aripiprazola u redukciji simptoma PTSP-a, posebno u komoriditetu sa depresijom, kao i kod osoba koje su prethodno imale loš farmakološki odgovor (Richardson i sar., 2011).

Adrenergički preparati

Mnogi kratki izveštaji iz literature sugerišu upotrebu adrenergičkih preparata u tretmanu PTSP-a (Horrihan & Branhill, 1996; Raskind i sar., 2000), posebno za simptome povećane pobuđenosti. Jedan od njih, klonidin, funkcionise kao agonist postsinaptičkih alfa₂ adrenergičkih receptora, najčešće se koriste kao antihipertenzivi, ali kada se koriste zajedno sa imipraminom, imaju ulogu u smanjivanju noćnih mora (Kinzie & Leung, 1989). Nema, međutim, placebo kontrolisanih studija koje bi mogle da potvrde ovaj nalaz. Prazosin, antihipertenziv, selektivni alfa₁ antagonist, mnogo više obećava. Raskind i saradnici (Raskind i sar., 2003) otkrili su u 20-onedeljnoj, placebo kontrolisanoj unakrsnoj studiji sa prazosinom kod 10 veterana sa hroničnim PTSP-em i ozbiljnim noćnim morama, "superiornost" prazosina koji je značajno smanjio nivo uznemiravajućih snova i simptoma PTSP-a uopšte. Ovi nalazi podržani su u drugoj studiji na većem uzorku od 40 ratnih veterana (Raskind i sar., 2007). Nedavna studija Tejlora i saradnika (Taylor i sar., 2008) zabeležila je slične rezultate i otkrila nove podatke da je tokom tretmana prazosinom suštinski povećano ukupno vreme spavanja (94 minuta), postignuta kraća REM latenca sa povećanjem REM faze spavanja i promenom sadržaja snova u normalne.

Propranolol je beta-adrenergički antagonist koji se takođe koristi u tretmanu hipertenzije ali i u tretmanu anksioznih poremećaja (Laverdure & Boulenger, 1991). Zasnovano na pilot podacima, Pitman i saradnici sugerišu (Pitman i sar., 2002) da je propranolol dat tokom prvih 6 sati od traumatskog događaja tokom 10 dana, superiorniji od placeba u redukovanju PTSP simptoma tokom prvog meseca nakon traume. Još jedna studija potvrdila je efikasnost propranolola i pokazala njegovo dejstvo na smanjivanje simptoma PTSP-a ali i preventivno dejstvo na razvoj PTSP-a (Vaiva i sar., 2003). Propranolol smanjuje simptome prenadraženosti, blokadom kateholamina (Shad i sar., 2011).

Novi preparati

Potruga za otkrivanjem i razvojem novih i efikasnih preparata u tretmanu PTSP-a se nastavlja. Iako je nekoliko preparata u fazi istraživanja, dva preparata koja obećavaju su d-cycloserine i hydrocortison. D-cycloserine je parcijalni agonist n-metil-d-aspartat (NMDA) receptora. U pilot studiji (Hresco-Levy i sar., 2002) na 11 pacijenta sa hroničnim PTSP-em, poređen je d-cycloserine i placebo u 12-onedeljnoj, dvostruko slepoj studiji koja je trajala 4 nedelje. Tretman je pokazao poboljšanje u pravcu smanjivanja simptoma iz klastera izbegavanje/emocionalna tupost.

Jedna preliminarna studija pokazala je da male doze hidrokortizona (10 mg dnevno) redukuje simptome PTSP-a, posebno one iz domena ponovnog proživljavanja trauma i izbegavanja (Aerni i sar., 2004). Nedavno istraživanje Zohara i saradnika, pokazalo je značaj davanja kortizonskih preparata u takozvanim “zlatnim satima”, tj., neposredno nakon izlaganja traumi, u cilju prevencije PTSP-a (Zohar i sar., 2009). Još jedno istraživanje pokazalo je da je rana administracija hidrokortizona intravenski kod 20 traumatizovanih osoba u intenzivnoj jedinici u jednoj bolnici u Švajcarskoj, rezultirala nižim skorovima na PTSP skali u 31-nomesečnom follow-up-u u odnosu na placebo (Schelling i sar., 2001). Ovi nalazi ukazuju na to da nizak nivo kortizola može biti medijator razvoja PTSP-a.

1.9. Etnosociokulturalna perspektiva PTSP-a

Posttraumatski stresni poremećaj jedinstven je kao poremećaj stoga što ukazuje kako okruženje i proces prilagođavanja teškom traumatskom stresu mogu ekstremno nepovoljno uticati na adaptaciju pojedinca. Proces interakcije između unutrašnjih i društvenih resursa u centar pažnje dovodi to kako iskustva pojedinaca i značenje koje oni pridaju nekom događaju mogu odigrati presudnu ulogu kada je reč o psihološkom ishodu. Pripisivanje značenja obuhvata i sagledavanje ličnih odnosa pojedinca u kontekstu društva i kulture. Ova inkorporiranost iskustva u društveni i kulturni kontekst vodi zaključku da PTSP nije poremećaj implicitan isključivo pojedincu, jer tokom vremena uključuje i interakciju sa društvenom i kulturnom sredinom (Bronfenbrenner & Ceci, 1994). Religija i preovlađujuće kulturne norme koje se tiču nadoknađivanja štete i hvatanja u koštac s bolom jesu kulturni domeni čiji resursi mogu da ublaže posledice traume (deVries, 1996).

Uloga neurobiologije i univerzalnosti psihološkog odgovora na stres formiraju pozornicu na kojoj etnički i kulturni faktori daju svoj doprinos (Yehuda & McFarlane, 1995). Za ovaj proces možda je najvažnija dimenzija nametanja i izbegavanja prilikom odgovora na traumatski stres (APA, 1994). Ti pravci reagovanja manifestuju se kako u kognitivnom, tako i u praktičnom domenu pojedinca i u načinu na koje društvo u celini ograničava i olakšava traumu (Hinton i sar., 2006). Kritičan aspekt ovog procesa predstavlja suptilan način na koji se prošlost često vraća i ponavlja u budućnosti i oblikuje formu i afekte sadašnjih reakcija i stavova, a da se pritom ne prepoznaju njihovi koreni.

Kultura donosi različite napetosti, od kojih veliki broj proizilazi iz ljudske potrebe za zavisnošću, stoga njen gubitak postaje traumatičan. Pojedinci koji se u velikoj meri identifikuju sa nekom kulturom i njenim vrednostima zaštićeni su i kao odbojnicima okruženi podrškom i osećanjem identiteta koji ona obezbeđuje, naročito u vreme doživljavanja trauma (deVries, 1996). Moć kulture leži u činjenici da predstavlja sistem zaštite, integracije i sigurnosti (Brown & Prudo, 1981). Ova zaštita ima svoju cenu, jer ograničava individualnost i slobodu izražavanja, a njen gubitak ostavlja snažno osećanje dezorijentacije.

Kultura obezbeđuje određeni okvir verovanja koji pomaže u suočavanju sa bolešću i traumatičnim događajima, kao i sa njihovim uzrocima. *Patnja i bolest su lična iskustva, ali*

takođe i predmet komunikacije sa grupom (deVries, 1996). Ljudi su se oduvek skupljali u zajednicama i organizacijama da bi im to pomoglo da prevaziđu spoljašnje izazove – tražimo bliske emocionalne odnose sa drugima da bi nam to pomoglo da anticipiramo događaje, suočimo se sa teškim iskustvima i integrišemo ih u svoju ličnost. Prepoznavanje potrebe za drugima, kao zaštitu od trauma, široko je prihvaćeno kao centralna stvar u akutnoj intervenciji u krizi. Prema tome, obezbeđenje i obnavljanje socijalne podrške predstavlja značajnu pomoć. Tome služe vekovni religijski rituali kod gubitaka, kao i obeležavanje godišnjica preko pomena gde se uz podršku porodice i prijatelja prorađuju emocije a gubitak integriše u ličnost (Lečić-Toševski, 2002).

Socijalni sistem obezbeđuje i modele kako se treba prilagoditi nakon što se trauma dogodila (Mainous i sar., 2005). Modeli intervencije koji se predlažu u suočavanju sa katastrofom, delimično su socijalni pokreti koji mobilišu verovanja i mreže podrške i daju kulturnu dozvolu za izražavanje emocija i traženje pomoći (Raphael i sar., 1995). Ovi sistemi verovanja pomažu da se prevaziđe prirodan otpor traženju pomoći i kulturna tradicija u kojoj se ne pokazuju bol ili tuga. Zagovaranje nekog konkretnog pristupa lečenju takođe potiče od subkulturnih verovanja o korisnosti i superiornosti nekog tretmana u odnosu na neki drugi u kontekstu rivalskih plemena terapeuta. Pored toga, često postoji i veliki kulturni jaz između kliničara i njihovih pacijenata.

Kulturna determinacija značenja

Lično značenje traumatskog iskustva pojedinca pod uticajem je društvenog konteksta u kojem se to iskustvo odigrava. Žrtve i značajni ljudi u njihovom okruženju mogu imati različite i promenljive procene realnosti onoga što se dogodilo, kao i stepena njihove patnje (Winter, 1995). Rezultat je da žrtve i svedoci mogu imati vrlo sukobljene stavove kada je reč o tome šta je potrebno da bi se šteta popravila: lečenje, zaborav, ili osveta. Na individualnom nivou, ova dinamika može se videti kao jedna od sila koje su na delu prilikom rasprave o potisnutom sećanju, u kojoj optuženi koriste naučne argumente kako bi otuđili ili porekli traumatsku stvarnost žrtava. Ovaj sukob između značenja traume za žrtve i za svedoke stvara pogodnu sredinu za doživotno održavanje traume. Kada dođe do sukoba među nacijama, glavno pitanje ubrzo može postati ne sama trauma, već pripisivanje krivice i odgovornosti (Devon i sar., 2000).

Mnoga lična svedočenja ljudi koji su preživeli traumu opisuju nedostatak podrške od strane ljudi na koje su računali i okrivljavanje da su sami na sebe navukli to užasno iskustvo, što ostavlja dublje ožiljke nego i sami traumatski doživljaji po sebi (Lifton, 1973). Na sličan način, žrtve se često osećaju postideno i zgađeno zbog sopstvenog neuspeha da spreče ono što se dogodilo (Devon i sar., 2000).

Problem i priroda traumatskog sećanja

Društvena svest o uspomenu, koje svoju vrednost i korene izvlače iz kulture, od presudnog je značaja za formiranje zdravih identifikacija i za sprečavanje otvaranja starih rana kroz društvene predrasude i žrtvovanje pojedinaca. Grosman (Grossman, 1997) ističe kako sve veća distanca koju u razvijenim društvima imamo prema rođenju i smrti znači da smo izgubili iskustvo koje nas uči poštovanju prema životu i smrti. Ideje zapadne kulture sve više su izložene iskrivljanju kroz medije, koji se hrane traumama i patnjom, i kroz prikazivanje agresivnosti u filmovima i video-igricama. Sve to slika jedan svet koji je mnogo agresivniji i bezobzirniji nego što je stvarnost kroz istoriju pokazala, budući da su ogromne zabrane ubijanja bile prisutne čak i u ratu. Identifikovanje omladine sa ovom holivudskom kulturom i njenom implicitnom porukom možda objašnjava talas nasilnog kriminala čiji su počinioci mladi ljudi širom zapadnog sveta. Ranije je implicitni deo kulturnog znanja predstavljala važnost potčinjavanja kao strategije i shvatanje da izražena agresivnost predstavlja preteći gest, pre nego želju za ubijanjem. Opasnost života u kulturi koju pokreću mediji leži u tome što pogrešno prikazuje dugo prisutnu inhibiciju u odnosu na nasilje i na taj način uništava kulturnu specifičnost koja je predstavljala suštinu opstanka društvenih grupa (Ford 2009).

Uporedne studije među kulturama

Najveći deo diskusije o kulturi i traumi usredsređuje se na poređenje među različitim društvima i načinima na koja se ona prilagođavaju i nalaze smisao u reagovanju na konkretne tipove iskustva, odnosno na fenomenologiju odgovora na stres u različitim kulturnim grupama. Sam status žrtve stvara posebnu kulturnu grupu i očekivanja u pogledu ponašanja. Ova dimenzija kulturnih sila i uticaja možda je i najznačajnija za kliničare (Ford, 2009).

Postoji mnoštvo različitih izveštaja o slučajevima koji su ispitivali reagovanje na traumu u konkretnim manjinskim grupama (Rappaport, 1984). Kada se ove uočene razlike podvrgnu naučnom posmatranju, u oči pada relativni nedostatak podataka koji bi sugerisali kulturne specifičnosti u reagovanju na traumu, mada se rituali isceljivanja u velikoj meri razlikuju (Frueh i sar. 1998). Senzibilitet za ove razlike predstavlja važno pitanje za razvoj humanitarne pomoći ljudima pogođenim prirodnim katastrofama i građanskim ratovima u trećem svetu. Problemi etničkog sukoba i izbegličke krize koja nakon njega često sledi predstavljaće sve veći međunarodni problem, što naglašava značaj ovog korpusa znanja (de Girolamo & McFarlane, 1996). Druge grupacije od naročitog interesa su izbeglice preseljene u nove zemlje domaćine (Hinton i sar., 2005), kao i žrtve mučenja (Yehuda & McFarlane, 1995) i grubog kršenja ljudskih prava (Silove, 1996). Jedan od presudnih koraka u proučavanju ovog stanovništva je razvoj uporednih instrumenata za različite kulture, kao što je harvardski upitnik o traumama (Barker, 1998).

Velike epidemiološke studije veterana iz Vijetnama obezbeđuju konkretan uvid u rezultate reakcija manjina na jednu kategoriju događaja. Nacionalna studija ponovnog prilagođavanja vijetnamskih veterana (NVVRS) u SAD (Kulka i sar., 1990), koristila je uzorke ispitanika iz nekoliko manjinskih grupa i ustanovila da stopa prevalencije PTSP među belcima iznosi 13,7%, među crncima 20,6%, a među hispanoameričkim stanovništvom 27,6 %. Bilo je i nagoveštaja da je među ovim grupama stanovništva, kada se razbole, prisutan veći stepen hendikepiranosti i društvene neprilagođenosti. Viša stopa poremećaja među crnačkim stanovništvom pripisana je, međutim, većoj izloženosti borbenim dejstvima. Ovi nalazi bili su analogni nalazima studije Laufera i grupe autora (Laufer i sar., 1981), koja je na sličan način ustanovila veće posledice učešća u borbama kod crnačkog stanovništva. Slična zapažanja načinjena su i kada je reč o mavarskim vojnicima u vojsci Novog Zelanda koji su služili u Vijetnamu, gde su nivo izloženosti borbenim dejstvima, čin i uloga u borbi doprinosili većem stepenu oboljevanja (MacDonald, 1997). Ovi nalazi nisu reprezentativni za opšti uzorak stanovništva. U nacionalnoj studiji komorbiditeta (za SAD) Kesler i grupa autora (Kessler i sar., 1995) ustanovili su da je stopa traumatizacije i PTSP-a viša među belcima. Najvažniji kulturni zaključak ove studije bio je da je za istu traumu stopa PTSS-a dvostruko viša među ženama nego među muškarcima. Duboka ukorenjenost žena u svojoj kulturi i vezama predstavlja jedno od objašnjenja ove ranjivosti (deVries, 1996).

Prirodne katastrofe daleko najveće pustošenje izazivaju u zemljama trećeg sveta (Green, 1996) zbog nedostatka procene i ublažavanja rizika i zbog lošeg kvaliteta građevinskih materijala i slabih građevinskih normi. Podaci pokazuju da 97,5% žrtava prirodnih katastrofa nastrada u zemljama u razvoju (Lima i sar., 1991). Čunami u Indijskom okeanu iz 2005. i njegovo pustošenje predstavljaju veliki podsetnik na razornu moć ovih događaja. Zemljotres u japanskom gradu Kobeu, u kojem su poginule hiljade ljudi, opširno je proučavan i tu se na delu pokazuju neki od metodoloških problema vezanih za nedovoljno izveštavanje o simptomima, zbog kulturne tradicije *bušida* u kojoj neadekvatno izražavanje emocija predstavlja veliku sramotu (Chemtob, 1996). Iračka okupacija Kuvajta takođe je proučavana uz korišćenje striktnog epidemiološkog pristupa i pokazala je sličnost u reagovanju u muslimanskoj i zapadnoj kulturi, dok rodni stereotipi nisu imali veliki uticaj (McFarlane & van der Kolk, 1996).

Sličnost reagovanja na traumu u različitim kulturama predstavlja značajnu podršku integritetu PTSP kao distinktivne, specifične dijagnoze. Studija sprovedena među adolescentima Kmerskih izbeglica sugerše da PTSP kao rezultat ratne traume nadilazi barijere jezika i kulture (Sack i sar., 1997). Kod PTSP-a implicitno je zapažanje da relativno nezavisno od prirode traumatskog izvora stresa, konteksta i kulture, postoji slična fenomenologija i epidemiologija (Bronfenbrenner & Ceci, 1994). Ovo posmatranje podržava ideju o traumi kao jedinstvenom konceptu, nasuprot imperativu usredsređivanja na individualne grupe žrtava.

Ono što su uporedne studije među različitim kulturama uočile jeste dejstvo kulture na pristup brizi o pogođenima i njihovom lečenju i prirodu tretmana koji je prihvatljiv za pacijenta.

Način na koji kultura utiče na prezentaciju simptoma

Studije izbegličkog stanovništva ističu sklonost somatizaciji PTSP-a među nezapadnim grupacijama (Cheung, 1993; Kirmayer, 1996; Uwanyiligira, 1997). Istorija sindroma povezanih sa traumama usredsređena je na ulogu somatizacije (Showalter, 1997). Devedesetih godina XIX veka veliki fokus bio je na istraživanju histerije i njenih višestrukih manifestacija. Tokom Prvog i Drugog svetskog rata bila je prisutna epidemija konverzivnih poremećaja, naročito u borbenim situacijama u kojima vojnici nisu imali gotovo nikakve mogućnosti da svoj strah izraze kroz akciju. Kasnije, nakon Vijetnamskog rata, bilo je prisutno uverenje da brojna oboljenja vojnika koji su tamo služili predstavljaju posledicu njihove izloženosti herbicidu poznatom kao

narandžasti agens (Hall, 1986). Kako se moglo i predvideti, nakon rata protiv Iraka 1990. kao ključni zdravstveni problem nije se pojavio PTSP, već sindrom rata u Zalivu, gde su ključni problem predstavljali somatski problemi vojnika.

Druga sila koja deluje u ovakvim situacijama jeste uloga kompenzacije i uticaj koji osporavanje ima na simptome i njihovu prezentaciju. Sumnja da preteruju i simuliraju patnju predstavlja jednu od kulturnih stigmi koje progone žrtvu traume.

Dejstvo traume na kulturu

Dvadeseti vek bio je obeležen velikim međunarodnim sukobima i dotad nezabeleženim gubitkom ljudskih života u ratu. Prvi svetski rat izazvao je kataklizmu koji je predstavljao izazov za konvencionalne oblike izražavanja, a na apstraktni pokret u umetnosti u velikoj meri uticalo je uviđanje da realizam nije uspeo da pripremi ljude na ono što se dogodilo (Conrad, 1998). Neizvesnost i pojava novih oblika razaranja i katastrofa, kao što su atomska bomba, sida i degradacija prirodne sredine, učinili su da nad svetom lebdi pokrov neizvesnosti i pretnje (Bagilishya, 2000). Svet umetnosti i filozofije pokušao je da se uhvati u koštac sa ovom novom realnošću slučajnosti i neizvesnosti. Na taj način su pretnja gubitka i svest o brutalnosti sveta na dramatičan način menjali umetnost i kulturu. Trauma je i stalan predmet interesovanja medija, a kao jedna od glavnih društvenih preokupacija postaje i moćna sila organizovanja. Ostaje potreba da se za traumatične situacije razvije kulturni diskurs koji omogućava efikasnije organizovanje radi sprečavanja ciklusa nasilja.

Ovo ukazuje da je dejstvo traume na kulturu dvosmerna pojava. Baš kao što kultura obezbeđuje društveni mehanizam za isceljenje, i kulture se menjaju, a subkulture nastaju, u pokušaju da se prilagodi posledicama katastrofa, doživljenih društvenih pretnji i ratova. Kultura reprezentuje potrebu ljudi za pričama koje leče patnju. Naučno dokazani tretmani nisu dovoljni. Postoji potreba za ritualima koji pomažu u lečenju i isceljenju. Rituali žaljenja za preminulima i priče koje se koriste kako bi se pomirilo sa smrću poprimaju mnoge različite oblike, ali svi služe istoj svrsi - da se iskustvo pojedinca integriše u maticu društvenog prilagođavanja.

II ISTRAŽIVAČKI DEO

1. Ciljevi istraživanja

Utvrđiti potencijalne prediktore razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) u inicijalnoj fazi istraživanja:

- a) sociodemografske varijable*
- b) intenzitet, broj i vrsta stresora*
- c) stepen i vrsta komorbiditeta*
- d) kvalitet života*

Obimna literatura ukazuje na različite faktore koji se u manjoj ili većoj mjeri dovode u vezu sa razvojem posttraumatskog stresnog poremećaja. Cilj našeg istraživanja je da utvrdimo uticaj nekoliko potencijalno značajnih i prediktivnih faktora u razvoju ovog poremećaja, kao što su pojedine sociodemografske varijable, zatim intenzitet, broj i vrsta stresora, stepen i vrsta komorbiditeta ovog poremećaja, kao i kvalitet života. Uticaj navedenih potencijalnih prediktora razvoja PTSP-a, biće istražen u inicijalnoj fazi istraživanja.

Utvrđiti da li i kako različite sociodemografske varijable utiču na vezu između intenziteta, broja i vrste stresora i razvoja PTSP-a

Određene sociodemografske varijable imaju nesumnjiv uticaj na razvoj i intenzitet posttraumatskog stresnog poremećaja. Pored njih, takođe, značajan i čini se najznačajniji uticaj imaju stresori i njihove karakteristike jer su baš oni neophodni da bi se ovaj poremećaj i razvio. Stoga je naš cilj da se istovremeno utvrdi međusobna povezanost ove tri varijable i istraži kako različite sociodemografske varijable utiču na vezu između intenziteta, broja i vrste stresora i razvoja PTSP-a.

Utvrđiti da li i kako pojedine sociodemografske varijable utiču na komorbiditet PTSP-a

Cilj nam je da istražimo uticaj određenih sociodemografskih varijabli na komorbiditet koji je prema rezultatima mnogih istraživanja skoro pravilo kod posttraumatskog stresnog poremećaja.

Utvrđiti da li i kako komorbiditet utiče na vezu između broja i težine stresora sa PTSP-em, odnosno da li postojanje još nekog mentalnog poremećaja pored PTSP-a, može smanjiti ili povećati uticaj broja ili intenziteta stresora na pojavu PTSP-a

Istraživanja o PTSP-u pokazuju da je komorbiditet ovog i drugih mentalnih poremećaja veoma čest, a s obzirom na već pomenut značaj stresora, cilj nam je da utvrdimo vezu između ove tri varijable, odnosno da utvrdimo da li i kako komorbiditet utiče na vezu između broja i težine stresora sa PTSP-em i vidimo da li postojanje komorbidnog poremećaja može uticati i kako na efekat broja i intenziteta stresora u pojavi PTSP-a.

Odrediti potencijalne prediktore ishoda PTSP-a nakon godinu dana od inicijalne faze istraživanja:

- a) sociodemografske varijable*
- b) broj i vrsta stresora*
- c) stepen i vrsta komorbiditeta*
- d) kvalitet života*

Cilj nam je da nakon godinu dana uporedimo povezanost istih faktora koji su eksplorisani u prvoj fazi, i PTSP-a, i pokušamo da ustanovimo koji od njih su doveli do oporavka od ovog poremećaja, odnosno do njegovog prezistiranja i nakon godinu dana. Na taj način bismo mogli da identifikujemo potencijalne prediktore ishoda PTSP-a.

Ciljevi našeg istraživanja postavljeni su u skladu sa polemikama koje se vode u savremenoj literaturi, savremenim istraživanjima u ovoj oblasti i zapažanjima u dosadašnjoj istraživačkoj i kliničkoj praksi.

2. Hipoteze

1. *Potencijalno predisponirajuće sociodemografske varijable, veći broj i intenzitet stresora, prisustvo komorbiditeta i niži kvalitet života vode razvoju PTSP-a.*
2. *Sociodemografske varijable (pol, godine, obrazovanje, bračno stanje, materijalni status, mesto stanovanja) imaju statistički značajan uticaj na vezu između intenziteta, broja i vrste stresora i razvoja PTSP-a.*
3. *Sociodemografske varijable (pol, godine, obrazovanje, bračno stanje, materijalni status, mesto stanovanja) imaju statistički značajan uticaj na komorbiditet PTSP-a i drugih psihijatrijskih poremećaja dijagnostikovanim po DSM IV.*
4. *Komorbiditet utiče na vezu između vrste, broja i intenziteta stresora i razvoja PTSP-a tako što postojanje još nekog psihijatrijskog poremećaja smanjuje, odnosno povećava uticaj vrste, broja ili težine stresora na pojavu PTSP-a.*
5. *Potencijalno protektivne sociodemografske varijable, manji broj i manji intenzitet stresora, odsustvo komorbiditeta i viši kvalitet života vode efikasnijem oporavku od PTSP-a.*

3. Značaj istraživanja

Uprkos istraživanjima i značajnim publikacijama o epidemiologiji posttraumatskog stresnog poremećaja i njegovim potencijalnim uzrocima, sistematične studije o istovremenom, međusobnom uticaju različitih faktora su retke i malo se zna o sledećim činiocima: a) učestalosti mentalnih poremećaja u populaciji koja je bila izložena ratu i stresogenim događajima u vezi sa ovim poremećajem deset ili više godina posle rata, b) faktorima koji su uticali da se kod nekih

osoba razvije ovaj poremećaj a kod drugih koji su bili pod istim okolnostima ne razvije, c) uticaju faktora koji su kod jednog broja osoba doveli do oporavka od PTSP-a a kod drugih ne.

Namera istraživanja bila je da na velikom uzorku, nasumično odabranim ispitanicima, utvrdi uticaj različitih faktora na PTSP. Značaj istraživanja sastoji se u istovremenoj proverbi i potvrdi postojećih činjenica o ovom poremećaju koje su dostupne u savremenoj literaturi ali i utvrđivanju istovremenog i ukrštenog uticaja različitih faktora na autentičnom uzorku. Istraživanje u dve vremenske odrednice omogućava ispitivanje i praćenje potencijalno značajnih varijabli i utvrđivanje eventualnih prediktivnih faktora za razvoj i oporavak od PTSP-a. Podaci mogu biti od značaja i na naučnom i kliničkom nivou jer eventualno mogu imati značaja u postavljanju smernica kako za dijagnostiku i lečenje, tako i prevenciju ovog čestog poremećaja, koji je, kako smo videli u prethodnom tekstu, neretko praćen značajnim komplikacijama i posledicama. Posttraumatski stresni poremećaj je aktuelna tema u Evropi i svetu tako da istraživanje o nekim još uvek nerazjašnjenim i nedovoljno potvrđenim aspektima ovog poremećaja, može uticati na prevenciju i unapređenje mentalnog zdravlja. Naglašavamo i da je ovo prospektivna studija, a takve studije su veoma retke jer trauma se događa iznenada i nije je moguće predvideti, tako da je čest uticaj aktuelnog stanja na procenu, kao i mogućnost retrospektivne falsifikacije događaja.

Istraživanje je deo multicentrične, međunarodne studije pod nazivom »CONNECT« (»Komponente, organizacija, troškovi i posledice zdravstvene nege i socijalnih intervencija za ljude sa posttraumatskim stresom posle rata i konflikta na Balkanu») koja je podržana od strane Evropske Unije u okviru šestog okvirnog programa (FW6) a protokol istraživanja razvijen je kroz saradnju osam medicinskih fakulteta – u Londonu, Drezdenu, Modeni, Beogradu, Rijeci, Sarajevu, Skoplju i Zagrebu. Studija je koordinisana iz centra u Londonu, a dizajn i finaliziranje uključuju sve partnere. „CONNECT“ studija istražuje dugoročne kliničke i socijalne posledice kod ljudi sa ratnim iskustvima u zemljama bivše Jugoslavije i izbeglica u Zapadnoj Evropi, sa ciljem da identifikuje uticaj socijalnih intervencija i zdravstvene zaštite na te posledice. Studija je realizovana u periodu od 2004. do 2008. godine. Koordinator studije bio je prof. dr Stefan Priebe a nacionalni koordinator prof. dr Dušica Lečić Toševski.

4. Metod

4.1. Opis uzorka

Uzorak je izabran nasumičnim pristupom («random walk tehnika») a čini ga 640 ispitanika koji su bili izloženi potencijalno traumatskim događajima i predstavlja klaster uzorak. Kriterijumi za uključivanje ispitanika u istraživanje su sledeći:

- a) da su rođeni na teritoriji bivše Jugoslavije sa sadašnjim prebivalištem na teritoriji Republike Srbije,
- b) da imaju između 18 i 65 godina,
- c) da su doživeli potencijalno traumatski događaj tj. da su tokom bombardovanja bili u Srbiji.

Kriterijumi za isključivanje su težak mentalni poremećaj kao rezultat povrede mozga ili druge organske bolesti kao i mentalna retardacija.

4.2. Opis postupka

Istraživanje je bilo longitudinalno i izvedeno je u dve faze. U prvoj fazi ovog ispitivanja identifikovane se osobe sa perzistentnim simptomima posttraumatskog stresa, koji su nakon perioda od jedne godine ponovo intervjuisani. U drugoj fazi testirano je 160 ispitanika i to one osobe koje su u prvoj fazi imale simptome aktuelnog PTSP-a, kao i oni ispitanici koji su na Revidiranoj skali uticaja događaja (The Impact of Event Scale Revised, IES-R) imali skor veći od 22.

Svi ispitanici potpisali su formular informisanog pristanka, a dobijeni podaci čuvaju se kao poverljivi. Studiju je odobrio Etički komitet Medicinskog fakulteta pre njenog izvođenja.

4.3. Opis instrumenata

1. Sociodemografska anketa

2. *Kratka skrining lista (Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder)* (Breslau i sar., 1999) kojom se proverava da li je ispitanik doživeo potencijalno traumatične događaje vezane za rat/bombardovanje; proživljavanje ma kog događaja na listi dovoljno je za uključivanje. Instrument sadrži 20 pitanja u kojima su navedeni različiti događaji koje ljudi mogu doživeti za vreme rata. Ponuđeni odgovori su »da« i »ne«. Ispitivač postavlja pitanja i vodi intervju.

3. *Revidirana lista životnih stresora (Life Stressor Checklist Revised)* (Wolfe & Kimerling, 1997) kojom se procenjuju potencijalno stresni događaji pre, za vreme i posle rata na Balkanu. Instrument sadrži 26 ajtema a odgovori su kategorisani u tri perioda: pre, za vreme i posle rata/bombardovanja.

4. *Međunarodni neuropsihijatrijski intervju - Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. 5.0.0.)* (Sheehan i sar., 1998) konstruisan je kao sažeti strukturisani intervju za glavne psihijatrijske poremećaje Osovine I iz DSM-IV I MKB-10. Podeljen je na poglavlja pri čemu svako poglavlje odgovara jednoj dijagnostičkoj kategoriji. M.I.N.I. sadrži pitanja o svim klasterima simptoma PTSP-ja (čak i ako dijagnoza nije ispunjena). Ispitivač vodi intervju i beleži odgovore u odgovarajuće rubrike prema znanju stečenom u prethodnoj obuci za ovaj instrument.

5. *Upitnik za procenu kvaliteta života – Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)* (Priebe i sar., 1999) kojom se dobijaju osnovne socio-demografske karakteristike kao i objektivni i subjektivni indikatori kvaliteta života. To je instrument sa 16 ajtema čija se frekvencija rangira na skali od 1-7 (1 – ne može biti gore, 2 – vrlo nezadovoljan, 3 – pretežno nezadovoljan, 4 – i zadovoljan i nezadovoljan, 5 – pretežno zadovoljan, 6 – vrlo zadovoljan, 7 – ne može biti bolje).

6. *Revidirana skala uticaja događaja – The Impact of Event Scale Revised (IES-R)* (Weiss & Marmar, 1997) za specifičnije procenjivanje nivoa aktuelnih simptoma posttraumatskog stresa. Ovo je instrument sa 22 ajtema u kojem se odgovori rangiraju od nimalo, malo, umereno, jako, veoma jako, a odnose se na period od poslednjih 7 dana.

Obuka za primenjivanje navedenih upitnika, posebno za M.I.N.I. organizovana je za sve istraživače uključenih centara istovremeno, sa proverom odgovora i finalnim usaglašavanjem ispitivača. Za naš centar, testiranje je obavljao jedan psihijatar i nekoliko psihologa koji su takođe prošli edukaciju za primenu ovog instrumenta.

4.4. Statistička procedura

Kao deskriptivni pokazatelji korišćene su frekvence i procenti za kategoričke varijable, a mere centralne tendencije i varijabilnosti za numeričke varijable. Za testiranje hipoteza korišćeni su različiti postupci inferencijalne statistike i to:

- T testom za nezavisne uzorke testirane su razlike između osoba koje imaju ili nemaju PTSP po uzrastu, godinama obrazovanja i mesečnim prihodima.
- Hi kvadrat testom proveravana je povezanost PTSP-a sa regionom stanovanja, polom, bračnim statusom kao i sa postojanjem bilo kojeg dodatnog oboljenja.
- Kanoničkom diskriminativnom analizom testirana je mogućnost predikcije PTSP-a preko sociodemografskih varijabli, komorbiditeta, broja stresora, subjektivnog intenziteta stresa (distresa) i kvaliteta života. Istom analizom testirana je mogućnost predikcije ishoda PTSP-a (da li će osoba ozdraviti ili ne) preko sociodemografskih varijabli (pol, uzrast, obrazovanje, bračni status, prihod i oblast), komorbiditeta, broja stresora, subjektivnog intenziteta stresa (distresa) i kvaliteta života.
- Binarnom logističkom regresionom analizom testirana je predikcija razvoja PTSP-a u više blokova, da bi se utvrdio dodatni doprinos pojedinih prediktora kada se već neki prediktori uvedu u model, odnosno kada se kontroliše njihov uticaj. Tako je testirana dodatna predikcija razvoja PTSP-a preko sociodemografskih varijabli uz kontrolu uticaja distresa i broja stresora, dodatna predikcija razvoja PTSP-a preko sociodemografskih

varijabli uz kontrolu uticaja komorbiditeta, kao i dodatna predikcija razvoja PTSP-a preko komorbiditeta uz kontrolu uticaja distresa i broja stresora.

III REZULTATI ISTRAŽIVANJA-KOMENTARI, INTERPRETACIJA

1. Sociodemografske karakteristike

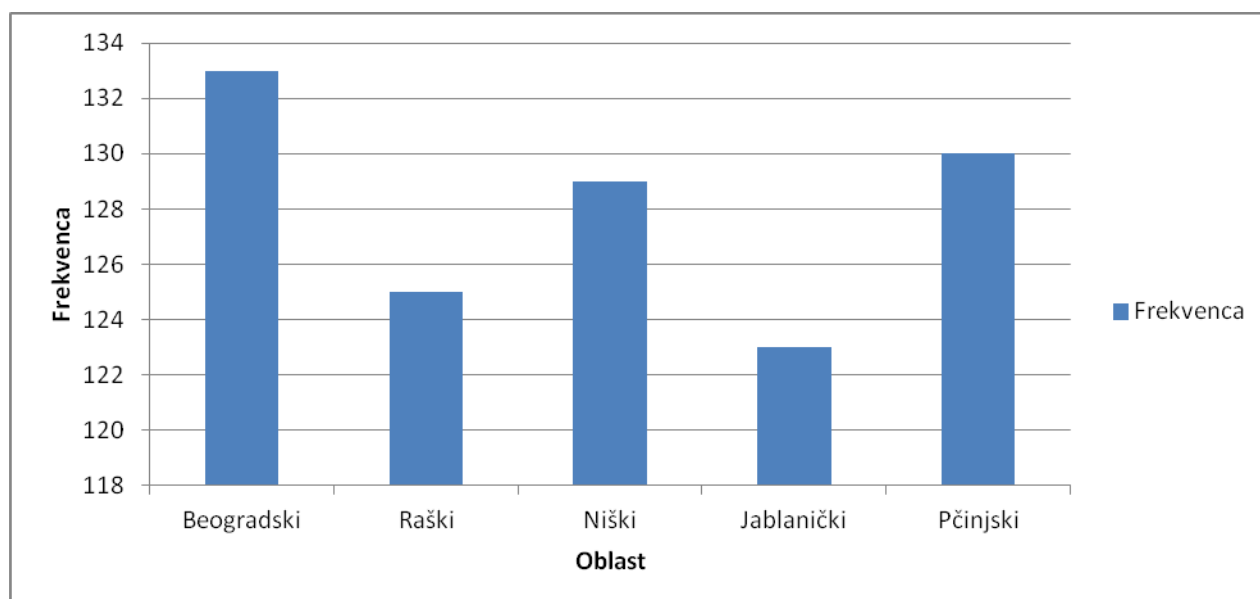
Uzorak ovog istraživanja čini ukupno 640 ispitanika koji su rođeni na teritoriji bivše Jugoslavije sa aktuelnim prebivalištem na teritoriji Republike Srbije i to sledećih pet regiona: Beogradski, Niški, Raški, Pčinjski i Jablanički (tabela 1, grafikon 1).

Raspodela uzorka prema regionima prikazana je u tabeli 1 i na grafikonu 1.

Tabela 1. Raspodela uzorka prema regionima

Region	Frekvenca	Procenti (%)
Beogradski	133	20.8
Raški	125	19.5
Niški	129	20.2
Jablanički	123	19.2
Pčinjski	130	20.3
Ukupno	640	100.0

Grafikon 1. Raspodela uzorka prema regionima



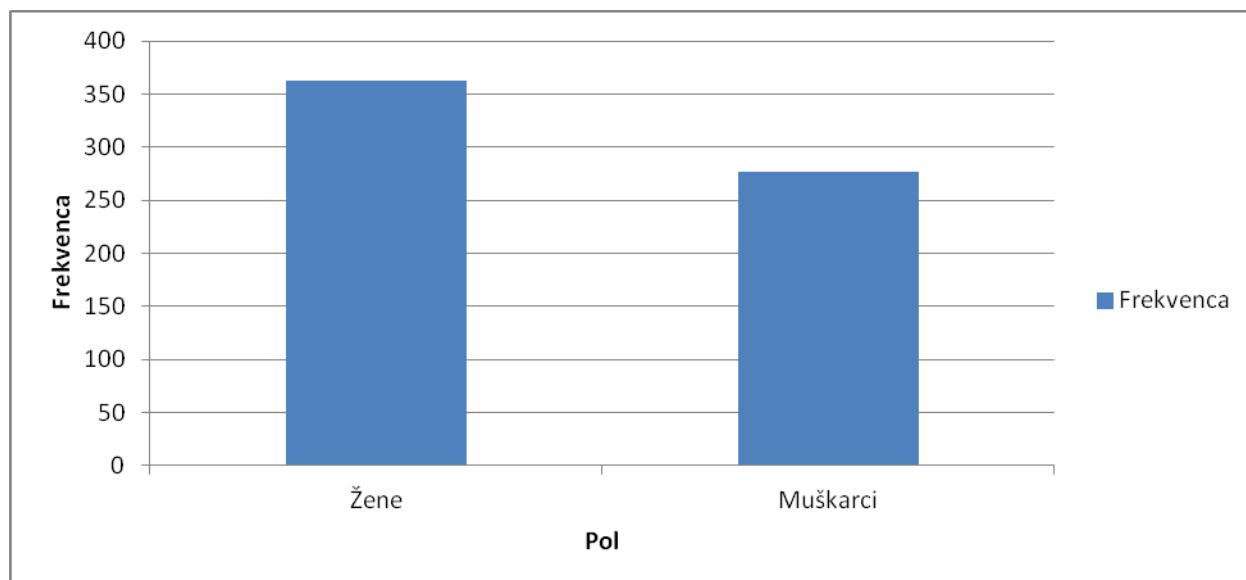
Prosečna starost ispitanika iznosi 40 godina (12.050 SD), u rasponu od 18 do 65 godina. Uzorak čini 363 žene (56.7%) i 277 muškarca (43.3%) (tabela 2, grafikon 2).

Raspodela uzorka prema polu prikazana je u tabeli 2 i na grafikonu 2.

Tabela 2. Raspodela uzorka prema polu

Pol	Frekvencija	Procenti (%)
Žene	363	56.7
Muškarci	277	43.3
Ukupno	640	100.0

Grafikon 2. Raspodela uzorka prema polu



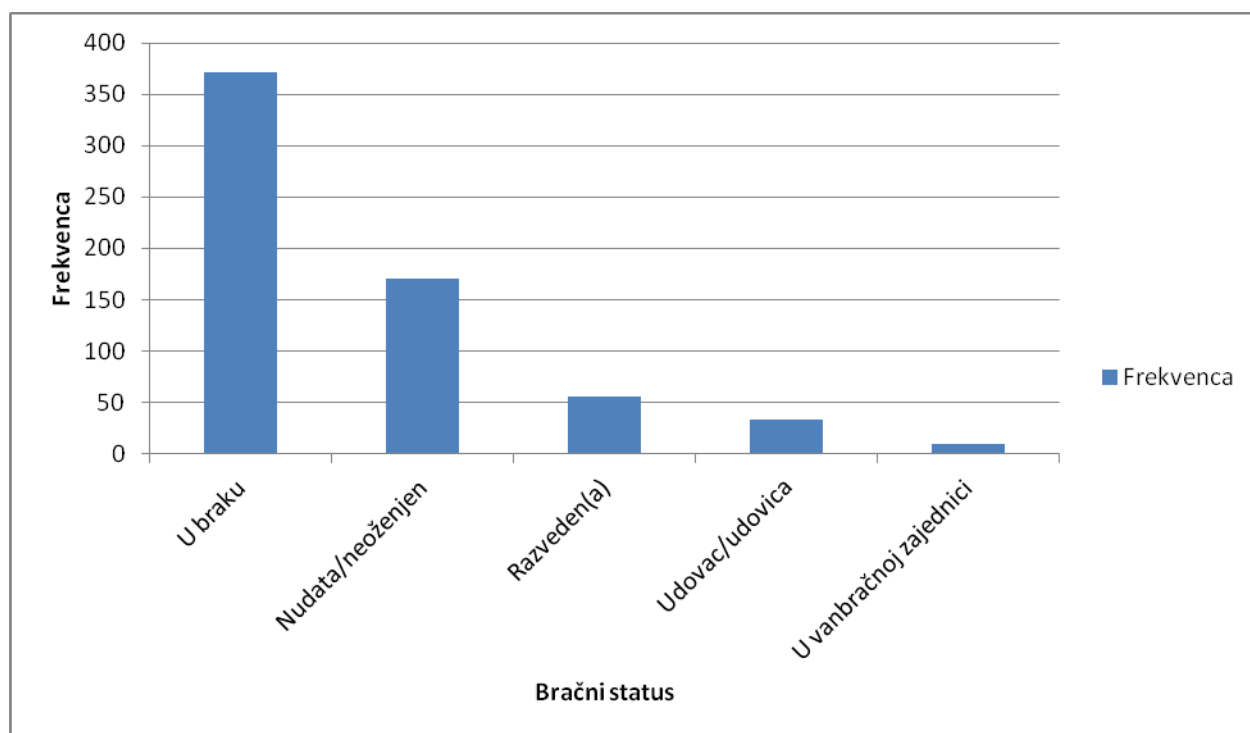
Prema bračnom statusu, u uzorku je 371 ispitanik bio u braku (58.0), 170 ispitanika (26.6%) je neudato, odnosno neoženjeno, razvedenih ispitanika je 56 (8.8%), udovica, odnosno udovaca je 33 (5.2%), dok 10 ispitanika (1.6) živi u vanbračnoj zajednici (tabela 3, grafikon 3).

Raspodela uzorka prema bračnom statusu prikazana je u tabeli 3 i na grafikonu 3.

Tabela 3. Raspodela uzorka prema bračnom statusu

Bračni status	Frekvencija	Procenti (%)
U braku	371	58.0
Nudata/neoženjen	170	26.6
Razveden(a)	56	8.8
Udovac/udovica	33	5.2
U vanbračnoj zajednici	10	1.6
Ukupno	640	100.0

Grafikon 3. Raspodela uzorka prema bračnom statusu



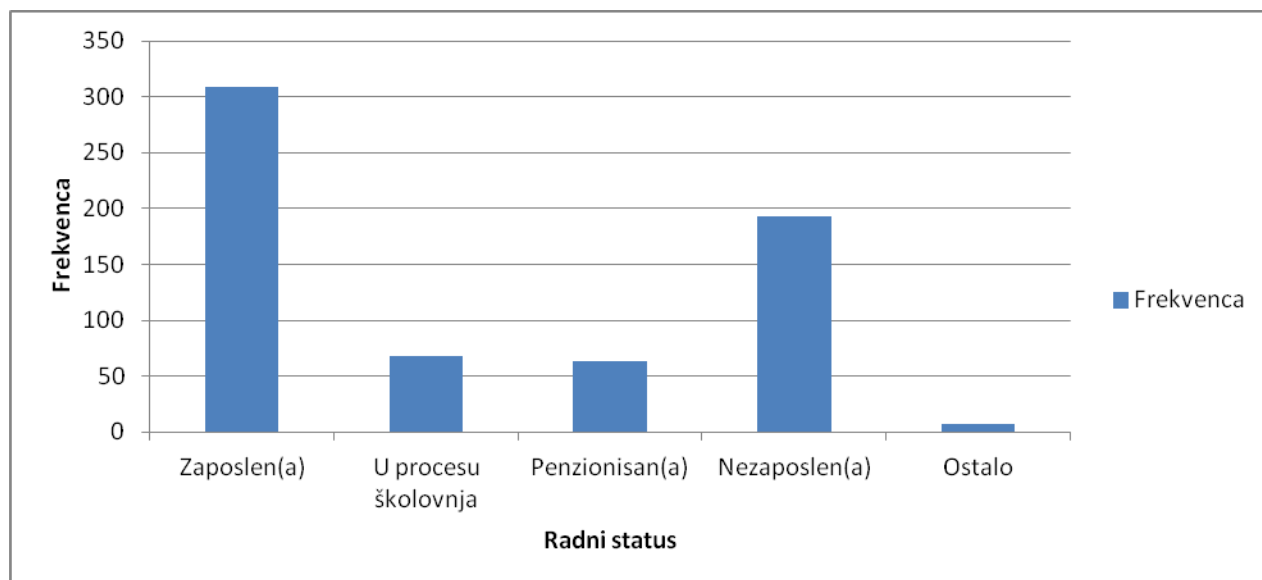
U uzorku je 309 (48.3%) ispitanika zaposleno, 68 (10.6%) u procesu školovanja, penzionisano je 63 (9.8%) ispitanika, nezaposleno 193 (30.2%), dok se 7 (1.1%) ispitanika izjasnilo kao »ostalo« (tabela 4, grafikon 4).

Raspodela uzorka prema radnom statusu prikazana je u tabeli 4 i na grafikonu 4.

Tabela 4. Raspodela uzorka prema radnom statusu

Radni status	Frekvencija	%
Zaposlen(a)	309	48.3
U procesu školovnja	68	10.6
Penzionisan(a)	63	9.8
Nezaposlen(a)	193	30.2
Ostalo	7	1.1
Ukupno	640	100.0

Grafikon 4. Raspodela uzorka prema radnom statusu



2. PTSP i drugi psihijatrijski poremećaji dijagnostikovani M.I.N.I. instrumentom

Analiza je pokazala da aktuelni PTSP ima 18.8% ispitanika, dok PTSP tokom života ima 32.5% ispitanika. Procenat ostalih psihijatrijskih poremećaja dijagnostikovanih instrumentom M.I.N.I. prikazan je u tabeli 5.

Tabela 5. Psihijatrijski poremećaji po M.I.N.I.-ju izraženi u procentima

Psihijatrijski poremećaji po M.I.N.I.-ju	%
PTSP aktuelni	18.8
PTSP tokom života	32.5
Velika depresivna epizoda	26.2
Suicidalnost	13.0
Panični poremećaj	10.0
Agorafobija	12.4
Generalizovani anksiozni poremećaj	23.6
Opsesivno kompulzivni poremećaj	6.3

3. Prediktori razvoja PTSP-a u inicijalnoj fazi istraživanja:

- a. Sociodemografske varijable
- b. Intenzitet, broj i vrsta stresora
- c. Stepen i vrsta komorbiditeta
- d. Kvalitet života

Tokom procesa obrade podataka, najpre je testirana svaka od socio demografskih varijabli kao potencijalnih prediktora razvoja PTSP-a pojedinačno, odnosno testirane su razlike između osoba koje imaju ili nemaju PTSP po pojedinim parametrima.

T testom za nezavisne uzorke testirane su razlike između osoba koje imaju ili nemaju aktuelni PTSP po uzrastu, godinama obrazovanja i mesečnim prihodima. Analiza je pokazala da razlike postoje na svim navedenim parametrima, i to takve da osobe sa PTSP-em imaju u proseku niže prihode, manje godina obrazovanja i starije su (tabele 5 i 6).

Tabela 6. Deskriptivni pokazatelji potencijalnih sociodemografskih prediktora aktuelnog PTSP-a

Sociodemografske varijable	Aktuelni PTSP	N	AS	SD
Uzrast	ne	520	39.17	12.201
	da	120	42.62	10.985
Godine obrazovanja	ne	520	12.94	2.687
	da	120	11.68	2.982
Mesečni prihod	ne	501	346.1098	240.28960
	da	119	237.8151	145.10902

Tabela 7. Značajnost razlika između osoba koje imaju i nemaju aktuelni PTSP na nekim sociodemografskim varijablama

Sociodemografske varijable	t	df	p
Uzrast	-2.839	638	.005
Godine obrazovanja	4.567	638	.000
Mesečni prihod	4.715	618	.000

T testom za nezavisne uzorke testirane su razlike između osoba koje su imale ili nisu imale PTSP nekada u životu, po uzrastu, godinama obrazovanja i mesečnim prihodima. Analiza je pokazala da razlike postoje na svim navedenim parametrima, takve da osobe sa PTSP-em imaju u proseku niže prihode, manje godina obrazovanja i starije su (tabele 7 i 8).

Tabela 8. Deskriptivni pokazatelji za potencijalne sociodemografske prediktore PTSP-a u toku života

Sociodemografske varijable	PTSP u toku života	N	AS	SD
Uzrast	ne	433	38.92	12.441
	da	207	41.70	10.980
Godine obrazovanja	ne	433	13.05	2.706
	da	207	11.99	2.822
Mesečni prihod	ne	414	347.3647	233.36666
	da	206	281.0291	213.96017

Tabela 9. Značajnost razlika između osoba koje imaju i nemaju PTSP u toku života na nekim sociodemografskim varijablama

Sociodemografske varijable	t	df	Sig.
Uzrast	-2.741	638	.006
Godine obrazovanja	4.595	638	.000
Mesečni prihod	3.426	618	.001

Hi kvadrat testom proveravana je povezanost aktuelnog PTSP-a sa mestom, odnosno regionom stanovanja i pokazano je da povezanost postoji, takva da je najviša verovatnoća razvoja PTSP-a u Raškoj i Pčinjskoj oblasti, a najniža u Jablaničkoj (tabele 9 i 10).

Tabela 10. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po oblastima

		Oblast					Ukupno
		Beograd	Raška	Niška	Jablanička	Pčinjska	
Aktuelni PTSP	ne	114	94	106	109	97	520
	da	19	31	23	14	33	120
Ukupno		133	125	129	123	130	640

Tabela 11. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSP-a i oblasti

Hi-kvadrat	df	Sig.	Koeficijent kontigencije
12.954 ^a	4	.012	.141

Hi kvadrat testom proveravana je povezanost aktuelnog PTSP-a sa polom i pokazano je da povezanost ne postoji (tabele 11 i 12).

Tabela 12. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a prema polu

		Pol		
		Ženski	Muški	Ukupno
Aktuelni PTSP	ne	287	233	520
	da	76	44	120
Ukupno		363	277	640

Hi kvadrat testom proveravana je povezanost aktuelnog PTSP-a sa bračnim statusom i pokazano je da povezanost ne postoji (tabele 13 i 14).

Tabela 13. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSP-a i pola

Hi-kvadrat	df	Sig.
2.632 ^a	1	.105

Tabela 14. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a prema bračnom status

		Bračni status		
		Sami	U braku	Ukupno
Aktuelni PTSP	ne	222	298	520
	da	47	73	120
Ukupno		269	371	640

Hi kvadrat testom proveravana je povezanost PTSP-a u toku života sa mestom, odnosno regionom stanovanja i pokazano je da povezanost postoji, takva da je viša verovatnoća razvoja PTSP-a u Niškoj, Raškoj i Pčinjskoj oblasti, a niža u Jablaničkoj i Beogradskoj (tabele 15 i 16).

Tabela 15. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSP-a i bračnog statusa

Hi-kvadrat	df	Sig.
.497 ^a	1	.481

Tabela 16. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po oblastima

		Oblast					Ukupno
		Beograd	Raška	Niška	Jablanička	Pčinjska	
Aktuelni PTSP	ne	101	85	72	96	79	433
	da	32	40	57	27	51	207
Ukupno		133	125	129	123	130	640

Hi kvadrat testom proveravana je povezanost PTSP-a u toku života sa polom i pokazano je da povezanost postoji, takva da je viša verovatnoća razvoja PTSP-a kod osoba ženskog pola (tabele 17 i 18).

Tabela 17. Značajnost povezanosti PTSP-a u toku života i oblasti

Hi-kvadrat	df	Sig.	Koeficijent kontigencije
21.333 ^a	4	.000	.180

Tabela 18. Raspodela osoba sa i bez PTSP-a u toku života po polu

		Pol		
		Ženski	Muški	ukupno
Aktuelni PTSP	ne	227	206	433
	da	136	71	207
Ukupno		363	277	640

Hi kvadrat testom proveravana je povezanost PTSP-a u toku života sa bračnim statusom i pokazano je da povezanost ne postoji (tabele 19 i 20).

Tabela 19. Značajnost povezanosti PTSP-a u toku života i pola

Hi-kvadrat	df	Sig.	Koeficijent kontigencije
10.054 ^a	1	.002	.124

Tabela 20. Raspodela osoba sa i bez PTSP-a u toku života prema bračnom statusu

		Bračni status		
		Sami	U braku	Ukupno
PTSP u toku života	ne	189	244	433
	da	80	127	207
Ukupno		269	371	640

Pored pojedinačnog doprinosa svake od socio demografskih varijabli razvoju PTSP-a, testiran je i njihov združeni doprinos, zajedno sa ostalim potencijalnim prediktorima. Naime, socio demografske varijable povezane su međusobno, ali i sa brojem i intenzitetom stresora i kvalitetom života. Zbog ove međuzavisnosti velikog broja varijabli neophodno je testirati ih u jednom modelu, jer pojedinačne povezanosti sa razvojem PTSP-a mogu biti posledica povezanosti sa drugim prediktorima, tj neke varijable mogu se pojaviti kao lažni prediktori (tabele 21 i 22).

Tabela 21. Značajnost povezanosti prošlog PTSP-a i bračnog statusa

Hi-kvadrat	df	Sig.
1.438 ^a	1	.230

Tabela 22. Značajnost razlika između osoba sa i bez trenutnog PTSP-a prema svakom prediktoru pojedinačno

	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
Oblast (Beograd)	.996	2.632	1	618	.105
Oblast (Raška)	.988	7.228	1	618	.007
Oblast (Niš)	1.000	.195	1	618	.659
Oblast (Jablanička)	.990	6.076	1	618	.014
Pol	.997	1.787	1	618	.182
Uzrast	.988	7.194	1	618	.008
Godina obrazovanja	.967	21.188	1	618	.000
Mesečni prihod	.965	22.228	1	618	.000
Bračni status	1.000	.162	1	618	.688
MINI_komorb_intenzitet_sve	.749	206.916	1	618	.000
Broj stresora	.952	30.896	1	618	.000
Distres	.962	24.441	1	618	.000
Kvalitet života	.860	101.002	1	618	.000

Kanoničkom diskriminativnom analizom testirana je mogućnost predikcije aktuelnog PTSP-a preko pomenutih sociodemografskih varijabli, komorbiditeta, broja stresora, subjektivnog intenziteta stresa (distresa) i kvaliteta života. Komorbiditet je izražen preko broja dodatnih oboljenja dijagnostikovanih instrumentom MINI. Analiza je pokazala da postoji mogućnost predikcije razvoja PTSP-a preko pomenutih varijabli i to sa 83.2% uspešnosti klasifikacije. Dakle, za 33.2% preko slučajnog pogađanja (50%) pomenuti prediktori poboljšavaju predviđanje razvoja PTSP-a. Budući da kanonička korelacija iznosi 0.578, možemo zaključiti da 33.4% PTSP-a zavisi od navedenih prediktora (tabele 23 i 24).

Tabela 23. Značajnost predikcije aktuelnog PTSP-a preko svih prediktora zajedno

Wilksova Lambda	Hi kvadrat	df	Sig.	Kanonička korelacija
.666	248.730	13	.000	.578

Tabela 24. Matrica sklopa kanoničke funkcije

	Funkcija 1
MINI_komorb_intenzitet_sve	.817
Kvalitet života	-.571
Broj stresora	.316
Distres	.281
Ukupan mesečni prihod	-.268
Godine školovanja	-.261
Oblast (Raška)	.153
Godine	.152
Oblast (Jablanička)	-.140
Oblast (Beograd)	-.092
Pol	-.076
Oblast (Niš)	-.025
Bračni status	.023

Analiza, međutim, pokazuje da nisu svi prediktori bitni za razvoj PTSP-a, odnosno kao jedino važne analize izdvajaju se komorbiditet, kvalitet života i broj stresora. Tako osobe sa PTSP-em imaju niži kvalitet života, više drugih psihijatrijskih poremećaja i više stresora.

Kanoničkom diskriminativnom analizom testirana je mogućnost predikcije prošlog PTSP-a preko pomenutih sociodemografskih varijabli, komorbiditeta, broja stresora, subjektivnog intenziteta stresa (distresa) i kvaliteta života. Komorbiditet je izražen preko broja dodatnih oboljenja dijagnostikovanih instrumentom MINI (tabela 25).

Tabela 25. Prosečne vrednosti osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a na kanoničkoj funkciji

	Funkcija 1
Ne	-.345
Da	1.451

Analiza je pokazala da postoji mogućnost predikcije razvoja PTSP-a preko pomenutih varijabli i to sa 76.8% uspešnosti klasifikacije. Dakle, za 26.8% preko slučajnog pogađanja (50%) pomenuti prediktori poboljšavaju predviđanje razvoja PTSP-a. Pošto kanonička korelacija iznosi 0.54 možemo zaključiti da 29.16% PTSP-a zavisi od navedenih prediktora (tabela 26).

Tabela 26. Značajnost razlika između osoba sa i bez PTSP-a u toku života po svakom prediktoru pojedinačno

	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
Oblast (Beograd)	.990	6.458	1	618	.011
Oblast (Raška)	.999	.873	1	618	.351
Oblast (Niš)	.986	8.918	1	618	.003
Oblast (Jablanička)	.986	8.889	1	618	.003
Pol	.987	8.068	1	618	.005
Uzrast	.991	5.813	1	618	.016
Godina obrazovanja	.967	21.019	1	618	.000
Mesečni prihod	.981	11.735	1	618	.001
Bračni status	.999	.669	1	618	.414
MINI_komorb_intenzitet_sve	.791	163.188	1	618	.000
Broj stresora	.973	17.128	1	618	.000
Distres	.955	29.391	1	618	.000
Kvalitet života	.888	77.632	1	618	.000

Analiza, međutim, pokazuje da nisu svi prediktori bitni za razvoj PTSP-a, odnosno kao jedino važne analize izdvajaju se komorbiditet, kvalitet života i distres. Tako osobe sa PTSP-em imaju niži kvalitet života, više drugih psihijatrijskih poremećaja i viši distres (tabele 27 i 28).

Tabela 27. Značajnost predikcije PTSP-a tokom života preko svih prediktora zajedno

Wilks' Lambda	Hi kvadrat	df	Sig.	Kanonička korelacija
.708	211.206	13	.000	.540

Tabela 28. Matrica sklopa kanoničke funkcije

	Funkcija 1
MINI_komorb_intenzitet_sve	.800
Kvalitet života	-.552
Distres	.340
Godine školovanja	-.287
Broja stresora	.259
Ukupan mesečni prihod	-.215
Oblast (Niš)	.187
Oblast (Jablanička)	-.187
Pol	-.178
Oblast (Beograd)	-.159
Godine	.151
Oblast (Raška)	.059
Bračni status	.051

4. Uticaj različitih sociodemografskih varijabli na vezu između intenziteta, broja i vrste stresora i razvoja PTSP-a

Kako bi se utvrdilo da li sociodemografske varijable utiču na vezu intenziteta i broja stresora i PTSP-a najpre je rađen model predikcije razvoja PTSP-a preko distresa i broja stresora, a zatim su u model dodavane sociodemografske varijable u drugom koraku (bloku). Ukoliko značajnost distresa i broja stresora ostane nepromenjena dodavanjem sociodemografskih varijabli u model, mogli bismo zaključiti da one ne utiču bitno na odnos prva dva prediktora PTSP-a.

Binarnom logističkom regresionom analizom testirana je predikcija razvoja aktuelnog PTSP-a u dva bloka, tako što je najpre testirana predikcija preko distresa i broja stresora, a zatim su u model dodavane sociodemografske varijable u drugom koraku (bloku). Analiza je pokazala da su u prvom koraku oba prediktora, distres i broj stresora značajni prediktori razvoja PTSP-a i

da se 81.3% ispitanika može korektno klasifikovati. U drugom koraku distress i broj stresora ostaju značajni prediktori razvoja PTSP-a, a od socio demografskih varijabli kao značajni prediktori pojavljuju se obrazovanje, mesečni prihod i oblast (region) u kojem je istraživanje obavljeno, uz 82.6% korektno klasifikovanih ispitanika. Prema tome, sociodemografske varijable doprinose predikciji razvoja PTSP-a ali ne menjaju komorbiditeta sa PTSP-em (tabele 29 i 30).

Tabela 29. Prosečne vrednosti osoba sa i bez prošlog PTSP-a na kanoničkoj funkciji

	Funkcija 1
Ne	-.452
Da	.909

Tabela 30. Značajnost predikcije aktuelnog PTSP-a preko svih prediktora u dva bloka

	Hi kvadrat	df	Sig.	Cox & Snell R ²	Nagelkerke R ²
Blok 1	47.893	2	.000	.074	.119
Blok 2	92.757	11	.000	.139	.223

Binarnom logističkom regresionom analizom testirana je predikcija razvoja prošlog PTSP-a u dva bloka, tako što je najpre testirana predikcija preko distressa i broja stresora, a zatim su u model dodavane sociodemografske varijable u drugom koraku (bloku). Analiza je pokazala da su u prvom koraku oba prediktora, distress i broj stresora značajni prediktori razvoja PTSP-a i da se 68.1% ispitanika može korektno klasifikovati. U drugom koraku distress i broj stresora ostaju značajni prediktori razvoja PTSP-a, a od socio demografskih varijabli kao značajni prediktori pojavljuju se pol, obrazovanje, mesečni prihod i oblast, uz 71% korektno klasifikovanih ispitanika. Dakle, sociodemografske varijable doprinose predikciji razvoja PTSP-a ali ne menjaju vezu distressa i broja stresora sa PTSP-em (tabele 31 i 32).

Tabela 31. Značajnost pojedinačnih prediktora pri predikciji aktuelnog PTSP-a u dva bloka

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Blok 1	Broj stresora	.026	.007	13.492	1	.000	1.026
	Distres	.906	.207	19.060	1	.000	2.474
Blok 2	Broj stresora	.030	.008	14.173	1	.000	1.030
	Distres	.676	.225	9.051	1	.003	1.967
	Oblast(Beograd)	-.635	.358	3.154	1	.076	.530
	Oblast (Raška)	-.088	.329	.072	1	.789	.916
	Oblast (Niš)	-.362	.338	1.153	1	.283	.696
	Oblast(Jablanička)	-1.276	.392	10.610	1	.001	.279
	Pol	-.244	.238	1.050	1	.305	.783
	Uzrast	.015	.011	1.884	1	.170	1.015
	Godina obrazovanja	-.085	.044	3.796	1	.051	.919
	Mesečni prihod	-.003	.001	11.704	1	.001	.997
	Bračni status	-.102	.240	.181	1	.670	.903

Tabela 32. Značajnost predikcije PTSP-a tokom života preko svih prediktora u dva bloka

	Hi kvadrat	df	Sig.	Cox & Snell R ²	Nagelkerke R ²
Blok 1	44.466	2	.000	.069	.096
Blok 2	92.621	11	.000	.139	.193

5. Uticaj različitih sociodemografskih varijabli na komorbiditet PTSP-a

Kako bi se utvrdilo da li sociodemografske varijable utiču na vezu komorbiditeta i PTSP-a najpre je rađen model predikcije razvoja PTSP-a preko komorbiditeta, a zatim su u model dodavane sociodemografske varijable u drugom koraku (bloku). Ukoliko značajnost komorbiditeta ostane nepromenjena dodavanjem sociodemografskih varijabli u model, mogli bismo zaključiti da one ne utiču bitno na odnos komorbiditeta sa PTSP-em.

Binarnom logističkom regresionom analizom testirana je predikcija razvoja aktuelnog PTSP-a u dva bloka, tako što je najpre testirana predikcija preko komorbiditeta, a zatim su u model dodavane sociodemografske varijable u drugom koraku (bloku). Analiza je pokazala da je u prvom koraku komorbiditet značajan prediktor razvoja PTSP-a i da se 84.7% ispitanika može korektno klasifikovati. U drugom koraku komorbiditet ostaje značajan prediktor razvoja PTSP-a, a od socio demografskih varijabli kao značajni prediktori pojavljuju se uzrast, mesečni prihod i oblast ispitivanja, uz 85.3% korektno klasifikovanih ispitanika. Dakle, sociodemografske varijable doprinose predikciji razvoja PTSP-a ali ne utiču bitno na vezu distresa i broja stresora sa PTSP-em (tabele 33 i 34).

Tabela 33. Značajnost pojedinačnih prediktora pri predikciji PTSP-a tokom života u dva bloka

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Blok 1	Broj stresora	.021	.007	8.995	1	.003	1.021
	Distres	.743	.155	22.941	1	.000	2.102
Blok 2	Broj stresora	.024	.008	10.296	1	.001	1.025
	Distres	.681	.174	15.309	1	.000	1.976
	Oblast (Beograd)	-.662	.297	4.983	1	.026	.516
	Oblast (Raška)	-.280	.294	.905	1	.342	.756
	Oblast (Niš)	.331	.274	1.460	1	.227	1.393
	Oblast (Jablanička)	-.958	.311	9.507	1	.002	.383
	Pol	-.400	.197	4.120	1	.042	.670
	Uzrast	.007	.009	.713	1	.399	1.007
	Godina obrazovanja	-.086	.036	5.727	1	.017	.917
	Mesečni prihod	-.001	.000	4.249	1	.039	.999
	Bračni status	-.065	.202	.103	1	.749	.937

Tabela 34. Značajnost predikcije aktuelnog PTSP-a preko svih prediktora u dva bloka

	Hi kvadrat	df	Sig.	Cox & Snell R ²	Nagelkerke R ²
Blok 1	140.155	1	.000	.202	.324
Blok 2	180.449	10	.000	.253	.405

Binarnom logističkom regresionom analizom testirana je predikcija razvoja prošlog PTSP-a u dva bloka, tako što je najpre testirana predikcija preko komorbiditeta, a zatim su u model dodavane sociodemografske varijable u drugom koraku (bloku). Analiza je pokazala da je u prvom koraku komorbiditet značajan prediktor razvoja PTSP-a i da se 73.9% ispitanika može korektno klasifikovati. U drugom koraku komorbiditet ostaje značajan prediktor razvoja PTSP-a, a od socio demografskih varijabli kao značajni prediktori pojavljuju se pol i oblast, uz 76.9%

korektno klasifikovanih ispitanika. Dakle, sociodemografske varijable doprinose predikciji razvoja PTSP-a ali ne utiču na vezu distresa i broja stresora sa PTSP-em (tabele 35 i 36).

Tabela 35. Značajnost pojedinačnih prediktora pri predikciji aktuelnog PTSP-a u dva bloka

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Blok 1	MINI_komorb_intenzitet_s ve	.471	.046	103.369	1	.000	1.601
Blok 2	MINI_komorb_intenzitet_s ve	.475	.050	90.293	1	.000	1.608
	Oblast (Beograd)	-.532	.393	1.833	1	.176	.587
	Oblast (Raška)	.419	.368	1.295	1	.255	1.520
	Oblast (Niš)	-.285	.373	.585	1	.445	.752
	Oblast (Jablanička)	-1.336	.434	9.486	1	.002	.263
	Pol	-.328	.260	1.595	1	.207	.720
	Uzrast	.025	.012	4.169	1	.041	1.025
	Godina obrazovanja	-.055	.051	1.193	1	.275	.946
	Mesečni prihod	-.002	.001	4.025	1	.045	.998
	Bračni status	.110	.269	.166	1	.684	1.116

Tabela 36. Značajnost predikcije PTSP-a tokom života preko svih prediktora u dva bloka

	Hi kvadrat	df	Sig.	Cox & Snell R ²	Nagelkerke R ²
Blok 1	132.349	1	.000	.192	.267
Blok 2	180.611	10	.000	.253	.351

6. Uticaj komorbiditeta na vezu između broja i težine stresora i PTSP-a

Kako bi se utvrdilo da li komorbiditet utiče na vezu intenziteta i broja stresora i PTSP-a najpre je rađen model predikcije razvoja PTSP-a preko distresa i broja stresora, a zatim je u model dodat komorbiditet u drugom koraku (bloku). Ukoliko značajnost distresa i broja stresora ostane nepromenjena dodavanjem komorbiditeta u model, mogli bismo zaključiti da on ne utiče bitno na odnos prva dva prediktora sa PTSP-em.

Binarnom logističkom regresionom analizom testirana je predikcija razvoja aktuelnog PTSP-a u dva bloka, tako što je najpre testirana predikcija preko distresa i broja stresora, a zatim je u model dodat komorbiditet u drugom koraku (bloku). Analiza je pokazala da su u prvom koraku oba prediktora, distres i broj stresora značajni prediktori razvoja PTSP-a i da se 81.7% ispitanika može korektno klasifikovati. U drugom koraku distres i broj stresora ostaju značajni prediktori razvoja PTSP-a, ali je značajan prediktor i komorbiditet, uz 85% korektno klasifikovanih ispitanika. Dakle, komorbiditet doprinosi predikcijij razvoja PTSP-a ali ne menja vezu distresa i broja stresora sa PTSP-em (tabele 37 i 38).

Tabela 37. Značajnost pojedinačnih prediktora pri predikcije prošlog PTSP-a u dva bloka

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Blok 1	MINI_komorb_intenzitet_s	.420	.042	98.045	1	.000	1.522
	ve						
Blok 2	MINI_komorb_intenzitet_s	.446	.047	90.656	1	.000	1.562
	ve						
	Oblast (Beograd)	-.597	.322	3.433	1	.064	.551
	Oblast (Raška)	.128	.322	.157	1	.692	1.136
	Oblast (Niš)	.468	.295	2.512	1	.113	1.597
	Oblast (Jablanička)	-.988	.338	8.537	1	.003	.372
	Pol	-.565	.211	7.157	1	.007	.568
	Uzrast	.013	.009	1.939	1	.164	1.013
	Godina obrazovanja	-.067	.040	2.771	1	.096	.935
	Mesečni prihod	.000	.001	.334	1	.563	1.000
	Bračni status	.151	.222	.460	1	.497	1.163

Tabela 38. Značajnost predikcije aktuelnog PTSP-a preko svih prediktora u dva bloka

	Hi kvadrat	df	Sig.	Cox & Snell R ²	Nagelkerke R ²
Blok 1	46.833	2	.000	.071	.114
Blok 2	159.803	3	.000	.221	.357

Binarnom logističkom regresionom analizom testirana je predikcija razvoja prošlog PTSP-a u dva bloka, tako što je najpre testirana predikcija preko distresa i broja stresora, a zatim je u model dodat komorbiditet u drugom koraku (bloku). Analiza je pokazala da su u prvom koraku oba prediktora, distres i broj stresora značajni prediktori razvoja PTSP-a i da se 69.2% ispitanika može korektno klasifikovati. U drugom koraku distres ostaje značajan prediktor razvoja PTSP-a, ali ne i broj stresora, dok je značajan prediktor i komorbiditet, uz 75.2% korektno klasifikovanih ispitanika. Dakle, komorbiditet doprinosi predikciji razvoja PTSP-a ali delimično i utiče i na vezu distresa i broja stresora sa PTSP-em, tako što broj stresora prestaje da bude značajan prediktor, odnosno komorbiditet i distres predviđaju prošli PTSP bolje od distresa i broja stresora (tabele 39 i 40).

Tabela 39. Značajnost pojedinačnih prediktora pri predikcije aktuelnog PTSP-a u dva bloka

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Blok 1	Broj stresora	.027	.007	14.140	1	.000	1.027
	Distres	.855	.203	17.684	1	.000	2.350
Blok 2	Broj stresora	.018	.007	6.407	1	.011	1.018
	Distres	.658	.227	8.377	1	.004	1.930
	MINI_komorb_intenzitet_sve	.434	.046	89.230	1	.000	1.544

Tabela 40. Značajnost predikcije PTSP-a tokom života preko svih prediktora u dva bloka

	Hi kvadrat	df	Sig.	Cox & Snell R ²	Nagelkerke R ²
Blok 1	42.266	2	.000	.064	.089
Blok 2	150.846	3	.000	.210	.293

7. Prediktori ishoda PTSP-a nakon godinu dana od inicijalne faze istraživanja:

6.1 Sociodemografske varijable

6.2 Broj i vrsta stresora

6.3 Stepen i vrsta komorbiditeta

6.4 Kvalitet života

Najpre je određen odnos broja obolelih od aktuelnog PTSP-a u dva vremena testiranja i pokazano je da postoji povezanost što znači da je došlo do promene stanja, odnosno do izlečenja kod jednog broja ispitanika (tabele 41 i 42).

Tabela 41. Značajnost pojedinačnih prediktora pri predikcije PTSP-a tokom života u dva bloka

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Blok 1	Broj stresora	.022	.007	9.860	1	.002	1.023
	Distres	.678	.151	20.212	1	.000	1.970
Blok 2	Broj stresora	.012	.007	3.280	1	.070	1.012
	Distres	.516	.162	10.155	1	.001	1.675
	MINI_komorb_intenzitet_s ve	.390	.042	84.699	1	.000	1.477

Tabela 42. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a u dve vremenske tačke

		Aktuelni PTSP T2		Ukupno
		Ne	Da	
Aktuelni PTSD	Ne	53	6	59
	Da	50	50	100
Ukupno		103	56	159

Dakle, postoje 4 kategorije, oni koji su imali i i dalje imaju PTSP, oni koji su imali i više nemaju PTSP, oni koji ga nisu imali ali sada imaju, i oni koji nisu imali i dalje nemaju PTSP. U dalju analizu efekata na ishode PTSP-a uzeta je u obzir samo promena trenutnog PTSP-a.

Kanoničkom diskriminativnom analizom testirana je mogućnost predikcije ishoda aktuelnog PTSP-a (da li će osoba ozdraviti, razboleti se ili ostati na istom) preko sociodemografskih varijabli (pol, uzrast, obrazovanje, bračni status, prihod i oblast), komorbiditeta, broja stresora, subjektivnog intenziteta stresa (distresa) i kvaliteta života. Komorbiditet je izražen preko broja dodatnih mentalnih poremećaja dijagnostikovanih instrumentom MINI.

Analiza je pokazala da postoji mogućnost predikcije ishoda PTSP-a preko pomenutih varijabli i to sa 57.6% uspešnosti klasifikacije. Dakle, za 32.6% preko slučajnog pogađanja (25%) pomenuti prediktori poboljšavaju predviđanje ishoda PTSP-a. Analiza je izdvojila tri značajne funkcije, odnosno tri načina na koje pol, uzrast, obrazovanje, bračni status, prihod i oblast, komorbiditet, broj stresora, subjektivni intenziteta stresa (distresa) i kvalitet života mogu uticati na ishod PTSP-a (tabele 43-46).

Tabela 43. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSP-a u dve vremenske tačke

Hi-kvadrat	df	Sig.	Koeficijent kontigencije
25.802 ^a	1	.000	.374

Tabela 44. Značajnost razlika između osoba koje su ozdravile, razbolele se ili ostale na istom po pitanju aktuelnog PTSP-a po svakom prediktoru pojedinačno

	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
MINI_komorb_intenzitet_sve	.773	15.078	3	154	.000
Broj stresora	.931	3.833	3	154	.011
Distres	.926	4.102	3	154	.008
Kvalitet života	.900	5.691	3	154	.001
Oblast (Beograd)	.868	7.837	3	154	.000
Oblast (Raška)	.931	3.828	3	154	.011
Oblast (Niš)	.988	.618	3	154	.604
Oblast (Jablanička)	.964	1.940	3	154	.125
Pol	.975	1.308	3	154	.274
Uzrast	.956	2.347	3	154	.075
Godina obrazovanja	.968	1.721	3	154	.165
Mesečni prihod	.974	1.352	3	154	.260
Bračni status	.986	.706	3	154	.550

Tabela 45. Značajnost predikcije ishoda PTSP-a preko svih prediktora zajedno

Funkcija	Wilksova Lambda	Hi kvadrat	df	Sig.	Kanonička korelacija
1	.440	121.993	39	.000	.682
2	.821	29.221	24	.212	.308
3	.907	14.465	11	.208	.305

Tabela 46. Matrica sklopa kanoničke funkcije

	Funkcija 1	Funkcija 2	Funkcija 3
MINI_komorb_intenzitet_sve	-.566*	.110	.371
Oblast (Beograd)	.419*	.029	-.054
Kvalitet života	.346*	.255	.026
Oblast (Jablanička)	.207*	.029	.061
Bračni status	.125*	-.003	.048
Godine	.144	.515*	-.022
Pol	-.007	.435*	.235
Distres	-.264	.407*	-.149
Godine školovanja	.150	-.270*	.251
Broj stresora	-.248	.006	-.458*
Oblast (Niš)	.000	.019	-.342*
Ukupan mesečni prihod	.126	.114	-.330*
Oblast (Raška)	-.274	-.062	.294*

Prva kanonička funkcija podrazumeva kombinaciju komorbiditeta, kvaliteta života i oblasti. Tačnije, najviši kvalitet života, prebivalište u Beogradu i nizak komorbiditet imaju osobe koje su bile i ostale zdrave, pa zatim oni koji su se razboleli, pa oni koji su ozdravili i naravno najlošije pokazatelje na ovoj funkciji imaju oni koji su bili i ostali bolesni. Dakle, osobe van Beograda, niskog kvaliteta života i visokog komorbiditeta imaju veću verovatnoću da se nađu u poslednje pomenutoj kategoriji, a osobe iz Beograda, visokog kvaliteta života i niskog komorbiditeta u prvoj. Budući da prva kanonička korelacija iznosi 0.682 mogli bismo zaključiti da 46.51% ishoda PTSP-a zavisi od navedenih prediktora.

Druga kanonička funkcija podrazumeva kombinaciju uzrasta distresa i pola. Tačnije, stariji muškarci visokog distresa su osobe koje su bile i ostale zdrave, pa zatim slede oni koji su ozdravili, pa oni koji su bili i ostali bolesni a najlošije pokazatelje i na ovoj funkciji imaju oni koji su se razboleli. Dakle, mlađe žene niskog distresa imaju veću verovatnoću da se nađu u poslednje pomenutoj kategoriji, a stariji muškarci visokog distresa u prvoj. Budući da druga

kanonička korelacija iznosi 0.308 mogli bismo zaključiti da 9.4% ishoda PTSP-a zavisi od navedenih prediktora.

Treća kanonička funkcija podrazumeva kombinaciju komorbiditeta, broja stresora, prihoda i oblasti. Tačnije, najviši komorbiditet, prebivalište u svim ispitivanim oblastima, izuzev Niša, niske prihode i broj stresora imaju osobe koje su ozdravile, pa zatim oni koji su se razboleli, pa oni koji su bili i ostali zdravi i najlošije pokazatelje na ovoj funkciji imaju oni koji su bili i ostali bolesni. Dakle, osobe iz Niša, viših prihoda i broja stresora imaju veću verovatnoću da se nađu u poslednje pomenitoj kategoriji, a osobe u svim ispitivanim oblastima, izuzev Niša, nižih prihoda i broja stresora u prvoj. Pošto treća kanonička korelacija iznosi 0.305 mogli bismo zaključiti da 9.3% ishoda PTSP-a zavisi od navedenih prediktora.

Pomenute tri kanoničke funkcije, međutim, odnosno tri načina na koje prediktori deluju na ishode PTSP-a posledica su razlikovanja 4 kategorije ispitanika, od kojih u kategoriji onih koji su se razboleli ima samo 6 ispitanika. Zbog toga je urađena još jedna analiza, koja zapravo još direktnije proverava postavljeni cilj, a odnosi se na razlikovanje grupe ispitanika koji su imali PTSP a više ga nemaju, od grupe koji su imali i dalje imaju ovaj poremećaj.

Kanoničkom diskriminativnom analizom testirana je mogućnost predikcije ishoda aktuelnog PTSP-a (da li će osoba ozdraviti ili ne) preko sociodemografskih varijabli (pol, uzrast, obrazovanje, bračni status, prihod i oblast), komorbiditeta, broja stresora, subjektivnog intenziteta stresa (distresa) i kvaliteta života. Komorbiditet je izražen preko broja dodatnih oboljenja dijagnostikovanih instrumentom MINI. Analiza je pokazala da postoji mogućnost predikcije ishoda PTSP-a preko pomenutih varijabli i to sa 71.7% uspešnosti klasifikacije. Dakle, za 21.7% preko slučajnog pogađanja (50%) pomenuti prediktori poboljšavaju predviđanje ishoda PTSP-a (tabela 47).

Tabela 47. Prosečne vrednosti osoba koje su ozdravile, razbolele se ili ostale na istom po pitanju aktuelnog PTSP-a na kanoničkim funkcijama

PTSP - ozdravljenje	Funkcija 1	Funkcija 2	Funkcija 3
Bili i ostali zdravi	1.149	.103	-.177
Imali i imaju PTSP	-1.100	.016	-.269
Ozdravili	-.182	.067	.462
Razboleli se	.503	-1.596	.035

Analiza je izdvojila jednu kanoničku funkciju, što znači da postoji jedna kombinacija prediktora koja razlikuje dve grupe ispitanika, odnosno koja vodi ozdravljenju od PTSP-a. Nisu svi prediktori bitni za ishod PTSP-a, odnosno kao jedino važne analiza izdvajaju se kvalitet života, broj stresora, oblast i distres. Osobe koje žive u Beogradu, imaju viši kvalitet života, mali broj stresora i nizak distres imaju veću verovatnoću da ozdrave, dok osobe u ispitivanim oblastima van Beograda, nižeg kvaliteta života, sa velikim brojem stresora i visokim distresom imaju manju verovatnoću da ozdrave. Budući da kanonička korelacija iznosi 0.496, možemo reći da 24.6% ishoda PTSP-a zavisi od navedenih prediktora (tabele 48, 49, 50).

Tabela 48. Značajnost razlika između osoba koje su ozdravile ili nisu od aktuelnog PTSP-a po svakom prediktoru pojedinačno

	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
MINI_komorb_intenzitet_sve	.986	1.346	1	97	.249
Broj stresora	.949	5.202	1	97	.025
Distres	.970	2.977	1	97	.088
Kvalitet života	.968	3.165	1	97	.078
Oblast (Beograd)	.959	4.104	1	97	.046
Oblast (Raška)	1.000	.029	1	97	.864
Oblast (Niš)	.983	1.650	1	97	.202
Oblast (Jablanička)	.981	1.869	1	97	.175
Pol	.991	.835	1	97	.363
Uzrast	.995	.492	1	97	.485
godina obrazovanja	.977	2.329	1	97	.130
Mesečni prihod	.996	.417	1	97	.520
Bračni status	.995	.534	1	97	.466

Tabela 49. Značajnost predikcije ishoda PTSP-a preko svih prediktora zajedno

Wilksova Lambda	Hi kvadrat	df	Sig.	Kanonička korelacija
.754	25.594	13	.019	.496

Tabela 50. Matrica sklopa kanoničke funkcije

	Funkcija 1
Broj stresora	-.405
Oblast (Beograd)	.360
Kvalitet života	.316
Distres	-.306
Godine školovanja	.271
Oblast (Jablanička)	.243
Oblast (Niš)	-.228
MINI_komorb_intenzitet_sv	-.206
e	
pol	.162
bračni status	.130
godine	.125
ukupan mesečni prihod	-.115
oblast_RAS	-.030

8. Komorbiditet PTSP-a

Komorbiditet je utvrđivan povezivanjem aktuelnog PTSP-a sa postojanjem bilo kojeg dodatnog oboljenja ikada, zatim sa postojanjem bilo kojeg dodatnog aktuelnog poremećaja, kao i sa pojedinačnim aktuelnim psihijatrijskim poremećajima.

Hi kvadrat testom utvrđivana je povezanost aktuelnog PTSP-a sa postojanjem bilo kojeg dodatnog poremećaja ikada i pokazano je da povezanost postoji, takva da osobe koje imaju PTSP imaju češće i druge psihijatrijske poremećaje (tabele 51 i 52).

Tabela 51. Prosečne vrednosti osoba koje su ozdravile ili nisu od aktuelnog PTSP-a na kanoničkoj funkciji

	Funkcija 1
Imali i imaju PTSP	-.560
Ozdravili	.572

Tabela 52. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po ukupnom komorbiditetu

		Ukupan broj svih poremećaja		
		Bez	Komorbiditet	Ukupno
		komorbiditeta		
Aktuelni PTSP	Ne	239	281	520
	Da	6	114	120
Ukupno		245	395	640

Hi kvadrat testom utvrđivana je povezanost trenutnog PTSP-a sa postojanjem bilo kojeg dodatnog poremećaja aktuelno i pokazano je da povezanost postoji, takva da osobe koje imaju PTSP imaju češće i druge psihijarijske poremećaje (tabele 53 i 54).

Tabela 53. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSP-a i ukupnog komorbiditeta

Hi-kvadrat	df	Sig.	Koeficijent kontigencije
69.239 ^a	1	.000	.312

Tabela 54. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po aktuelnom komorbiditetu

		Ukupan broj svih trenutnih poremećaja		
		Bez	Komorbiditet	Ukupno
		komorbiditeta		
Aktuelni PTSP	Ne	241	279	520
	Da	7	113	120
Ukupno		248	392	640

Hi kvadrat testom utvrđivana je povezanost trenutnog PTSP-a sa aktuelnom velikom depresivnom epizodom i pokazano je da povezanost postoji, takva da osobe koje imaju PTSP imaju češće i veliku depresivnu epizodu (tabele 55 i 56).

Tabela 55. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSP-a i aktuelnog komorbiditeta

Hi-kvadrat	df	Sig.	Koeficijent kontigencije
67.424 ^a	1	.000	.309

Tabela 56. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po komorbiditetu sa velikom depresivnom epizodom

		Velika depresivna epizoda aktuelna		
		Ne	Da	Ukupno
Aktuelni PTSP	Ne	428	92	520
	Da	43	77	120
Ukupno		471	169	640

Hi kvadrat testom utvrđivana je povezanost aktuelnog PTSP-a sa rekurentnim depresivnim poremećajem i pokazano je da povezanost postoji, odnosno da osobe koje imaju PTSP imaju češće i rekurentni depresivni poremećaj (tabele 57 i 58).

Tabela 57. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSP-a i velike depresivne epizode

Hi-kvadrat	df	Sig.	Koeficijent kontigencije
108.364 ^a	1	.000	.381

Tabela 58. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po komorbiditetu sa rekurentnim depresivnim poremećajem

		Rekurentni depresivni poremećaj		
		Ne	Da	Ukupno
Aktuelni PTSP	Ne	476	44	520
	Da	72	48	120
Ukupno		548	92	640

Hi kvadrat testom utvrđivana je povezanost aktuelnog PTSP-a sa velikom depresivnom epizodom sa melanholičnim odlikama i pokazano je povezanost postoji, takva da osobe koje imaju PTSP imaju češće i veliku depresivnu epizodu (tabele 59 i 60).

Tabela 59. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSP-a i rekurentnog depresivnog poremećaja

Hi-kvadrat	df	Sig.	Koeficijent kontigencije
78.791 ^a	1	.000	.331

Tabela 60. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po komorbiditetu sa velikom depresivnom epizodom sa melanholičnim obeležjima

		Velika depresivna epizoda sa melanholičnim obeležjima		Ukupno
		ne	da	
Trenutni PTSP	Ne	485	35	520
	Da	69	50	119
Ukupno		554	85	639

Hi kvadrat testom utvrđivana je povezanost aktuelnog PTSP-a sa aktuelnom suicidalnošću i pokazano je da povezanost postoji, takva da osobe koje imaju PTSP imaju češće i suicidalne ideje (tabele 61 i 62).

Tabela 61. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSP-a i velike depresivne epise sa melanholičnim obeležjima

Hi-kvadrat	df	Sig.	Koeficijent kontigencije
104.551 ^a	1	.000	.375

Tabela 62. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po komorbiditetu sa suicidalnošću

		Suicidalnost		
		Ne	Da	Ukupno
Trenutni PTSP	Ne	477	43	520
	Da	78	42	120
Ukupno		555	85	640

Hi kvadrat testom utvrđivana je povezanost aktuelnog PTSP-a sa hipomaničnom epizodom i pokazano je da povezanost postoji, takva da osobe koje imaju PTSP imaju češće i hipomaniju (tabele 63 i 64).

Tabela 63. Značajnost povezanosti trenutnog PTSP-a i suicidalnosti

Hi-kvadrat	df	Sig.	Koeficijent kontigencije
60.489 ^a	1	.000	.294

Tabela 64. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po komorbiditetu sa hipomaničnom epozodom

		Hipomanična epizoda prošla ili sadašnja			Ukupno
		Ne	Sadašnja hipomanična epizoda	Prošla hipomanična epizoda	
Aktuelni PTSP	Ne	438	27	51	516
	Da	88	9	23	120
Ukupno		526	36	74	636

Hi kvadrat testom utvrđivana je povezanost aktuelnog PTSP-a sa maničnom epizodom i pokazano je da povezanost postoji, takva da osobe koje imaju PTSP imaju češće i manični poremećaj (tabele 65 i 66).

Tabela 65. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSPa i hipomanične epizode

Hi-kvadrat	df	Sig.	Koeficijent kontigencije
9.665 ^a	2	.008	.122

Tabela 66. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po komorbiditetu sa maničnom epizodom

		Manična epizoda sadašnja ili u prošlosti			Ukupno
		Ne	Aktuelna manična epizoda	Prošla manična epizoda	
Aktuelni PTSP	Ne	490	13	15	518
	Da	101	13	6	120
Ukupno		591	26	21	638

Hi kvadrat testom utvrđivana je povezanost trenutnog PTSP-a sa paničnim poremećajem i pokazano je da povezanost postoji, takva da osobe koje imaju PTSP imaju češće i panični poremećaj (tabele 67 i 68).

Tabela 67. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSPa i manične epizode

Hi-kvadrat	df	Sig.	Koeficijent kontigencije
19.018 ^a	2	.000	.170

Tabela 68. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po komorbiditetu sa paničnim poremećajem

		Panični poremećaj		Ukupno
		ne	da	
Aktuelni PTSP	Ne	453	67	520
	Da	63	57	120
Ukupno		516	124	640

Hi kvadrat testom utvrđivana je povezanost trenutnog PTSP-a sa paničnim napadima i pokazano je da povezanost ne postoji (tabele 69 i 70).

Tabela 69. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSP-a i paničnog poremećaja

Hi-kvadrat	df	Sig.	Koeficijent kontigencije
74.788 ^a	1	.000	.323

Tabela 70. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po komorbiditetu sa paničnim napadima

		Panični napadi		Ukupno
		Ne	Da	
Aktuelni PTSP	Ne	488	32	520
	Da	112	8	120
Ukupno		600	40	640

Hi kvadrat testom utvrđivana je povezanost aktuelnog PTSP-a sa agorafobijom bez paničnih napada i pokazano je da povezanost ne postoji (tabele 71 i 72).

Tabela 71. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSP-a i paničnih napada

Hi-kvadrat	df	Sig.
.044 ^a	1	.834

Tabela 72. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po komorbiditetu sa agorafobijom

		Agorafobija bez paničnog poremećaja		
		Ne	Da	Ukupno
Aktuelni PTSP	Ne	494	26	520
	Da	111	9	120
Ukupno		605	35	640

Hi kvadrat testom utvrđivana je povezanost aktuelnog PTSP-a sa socijalnom fobijom i pokazano je da povezanost postoji, takva da osobe koje imaju PTSP imaju češće i socijalnu fobiju (tabele 73 i 74).

Tabela 73. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSP-a i agorafobije

Hi-kvadrat	df	Sig.
1.179 ^a	1	.278

Tabela 74. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po komorbiditetu sa socijalnom fobijom

		Socijalna fobija		
		Ne	Da	Ukupno
Aktuelni PTSP	Ne	501	19	520
	Da	100	20	120
Ukupno		601	39	640

Hi kvadrat testom utvrđivana je povezanost trenutnog PTSP-a sa opsesivno-kompulzivnim poremećajem i pokazano je da povezanost postoji, takva da osobe koje imaju PTSP imaju češće i opsesivno-kompulzivni poremećaj (tabele 75 i 76).

Tabela 75. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSP-a i socijalne fobije

Hi-kvadrat	df	Sig.	Koeficijent kontigencije
28.851 ^a	1	.000	.208

Tabela 76. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po komorbiditetu sa opsesivno-kompulzivnim poremećajem

		Opsesivno kompulzivni poremećaj		Ukupno
		Ne	Da	
Aktuelni PTSP	Ne	501	18	519
	Da	98	22	120
Ukupno		599	40	639

Hi kvadrat testom utvrđivana je povezanost aktuelnog PTSP-a sa zavisnošću od alkohola i pokazano je da takva povezanost ne postoji (tabele 77 i 78).

Tabela 77. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSP- i opsesivno-kompulzivnog poremećaja

Hi-kvadrat	df	Sig.	Koeficijent kontigencije
36.703 ^a	1	.000	.233

Tabela 78. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po komorbiditetu sa zavisnošću od alkohola

		Zavisnost od alkohola		
		Ne	Da	Ukupno
Aktuelni PTSP	Ne	495	25	520
	Da	115	5	120
Ukupno		610	30	640

Hi kvadrat testom utvrđivana je povezanost aktuelnog PTSP-a sa zloupotrebom alkohola i pokazano je da ta povezanost ne postoji (tabele 79 i 80).

Tabela 79. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSP-a i alkoholne zavisnosti

Hi-kvadrat	df	Sig.
.090 ^a	1	.765

Tabela 80. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po komorbiditetu sa zloupotrebom alkohola

		Zloupotreba alkohola			
		Ne	Da	Nije primenjivo	Ukupno
Aktuelni PTSP	Ne	479	16	25	520
	Da	112	3	5	120
Ukupno		591	19	30	640

Hi kvadrat testom utvrđivana je povezanost aktuelnog PTSP-a sa zavisnošću od supstanci i pokazano je da povezanost postoji, takva da osobe koje imaju PTSP imaju češće zavisnost (tabele 81 i 82).

Tabela 81. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSP-a i zloupotrebe alkohola

Hi-kvadrat	df	Sig.
.210 ^a	2	.900

Tabela 82. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po komorbiditetu sa zavisnošću od supstanci

		Zavisnost od supstanci		
		Ne	Da	Ukupno
Aktuelni PTSP	Ne	513	7	520
	Da	115	5	120
Ukupno		628	12	640

Hi kvadrat testom utvrđivana je povezanost aktuelnog PTSP-a sa zloupotrebom supstanci i pokazano je da povezanost ne postoji (tabele 83 i 84).

Tabela 83. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSP-a i zavisnosti od supstanci

Hi-kvadrat	df	Sig.	Koeficijent kontigencije
4.216 ^a	1	.040	.081

Tabela 84. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po komorbiditetu sa zloupotrebom supstanci

		Zloupotreba supstanci			Ukupno
		Ne	Da	Nije primenjivo	
Trenutni PTSP	Ne	509	4	7	520
	Da	115	0	5	120
Ukupno		624	4	12	640

Hi kvadrat testom utvrđivana je povezanost aktuelnog PTSP-a sa poremećajima raspoloženja sa psihotičnim karakteristikama i pokazano je da povezanost postoji, takva da osobe koje imaju PTSP imaju češće poremećaje raspoloženja sa psihotičnim karakteristikama (tabele 85 i 86).

Tabela 85. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSP-a i zloupotrebe supstanci

Hi-kvadrat	df	Sig.
5.102 ^a	2	.078

Tabela 86. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po komorbiditetu sa poremećajima raspoloženja sa psihotičnim karakteristikama

		Poremećaji raspoloženja sa psihotičnim karakteristikama		
		Ne	Da	Ukupno
Aktuelni PTSP	Ne	517	2	519
	Da	117	3	120
Ukupno		634	5	639

Hi kvadrat testom utvrđivana je povezanost aktuelnog PTSP-a sa psihotičnim poremećajima i pokazano je da povezanost ne postoji (tabele 87 i 88).

Tabela 87. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSP-a i poremećaja raspoloženja sa psihotičnim karakteristikama

Hi-kvadrat	df	Sig.	Koeficijent kontigencije
5.614 ^a	1	.018	.093

Tabela 88. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po komorbiditetu sa psihotičnim poremećajima

		Psihotični poremećaji		Ukupno
		Ne	Da	
Aktuelni PTSP	Ne	516	4	520
	Da	119	1	120
Ukupno		635	5	640

Hi kvadrat testom utvrđivana je povezanost aktuelnog PTSP-a sa generalizovanim anksioznim poremećajem i pokazano je da povezanost postoji, takva da osobe koje imaju PTSP češće imaju anksiozni poremećaj (tabele 89 i 90).

Tabela 89. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSP-a i psihotičnih poremećaja

Hi-kvadrat	df	Sig.
.005 ^a	1	.943

Tabela 90. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po komorbiditetu sa generalizovanim anksioznim poremećajem

		Generalizovani anksiozni poremećaj		Ukupno
		Ne	Da	
Aktuelni PTSP	Ne	436	84	520
	Da	53	67	120
Ukupno		489	151	640

Hi kvadrat testom utvrđivana je povezanost aktuelnog PTSP-a sa somatizacionim poremećajem i pokazano je da povezanost ne postoji (tabele 91, 92, 93).

Tabela 91. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSP-a i generalizovanog anksioznog poremećaja

Hi-kvadrat	df	Sig.	Koeficijent kontigencije
85.155 ^a	1	.000	.343

Tabela 92. Raspodela osoba sa i bez aktuelnog PTSP-a po komorbiditetu sa somatizacionim poremećajem

		Somatizacioni poremećaj		
		Ne	Da	Ukupno
Aktuelni PTSP	Ne	518	2	520
	Da	118	2	120
Ukupno		636	4	640

Tabela 93. Značajnost povezanosti aktuelnog PTSP-a i somatizacionog poremećaja

Hi-kvadrat	df	Sig.
2.580 ^a	1	.108

IV DISKUSIJA

Stanovnici Srbije bili su izloženi prolongiranom, dugotrajnom stresu i preživeli različite i brojne traumatične događaje. Ovo istraživanje imalo je za cilj da istraži posledice 78-o dnevnog bombardovanja i pokazalo je da posledice postoje i traju i nakon 7 godina u vidu brojnih psihijatrijskih poremećaja. Posttraumatski stresni poremećaj je posle toliko vremena prešao u hroničnu formu, zajedno sa depresijom koja je prisutna u velikom procentu populacije. Suicidalnost, generalizovani anksiozni poremećaj, panični poremećaj, agorafobija, samo su neke od posledica agresije na našu zemlju.

Naše istraživanje potvrdilo je odnosno odbacilo postavljene hipoteze na sledeći način:

Hipoteza da potencijalno predisponirajuće sociodemografske varijable, veći broj i intenzitet stresora, prisustvo komorbiditeta i niži kvalitet života vode razvoju PTSP-a, potvrđena je i pronađena je statistička značajnost o uticaju ovih varijabli na razvoj PTSP-a. Tako, osobe sa dijagnozom aktuelnog PTSP-a starije su životne dobi, nižeg obrazovnog statusa sa manje godina obrazovanja i u proseku imaju niže prihode. Isti rezultat dobijen je i kod osoba sa dijagnozom prošlog PTSP-a, odnosno PTSP-a u ranijem periodu života. Podaci iz literature su različiti i jedni ukazuju na veću zastupljenost PTSP-a kod mlađe populacije (Breslau i sar., 1991; 1995), dok novije istraživanje Kristiansena i Elklita (Christiansen & Elklit, 2008) nije izdvojilo godine kao značajan prediktor PTSP-a. Naši rezultati u skladu su sa podacima de Jonga i saradnika koji ističu povezanost PTSP-a sa starijom životnom dobi (de Jong i sar., 2001), sa nedavnim istraživanjem Koltvejta i saradnika (Kolltveit i sar., 2012), ali i sa nekim ranijim istraživanjima (Kessler i sar., 1995). Hapke i saradnici (Hapke i sar., 2006) kao rezultat svog istraživanja iznose podatak da je prosečna starost za početak PTSP-a kod žena 22 godine a kod muškaraca 30. To može značiti da kod muškaraca sa godinama raste rizik za razvoj ovog poremećaja, što je u skladu sa rezultatima našeg istraživanja. Bromet i saradnici (Bromet i sar., 1998) smatraju da je manji broj godina značajan prediktivan faktor PTSP-a kod žena, dok to nije slučaj kod muškaraca. Velika epidemiološka studija u Holandiji na uzorku od 2 238 odraslih osoba ukazuje da je PTSP češći kod muškaraca srednje životne dobi (Bronner i sar., 2009).

Rezultat našeg istraživanja koji povezuje razvoj PTSP-a sa sa nižim obrazovnim statusom i nižim prihodima, konzistentan je sa podacima iz literature (Breslau i sar., 1995; de Jong i sar., 2001). Novije istraživanje na uzorku od 11. 037 odraslih osoba u Njujorku (New York) ističe kao značajane faktore za razvoj PTSP-a nizak obrazovni status i niske mesečne prihode (DiGrande i sar., 2008). U istom ovom istraživanju navodi se i starija životna dob kao faktor rizika što je u skladu sa našim rezultatima.

Rezultati našeg istraživanja dalje pokazuju da ne postoji povezanost aktuelnog PTSP-a sa polom ali da postoji povezanost prošlog PTSP-a sa polom, takva da je veća verovatnoća razvoja ovog poremećaja kod osoba ženskog pola koje su ranije u životu imale PTSP. Podaci iz literature gotovo su jednoglasni u stavu da žene dva puta češće razvijaju PTSP nakon traumatskog događaja (DiGrande i sar., 2008; Frans i sar., 2005; Norris i sar., 2004; Rosner i sar., 2003; Gavranidou & Rosner, 2003; Zlotnick i sar., 2001; Punamaki i sar., 2005; Kolltveit i sar., 2012) ali i da mnogo češće razvijaju hroničnu formu ovog poremećaja (Breslau, 2002; Kessler i sar., 1995). Velika mutricentrična epidemiološka studija takođe iznosi višu prevalencu ovog poremećaja kod žena (Darves-Bornoz i sar., 2008) kao i studija Galea i saradnika (Galea i sar., 2008). Istraživanje Vogesa i Romnija (Voges & Romney, 2003) ističe pol kao značajan faktor rizika ali ne prave razliku između prošlog i aktuelnog PTSP-a. Još jedno istraživanje naglašava povezanost pola sa razvojem PTSP-a i ističe da su žene u značajno višem riziku posebno od prolongiranog i odloženog početka ovog poremećaja (Holbrook i sar., 2002). Autori još navode da su žene vulnerabilnije bez obzira na vrstu traume (Breslau i sar., 1999). Zanimljiv je nalaz na opštoj populaciji stanovnika Etiopije (de Jonge i sar., 2001) po kojem žene i muškarci imaju jednaku prevalencu PTSP-a u Gazi, žene čak imaju manje simptoma ovog poremećaja u odnosu na mušku populaciju. Autor ovog istraživanja komentariše da su ti rezultati »u kontrastu sa zapadnim«, sa čim i mi možemo da se složimo i možda tako pokušamo da razumemo i naše rezultate. Nasuprot studijama koje su rađene na civilnom stanovništvu, neki preliminarni podaci sugerišu da među ženskim i muškim veteranima nema razlike. Tako dve studije rađene na veteranima u Avganistanu pokazuju minimalne razlike u prevalenci PTSP kod oba pola (Rona i sar., 2007; Seal i sar., 2007). Jedna nova studija rađena na veteranima rata u Iraku i Avganistanu potvrđuje rezultate prethodne dve (Haskell i sar., 2010).

Rezultati našeg istraživanja još ukazuju da od sociodemografskih varijabli bračni status nema uticaja ni na aktuelni ni na prošli PTSP i da ovakva povezanost ne postoji. Podaci iz

literature su različiti i ukazuju na to da su razvedene osobe sklonije razvoju PTSP-a (DiGrande i sar., 2008), kao i da je prevalencija ovog poremećaja viša kod neudatih žena (Bronner i sar., 2009).

Naša hipoteza da sociodemografske varijable, veći broj i intenzitet stresora, prisustvo komorbiditeta i niži kvalitet života vode razvoju PTSP-a, u celini je potvrđena i dalja analiza pokazala je da postoji mogućnost predikcije aktuelnog PTSP-a preko pomenutih sociodemografskih varijabli, komorbiditeta, broja i intenziteta stresora i kvaliteta života i to sa 83.2% uspešnosti klasifikacije, tako da možemo zaključiti da 33.4% PTSP-a zavisi od navedenih prediktora. Analiza još pokazuje da nisu svi prediktori bitni za razvoj PTSP-a i kao jedino važne izdvaja komorbiditet, kvalitet života i broj stresora. Naime, sociodemografske varijable imaju bitnu ulogu u pojedinačnim analizama ali u združenoj analizi sa ostalim ispitivanim prediktorima, postaju manje značajne. Tako, veći broj stresora, niži kvalitet života i postojanje još nekog psihijatrijskog poremećaja predisponiraju razvoju PTSP-a. Slično je i sa prošlim PTSP-em za koji je analiza pokazala da mogućnost predikcije razvoja preko istih ovih varijabli iznosi 76.8% uspešnosti klasifikacije i ovom slučaju može se zaključiti da 29.16% PTSP-a zavisi od navedenih faktora. U našem istraživanju kao najbitniji prediktori izdvajaju se komorbiditet, kvalitet života i intenzitet stresora, odnosno distres. Tako niži kvalitet života, postojanje drugih psihijatrijskih poremećaja i viši distres doprinose razvoju PTSP-a. Ovi rezultati u potpunosti su konzistentni sa podacima iz literature koji su pokazali da prevalencija PTSP-a raste sa jačinom stresora (traumatski događaji), kao i sa više manjih stresora (događaji ili okolnosti koje izazivaju lični distres ali ne predstavljaju neposrednu pretnju po život) (Engelhard & van den Hout, 2007).

Autori su, takođe, složni u tome da je jačina traumatskog događaja najizraženiji prediktor razvoja PTSP-a (Yehuda, 1999; Abu-Saba, 1999; Gavrilovic i sar., 2002; Voges & Romney, 2003; Engelhard & van den Hout, 2007). Neke studije otkrile su povezanost između broja traumatskih događaja i PTSP-a (Maes i sar., 2001), dok su druge negirale tu vezu (McTeague i sar., 2004). Prema podacima iz literature, komorbiditet PTSP-a i drugih mentalnih poremećaja je pravilo (O'Donnell i sar., 2004) ali mnoge studije PTSP-a ne procenjuju stepen ili redosled nastanka psihijatrijskih poremećaja, bilo zbog toga što je studija koncipirana kao presek aktuelnog stanja, ili zbog nedostatka podataka o starosti i nastanku svakog poremećaja. U našim rezultatima kao značajan prediktor izdvaja se kvalitet života što korelira sa nalazima mnogih

istraživanja koja ukazuju na značajnu povezanost kvaliteta života i PTSP-a (Richardson i sar., 2008; Mital i sar., 2006; Holbrook i sar., 2001; Rapaport i sar., 2005; Thulesius i sar., 2004; Lečić-Toševski i sar., 2003) ali budući da se mahom radi o studijama preseka, teško je uporediti ove rezultate i utvrditi da li je nizak kvalitet života predisponirao razvoju PTSP-a ili je sam poremećaj narušio kvalitet života.

Naša hipoteza da sociodemografske varijable (pol, godine, obrazovanje, bračno stanje, materijalni status, mesto stanovanja) imaju statistički značajan uticaj na vezu između intenziteta, broja i vrste stresora i razvoja PTSP-a, odbačena je i rezultati našeg istraživanja ukazuju da sociodemografske varijable doprinose predikciji razvoja PTSP-a ali ne utiču na vezu između intenziteta distresa i broja stresora sa PTSP-em. Naime, potvrđen je značaj sociodemografskih varijabli čiji je uticaj opstao uprkos uključivanju treće varijable. Pored toga, potvrđen je i veliki pojedinačan značaj distresa i broja stresora kao prediktora razvoja PTSP-a. U nama dostupnoj literaturi nema istraživanja koje uključuju sve tri varijable istovremeno tako da je komparacija u ovom slučaju nemoguća.

Hipoteza da sociodemografske varijable (pol, godine, obrazovanje, bračno stanje, materijalni status, mesto stanovanja) imaju statistički značajan uticaj na komorbiditet PTSP-a i drugih psihijatrijskih poremećaja dijagnostikovanim po DSM IV takođe je odbačena i to na sledeći način. Analiza je pokazala da je u prvom koraku komorbiditet značajan prediktor razvoja PTSP-a i da se 84.7% ispitanika može korektno klasifikovati. U drugom koraku komorbiditet ostaje značajan prediktor razvoja PTSP-a, a od socio demografskih varijabli kao značajni prediktori pojavljuju se uzrast, mesečni prihod i oblast (region) istraživanja, uz 85.3% korektno klasifikovanih ispitanika. Dakle, sociodemografske varijable doprinose predikciji razvoja PTSP-a ali ne utiču na komorbiditet sa PTSP-em.

Naša hipoteza da komorbiditet utiče na vezu između vrste, broja i intenziteta stresora i razvoja PTSP-a tako što postojanje još nekog psihijatrijskog poremećaja smanjuje, odnosno povećava uticaj vrste, broja ili težine stresora na pojavu PTSP-a, delimično je potvrđena i to tako što je potvrđena kod prošlog a odbačena u slučaju aktuelnog PTSP-a. Kod aktuelnog PTSP-a, analiza je pokazala da su u prvom koraku oba prediktora, distres i broj stresora značajni

prediktori razvoja PTSP-a i da se 81.7% ispitanika može korektno klasifikovati. U drugom koraku distres i broj stresora ostaju značajni prediktori razvoja PTSP-a, ali je značajan prediktor i komorbiditet, uz 85% korektno klasifikovanih ispitanika. Tako komorbiditet doprinosi predikciji razvoja PTSP-a ali ne menja vezu distresa i broja stresora sa PTSP-em. U slučaju prošlog PTSP-a, analiza je pokazala da su u prvom koraku oba prediktora, distres i broj stresora značajni prediktori razvoja PTSP-a i da se 69.2% ispitanika može korektno klasifikovati. U drugom koraku distres ostaje značajan prediktor razvoja PTSP-a, ali ne i broj stresora, dok je značajan prediktor i komorbiditet, uz 75.2% korektno klasifikovanih ispitanika. Tako komorbiditet doprinosi predikciji razvoja PTSP-a ali delimično utiče i na vezu distresa i broja stresora sa PTSP-em, tako što broj stresora prestaje da bude značajan prediktor, odnosno komorbiditet i distres predviđaju prošli PTSP bolje od distresa i broja stresora. Momartin sa saradnicima pokazao je značajno viši nivo distresa kod komorbiditeta PTSP-a i depresije na izbeglicama iz Bosne (Momartin i sar., 2005), što je u skladu sa našim podacima. Molica sa saradnicima, takođe iznosi slične podatke i naglašava značajno viši distress ali i broj stresora kod komorbiditeta PTSP-a (Mollica i sar., 1999).

Hipoteza da potencijalno protektivne sociodemografske varijable, manji broj i manji intenzitet stresora, odsustvo komorbiditeta i viši kvalitet života vode efikasnijem oporavku od PTSP-a, potvrđena je u celini i to na sledeći način. Prvo, konstatovano je da je nakon godinu dana došlo do promene stanja, odnosno do izlečenja kod jednog broja ispitanika, tako što su se izdvojile 4 grupe ispitanika - oni koji su imali i dalje imaju PTSP, oni koji su imali i više nemaju PTSP, oni koji ga nisu imali ali sada imaju i oni koji nisu imali i i dalje nemaju PTSP. U analizu efekata na ishode PTSP-a uzeta je u obzir samo promena aktuelnog PTSP-a. Analiza je izdvojila tri značajne funkcije, odnosno tri načina na koje pol, uzrast, obrazovanje, bračni status, visina prihoda i oblast življenja (mesto, region), komorbiditet, broj stresora i intenzitet stresora (distres) i kvalitet života mogu uticati na ishod PTSP-a. Prema dostupnoj literaturi nema mnogo istraživanja koja istražuju istovremenu vezu svih faktora koje smo mi uzeli u obzir u istraživanju ali su naši podaci u skladu sa istraživanjima koja su ispitivala pojedinačne uticaje navedenih faktora (Momartin i sar., 2005; Engelhard & van den Hout, 2007). Goenjin sa saradnicima pokazao je značaj kvaliteta života u oporavku od PTSP-a i u svojoj studiji naveo je kvalitet života kao indikator oporavka kod PTSP-a (Goenjian i sar., 2011).

U prvoj varijanti kao značajna, izdvojila se kombinacija komorbiditeta, kvaliteta života i oblasti u kojoj ispitanici žive. Tako, najviši kvalitet života, prebivalište u Beogradu i nizak komorbiditet imaju osobe koje su bile i ostale zdrave, pa zatim oni koji su se razboleli, pa oni koji su ozdravili i naravno najlošije pokazatelje na ovoj funkciji imaju oni koji su bili i ostali bolesni. U ovom slučaju možemo zaključiti da 46.51% ishoda PTSP-a zavisi od navedenih prediktora. Druga opcija podrazumeva kombinaciju uzrasta, distresa i pola. Tako su naši nalazi pokazali da su stariji muškarci visokog distresa osobe koje su bile i ostale zdrave, pa zatim slede oni koji su ozdravili, pa oni koji su bili i ostali bolesni a najlošije pokazatelje i na ovoj funkciji imaju oni koji su se razboleli, tako da možemo zaključiti da 9.4% ishoda PTSP-a zavisi od navedenih prediktora. Naši nalazi dalje ukazuju da mlađe žene niskog distresa imaju veću verovatnoću da se sporije oporave od PTSP-a. Treća opcija izdvojila je kombinaciju komorbiditeta, broja stresora, visine prihoda i oblasti. Tačnije, najviši komorbiditet, prebivalište u svim ispitivanim oblastima, izuzev u Nišu, niske prihode i broj stresora imaju osobe koje su ozdravile, pa zatim oni koji su se razboleli, pa oni koji su bili i ostali zdravi a najlošije pokazatelje na ovoj funkciji imaju oni koji su bili i ostali bolesni. U ovom slučaju možemo zaključiti da 9.3% ishoda PTSP-a zavisi od navedenih prediktora. Podaci iz literature pokazuju da je urbano podneblje predisponirajući faktor za razvoj PTSP-a, zahvaljujući većem broju stresora, manjoj socijalnoj podršci kao posledici otuđenja (Gill i sar., 2009; Galea i sar., 2008; Baker i sar., 2005), dok naši podaci pokazuju suprotno. Razlog ovome svakako je viši standard i razvijenija ekonomija u razvijenijim oblastima, posebno u Beogradskoj oblasti, u odnosu na ruralne delove zemlje.

Pomenuta tri načina, međutim, na koje prediktori deluju na ishod PTSP-a posledica su razlikovanja 4 kategorije ispitanika, od kojih u kategoriji onih koji su se razboleli ima samo 6 ispitanika. Zbog toga je urađena još jedna analiza, koja zapravo još direktnije proverava postavljeni cilj a odnosi se na *razlikovanje grupe ispitanika koji su imali PTSP a više ga nemaju*, od grupe koji su imali i dalje imaju ovaj poremećaj. Analiza je pokazala da postoji mogućnost predikcije ishoda PTSP-a preko pomenutih varijabli i to sa 71.7% uspešnosti klasifikacije. Tako je ustanovljeno da postoji jedna *kombinacija prediktora* koja razlikuje dve grupe ispitanika, odnosno *koja vodi ozdravljenju od PTSP-a*. Nisu svi prediktori bitni za ishod PTSP-a, odnosno kao jedino važne analiza izdvaja *kvalitet života, broj stresora, oblast i distres*. Tako, mogli bismo

zaključiti da su osobe koje su imale PTSP a koje su ozdravile, što je testiranjem nakon godinu dana potvrđeno, one osobe koje žive u Beogradu, imaju viši kvalitet života, mali broj stresora i nizak distres. Iz toga proizilazi da su život van Beograda, niži kvaliteta života, veliki broj stresora i njihov visok intenzitet, prediktori lošijeg ishoda PTSP-a, odnosno osobe sa postojanjem ovih prediktora imaju manju verovatnoću da ozdrave. U ovom slučaju mogli bismo zaključiti da 24.6% ishoda PTSP-a zavisi od navedenih varijabli što predstavlja statistički značajan nalaz. Podatak da je život u velikom gradu povoljan za oporavak od PTSP-a, može se tumačiti na više načina. Jedno od tumačenja je da je to urbana oblast sa svim što jedno urbano podneblje nosi ali i da je to prostor u kojem je bolji standard, što je činjenica za našu zemlju. Podaci iz literature ukazuju da je PTSP češći u urbanoj populaciji što je u suprotnosti sa našim rezultatima. Nekoliko istraživanja ukazuju da se rizik za razvoj PTSP-a povećava u urbanim životnim okolnostima, posebno u ženskoj populaciji (Breslau i sar., 1998; Kessler i sar., 1995; Norris i sar., 2004; North i sar., 2004), što je jedno nedavno istraživanje na uzorku od 250 žena i potvrdilo (Gill i sar., 2009). Povišen rizik za razvoj PTSP-a u urbanim podnebljima tumači se većim brojem potencijalnih traumatskih događaja, kao što je nasilje (Baker i sar., 2005; Galea i sar., 2008).

Kao još jedan značajan prediktor povoljnog ishoda, u našim rezultatima izdvaja se kvalitet života. Ovaj nalaz u potpunosti korelira sa nalazima mnogih istraživanja koja ukazuju na značajnu povezanost smanjenja kvaliteta života usled prisustva PTSP-a (Richardson i sar., 2008; Mital i sar., 2006; Holbrook i sar., 2001; Rapaport i sar., 2005; Thulesius i sar., 2004; Lečić-Toševski i sar., 2003). U jednoj studiji navodi se još da je prolongirani PTSP povezan sa značajno redukovanim kvalitetom života (Holbrook i sar., 2002). Novije istraživanje Jang Šinga i saradnika (Young-Shing i sar., 2007) ukazuje na značajno nizak skor kvaliteta života kod osoba sa PTSP-em u odnosu na one koje imaju subkliničku formu PTSP-a. Jedna nedavna longitudinalna studija na uzorku adolescenata ukazuje da merenje i praćenje kvaliteta života kod osoba sa PTSP-em može biti indikator oporavka od ovog poremećaja (Goenjian i sar., 2011).

Iako nije formulisan kao zasebna hipoteza, komorbiditet PTSP-a uzet je u obzir i zasebno je analiziran s obzirom na to da upitnik MINI koji je primenjen i kojim su dijagnostikovani prošli i sadašnji PTSP pokriva sve dijagnostičke kategorije po DSM-IV, kao i da je vrsta komorbiditeta i njegova veza sa PTSP-em od velikog značaja kako na naučnom, tako i kliničkom nivou. Naši nalazi ukazuju na visok stepen komorbiditeta, štaviše, od ukupnog uzorka samo 6 osoba ima

samo PTSP, što je 5%, odnosno 95% uzorka obolelih od PTSP-a ima i neki drugi mentalni poremećaj. Ovakvi rezultati potvrđuju stav istraživača da je komorbiditet PTSP-a pre pravilo nego izuzetak (O'Donnell i sar., 2001) i u skladu je sa rezultatima istraživanja Breslaua i saradnika (Breslau i sar., 1991) koje pokazuje da 83% uzorka sa PTSP-em zadovoljava kriterijum za najmanje još jedan psihijatrijski poremećaj, u poređenju sa 44% onih koji nemaju PTSP. I podaci Nacionalne studije (Kessler i sar., 1995) izveštavaju slično i navode da 88% muškaraca i 79% žena sa hroničnim PTSP-em zadovoljava kriterijum za najmanje još jedan psihijatrijski poremećaj.

Rezultati našeg istraživanja dalje pokazuju da je najčešći komorbidni poremećaj velika depresivna epizoda i 64% uzorka sa PTSP-em ima i veliku depresivnu epizodu. Pokazan je takođe i značajan stepen komorbiditeta sa rekurentnim depresivnim poremećajem, kao i sa depresivnim poremećajem sa melanholičnim obeležjima. Ovi rezultati u potpunosti su konzistentni sa podacima iz literature koji ukazuju na čest komorbiditet depresije i PTSP-a (O'Donnell i sar., 2004; Holtzheimer i sar., 2005; Kessler i sar., 2005a; Campbell i sar., 2007; Ikin i sar., 2010; Goenjian i sar., 2011; Chiu i sar., 2011; Tracy i sar., 2011; Sher i sar., 2012; Charlson i sar., 2012). Istraživanje Turala i saradnika ukazuje na uticaj komorbiditeta velike depresivne epizode sa PTSP-em koji dovodi do značajano niže stope oporavka od PTSP-a u tom slučaju (Tural i sar., 2012). Veliki broj dokaza ide u prilog različite psihobiološke osnove ova dva poremećaja i zastupaju stav da su u pitanju dva istovremena, različita poremećaja dok su neki autori ovaj komorbiditet nazvali "post-traumatski poremećaj raspoloženja" (Sher, 2005).

Rezultati našeg istraživanja ukazuju dalje na komorbiditet PTSP-a sa povišenom suicidalnošću, sa hipomaničnim i maničnim epizodama, sa paničnim poremećajem, socijalnom fobijom, opsesivno kompulsivnim poremećajem, poremećajima raspoloženja sa psihotičnim karakteristikama, generalizovanim anksioznim poremećajem i zavisnošću od supstanci. Naši rezultati su u skladu sa rezultatima ostalih istraživanja u ovoj oblasti. Studija Engelarda i saradnika ukazuje na komorbiditet PTSP-a sa ostalim anksioznim poremećajima (Engelhard i sar., 2007) što su pokazala i neka ranija istraživanja (Breslau, 1998; Shalev i sar., 1998). Podaci o komorbiditetu PTSP-a sa zavisnošću od supstanci je, takođe, pokazana u nekim istraživanjima (Back i sar., 2003).

Naše istraživanje nije pokazalo komorbiditet PTSP-a sa psihotičnim poremećajima za razliku od nekih drugih istraživanja. Nesumnjivo je da reakcija na traumu može biti psihotična što pokazuje veliki broj istraživanja (Morrison i sar., 2003; Resnick i sar., 2003; Kilcommons i

sar., 2008). Tako nedavno istraživanje na somalijskim izbeglicama u Minesoti pokazuje visok procenat psihotičnog poremećaja kod muškaraca mlađih od 30 godina (Kroll i sar., 2011).

Ograničenja istraživanja

Ograničenje ovog istraživanja može da predstavlja nehomogenost stresora, budući da su ispitanici navodili i stresore koji nisu bili u vezi sa bombardovanjem, ali je svakako uslovno uključujući kriterijum bilo samo bombardovanje.

Najveće ograničenje odnosi se na nedostatak baterije koja bi ispitivala ulogu ličnosti i rezilijentnosti na razvoj i oporavak od posttraumatskog stresnog poremećaja. Pored toga, upitnik o korišćenim strategijama za prevladavanje stresa, mogao bi značajno da doprinese preciznijem razumevanju faktora koji su u vezi sa PTSP-em.

Prednosti ovog istraživanja su veliki uzorak, nasumično izabrani ispitanici, kao i prospektivan aspekt istraživanja.

V ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Istraživanje smo započeli različitim teorijskim idejama o posttrumatskom stresnom poremećaju, faktorima koji predisponiraju razvoju ovog poremećaja, kao i faktorima koji mogu eventualno doprineti efikasnijem oporavku od njega. Istražili smo uticaj više varijabli na PTSP, kako pojedinačno, tako i zbirno, kao i najčešće komorbidne poremećaje. Rezultati našeg istraživanja uglavnom su potvrdili postavljene hipoteze. U zaključku, naveli bismo sledeće:

- Prediktivni faktori razvoja aktuelnog PTSP-a su sociodemografske karakteristike i to: starije životno doba, niži obrazovni nivo, niži prihodi, populacija koja živi u Raškoj i Pčinjskoj oblasti.
- Prediktivni faktori razvoja prošlog PTSP-a su sociodemografske karakteristike i to: starije životno doba, niži obrazovni nivo, niži prihodi, ženski pol, populacija koja živi Niškoj, Raškoj i Pčinjskoj oblasti.
- Prediktivni faktori razvoja aktuelnog PTSP-a su niži kvalitet života, prisustvo komorbidnih poremećaja i veći broj stresora.
- Prediktivni faktori razvoja prošlog PTSP-a su niži kvalitet života, prisustvo komorbidnih poremećaja i viši intenzitet stresora.
- Sociodemografske varijable zadržale su svoj konstantan uticaj i on je opstao uprkos istovremenom testiranju i treće varijable, broja i vrste stresora, tako da one doprinose predikciji razvoja PTSP-a ali ne utiču na vezu između intenziteta, broja i vrste stresora i razvoja PTSP-a.
- Sociodemografske varijable zadržale su svoj konstantan uticaj i on je opstao uprkos istovremenom testiranju i treće varijable, komorbiditeta, tako da one doprinose predikciji PTSP-a ali ne utiču na vezu između komorbiditeta i razvoja PTSP-a.
- Naši rezultati pokazali su pojedinačan prediktivan potencijal svih ispitivanih varijabli ali i njihov međusobni uticaj i to na taj način da komorbiditet doprinosi predikciji razvoja PTSP-a ali i menja vezu intenziteta i broja stresora sa PTSP-em, tako što broj stresora prestaje da bude značajan prediktor, odnosno komorbiditet i intenzitet stresora predviđaju prošli PTSP bolje od intenziteta i broja stresora.

- Naši nalazi pokazuju veoma visok stepen komorbiditeta PTSP-a i drugih psihijatrijskih poremećaja dijagnostikovanih instrumentom M.I.N.I i od ukupnog uzorka samo 6 osoba imaju čist PSTP. Najveći stepen komorbiditeta je sa velikom depresivnom epizodom, zatim i sa ostalim poremećajima raspoloženja, sa drugim anksioznim poremećajima, kao i sa zavisnošću od supstanci.
- U nastojanju da utvrdimo šta je uticalo da se jedan deo osoba sa PTSP-em oporavi a da kod dela perzistira simptomatologija, istraživanjem smo ustanovili faktore koji doprinose oporavku od PTSP-a, tako da su ispitanici koji su se oporavili osobe sa višim kvalitetom života, koje žive u Beogradu, sa malim brojem i niskim intenzitetom stresora.

VI LITERATURA

1. Abu-Saba, M. B. (1999). War-related trauma and stress characteristics of Am University of Beirut students. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 185-192.
2. Aerni, A., Traber, R., Hock, C., Roozental, B., Schelling, G., Papassotiropoulos, A., Nitsch, R. M., Schnyder, U., de Quervain, D. J. (2004). Low-dose cortisol for symptoms of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1488–1490.
3. Afifi, T. O., Asmundson, G. J. G., Sareen, J. (2009). Epidemiology of traumatic events and posttraumatic stress disorder. In: *Post Traumatic Stress Disorder. Diagnosis, Management and Treatment* (eds., Nutt, D. J., Stein, M. B, Zohar, J.), p.p. 12-24, Informa Healthcare, London.
4. Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of menatal disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21-27.
5. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed.)*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
6. American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Ed revised)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
7. American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Ed.)*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
8. American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fouth (2nd Ed.)*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
9. American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1st Ed.)*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
10. Amstadter, A.B., Aggen, S.H., Knudsen, G.P., Reichborn-Kjennerud, T., Kendler, K.S. (2013). Potentially traumatic event exposure, posttraumatic stress disorder, and Axis I and II

- comorbidity in a population-based study of Norwegian young adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 215-223.
11. Andreasen, N. C., Wasek, P. (1980). Adjustment disorders in adolescents and adults. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1166-1170.
 12. Andreski, P., Chilcoat, H., Breslau, N. (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Research*, 79, 131-138.
 13. Asmundson, G. J. G., Stein, M. B., MccCreary, D. R. (2002). Posttraumatic stress disorder symptoms influence health status of deployed peacekeepers and nondeployed military personnel. *The Journal of Nervous Mental Disease*, 190, 807-815.
 14. Asmundson, G. J., Coons, M. J., Taylor, S., Katz, J. (2002). PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 930-937.
 15. Back, S. E., Sonne, S. C., Killeen, T., Dansky, B. S., Brady K. T. (2003). Comparative profiles of women with PTSD and comorbid cocaine or alcohol dependence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 169-189.
 16. Bagilishya, D. (2000). Mourning and Recovery from Trauma; in Rwanda, Tears Flow Within. *Transcultural Psychiatry*, 37, 337-353.
 17. Baldacara, L., Jackowski, A. P., Schoedl, A., Pupo, M., Andreoli, S. B., Mello, M. F., Lacerada, A. L., Mari, J. J., Bressan, R. A. (2011). Reduced cerebellar left hemisphere and vermal volume in adults with PTSD from a community sample. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1627-1633.
 18. Baker, C. K., Norris, F. H., Diaz, D. M. V., Perilla, J. L., Murphy, A. D., Hill, E. G. Violence and PTSD in Mexico - Gender and regional differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 519-528.
 19. Barker P. 1998 (cited in Annan G). Ghosts, in New York Review; 1999.
 20. Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Gilford Press, New York.

21. Basoglu, M., Paker, M., Paker, O., Ozmen, E., Marks, I., Incesu, C., Sahin, D., Satimurat, N. (1994). Psychological effects of torture: A comparison of tortured with nontortured activists in Turkey. *American Journal of Psychiatry*, 151, 76-81.
22. Berenbaum, H., Thompson, R.J., Milanek, M.E., Boden, M.T., Bredemeier, K. (2008). Psychological trauma and schizotypal personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 502-519.
23. Bisson, J. (2007). Post-traumatic stress disorder. *Occupational Medicine*. 57, 399-403.
24. Bisson, J., Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3.
25. Blanchard, E. B., Kolb, L. C., Gerardi, R. J. (1986). Cardiac response to relevant stimuli as an adjunctive tool for diagnosing post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavior Therapy*, 17, 592- 606.
26. Blanchard, E. B. (1990). Elevated basal levels of cardiovascular responses in Vietnam veterans with PTSD: a health problem in the making. *Journal of Anxiety Disorder*, 4, 233-237.
27. Blank, A. S. (1993). The longitudinal course of post-traumatic disorder. In: *Post-traumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (eds. J. R. T. Davidson i E. B. Foa), American Psychiatric Press, Washington DC.
28. Bloom, S. L. (2000). Our hearts and our hopes are turned to peace: origins of the International Society for traumatic stress. In: *International Handbook of Human Response to Trauma* (eds. Shalev, A. Y., Yehuda, R., McFarlane, A. C.), p.p. 27-50. Kluwer Academic/Plenum, New York.
29. Boscarino, J. A., Chang, J. (1999). Higher abnormal leukocyte and lymphocyte counts 20 years after exposure to severe stress: Research and clinical implications. *Psychosomatic Medicine*, 61, 378-386.
30. Bovier, P. A., Chamot, E., Perneger, T. V. (2004). Percieved stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research*, 13, 161-70.

31. Boyadjieva, N., Dokur, M., Advis, J. P., Meadows, G. G., Sarkar, D. K. (2001). Chronic ethanol inhibits NK cell cytolytic activity: role of opioid peptide beta-endorphin. *The Journal of Immunology*, 167: 5645-5652.
32. Brady, K. T., Killen, T. K., Brewerton, T., Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 22-32.
33. Braun, B. G. (1992). Multiple personality disorder and post-traumatic stress disorder: Similarities and differences. In *International handbook of traumatic stress syndromes* (eds. Wilson, J. P., Raphael, B.), p.p. 35-47. Plenum Press, New York.
34. Braun, P., Greenberg, D., Dasberg, H., Lerer, B. (1990). Core symptoms of posttraumatic stress disorder unimproved by alprazolam treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 236–238.
35. Bremner, J. D., Randall, P., Scott, T. M., Bronen, R. a., Seibyl, J. P., Southwick, S. M. Delaney, R. C., McCarthy, G., Charney, D. S., Innis, R. B. (1995). MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 973-981.
36. Bremner, J. D., Narayan, M., Staib, L. H., Southwick, S. M., McGlashan, T., Charney, D. S. (1999). Neural correlates of memories of childhood sexual abuse in women with and without posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1787-1795.
37. Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archive of General Psychiatry*, 55, 626-632.
38. Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., Peterson, E. L., Schultz, L. R. (1997). Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archive of General Psychiatry*, 54, 1044-1048.
39. Breslau N., Davis G. C. (1987). Post-traumatic stress disorder: the stressor criterion. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 255-264.
40. Breslau, N. (2002). Epidemiological studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 923-929.

41. Breslau, N., Peterson, E. L., Poisson, M., Schultz, L. R., Lucia, V. C. (2004). Estimating post-traumatic stress disorder in the community: lifetime perspective and the impact of typical traumatic events. *Psychological Medicine*, 34, 889-898.
42. Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., Peterson, E. L. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
43. Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L., Schultz, L. (1997). Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry*, 154, 1114-1119.
44. Breslau N, Peterson E, Kessler R, Schultz R. (1999). Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 908-911.
45. Breslau N., Davis G. C., Andreski, P. (1995). Risk factors for PTSD-related traumatic events: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 529-535.
46. Breslau N., Lucia, V. C., Alvarado, G. F. (2006). Intelligence and other predisposing factors in exposure to trauma and posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1238-1245.
47. Breslau, N., Davis, G. C. (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry*, 149, 671-675.
48. Brett, E. A. (1996). The Classification of Post-traumatic Stress Disorder. In: *Traumatic Stress* (eds. Van der Kolk B. A., McFarlane, A. C., Weisaeth L.), p.p. 117-128, The Guilford Press, New York.
49. Brett, E. A. (1993). Classification of post-traumatic stress disorder in DSM-IV: Anxiety disorder, dissociative disorder or stress disorder. In: *Post-traumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (eds. Davidson, J. R. T. & Foa, E. B.), p.p. 191-204. American Psychiatric Press, Washington DC.
50. Brewin, C. R., Andrews, B., Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.

51. Britton, J. C., Shin, L. M., Barrett, L. F., Rauch, S. L., Wright, C. I. (2008). Amygdala and fusiform gyrus temporal dynamics: responses to negative facial expressions. *BMC Neuroscience*, 9: 44.
52. Bromet, E., Sonnega, A., Kessler, R. C. (1998). Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: findings from the national comorbidity survey. *American Journal of Epidemiology*, 147, 353-361.
53. Bronner, M. B., Peek, N., de Vries, M., Last, B. F., Grootenhuis, M. A. (2009). A community-based survey of posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 74-78.
54. Bronfenbrenner, U., Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychological Review*, 101: 568–86.
55. Brown, G. L., Ballenger, J. C., Minichiello, M. D., Goodwin, F. K. (1979). Human aggression and its relationship to cerebrospinal fluid 5-hydroxy-indolacetic acid, 3-methoxy-4-hydroxy-phenyl-glycol, and homovannilic acid. In: *Psychopharmacology of Aggression* (ed., M. Sandler), Raven Press, New York.
56. Brown, G.W., Prudo, R. (1981). Psychiatric disorders in a rural and an urban population: Vol 1. Aetiology of depression. *Psychological Medicine*, 11, 581–599.
57. Bryant, R. A. (2003). Early predictors of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 53, 789-795.
58. Buck, O. D., Walker, J. I. (1982). Posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Southern Medical Journal*, 75, 704-706.
59. Butler, R. W., Braff, D. L., Rausch, J. L. (1990). Physiological evidence of exaggerated startle response in a subgroup of Vietnam veterans with combat-related PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 1308-1312.
60. Butterfield, M. I., Becker, M. E., Connor, K. M., Sutherland, S., Churchill, L. E., Davidson, J. R. (2001). Olanzapine in the treatment of post-traumatic stress disorder: a pilot study. *International Clinical Psychopharmacology*, 16, 197–203.

61. Buydens-Branchey, L., Noumair, D., Branchey, M. (1990). Duration and intensity of combat exposure and post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 582-587.
62. Campbell, D. G., Felker, B. L., Liu, C. F., Yano, E. M., Kirchner, J. E., Chan, D., Rubenstein, L. V., Chaney, E. F. (2007). Prevalence of depression-PTSD comorbidity: implications for clinical practice guidelines and primary care-based interventions. *Society of General Internal Medicine*, 22, 711-718.
63. Carrion, V. G., weems, C. F., Eliez, S., Patwardhan, A., Brown, W., Ray, R. D., Reiss, A. L. (2001). Attenuation of frontal asymmetry in pediatric posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 50, 943-951.
64. Carroll, E. M., Rueger, D. B., Foy, D. W., Donahoe, C. P. (1985). Vietnam combat veterans with post-traumatic stress disorder: analysis of marital and cohabitating adjustment. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 329-337.
65. Cates, M. E., Bishop, M. H., Davis, L. L., Lowe, J. S., Woolley, T. W. (2004). Clonazepam for treatment of sleep disturbances associated with combat-related posttraumatic stress disorder. *The Annals of Pharmacotherapy*, 38, 1395–1399.
66. Charlson, F. J., Steel, Z., Degenhardt, L., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Whiteford, H. A. (2012). Predicting the impact of the 2011 conflict in Libya on population mental health: PTSD and depression prevalence and mental health service requirements. *Plos One*, 7, e40593.
67. Charney, D. S., Deutch, A. Y., Krystal, J. H., Southwick, S. M., Davis, M. (1993). Psychobiologic mechanisms of posttraumatic stress disorder. *Archive of General Psychiatry*, 50, 295–305.
68. Chemtob, C. M. (1996). Posttraumatic stress disorder, trauma and culture, in *International Review of Psychiatry*. Mak FL, Nadelson CC, ed. American Psychiatric Press: Washington DC, pp. 257–292.
69. Cheung, P. (1993). Somatisation as a presentation in depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian refugees. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 422–428.

70. Chiu, S., Niles, J. K., Webber, M. P., Zeig-Owens, R., Gustave, J., Lee, R., Rizzotto, L., Kelly, K. J., Cohen, H. W., Prezant, D. J. (2011). Evaluating risk factors and possible mediation effects in posttraumatic depression and posttraumatic stress disorder comorbidity. *Public Health Reports*, 126, 201-209.
71. Chou, F. H., Chou, P., Su, T. T., Ou-Yang, W. C., Chien, I. C., Lu, M. K., Huang, M. W. (2004). Quality of life and related risk factors in a Taiwanese village population 21 months after an earthquake. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 358-364.
72. Christiansen, D. M., Elklit, A. (2008). Risk factors predict post-traumatic stress disorder differently in men and woman. *Annals of General Psychiatry*, 79, 1-12.
73. Chrousos G.P., Gold, P.W. (1992). The concepts of stress and stress system disorders. *JAMA*, 267:1244-1252.
74. Chung, M.C., Berger, Z., Jones, R., Rud, H. (2008). Posttraumatic stress and co-morbidity following myocardial infarction among older patients: the role of coping. *Aging & Mental Health*, 12, 124-133.
75. Coccaro, E. F., Siever, L. J., Klar, H. M., Maurer, G. (1989). Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 46, 587-598.
76. Cohen, B. E., Marmar, C. R., Neylan, T. C., Schiller, N. B., Ali, S., Whooley, M. A. (2009). Posttraumatic stress disorder and health-related quality of life in patients with coronary heart disease findings from the heart and soul study. *Archives of General Psychiatry*, 66, 1214-1220.
77. Conrad, P. (1998). *Modern Times: Modern Places. Life and Art in the 20th Century*. Thames and Hudson, London.
78. Corchs, F., Nutt, D. J., Hood, S., Bernik, M. (2009). Serotonin and sensitivity to trauma-related exposure in selective serotonin reuptake inhibitors-recovered posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 66, 17-24.
79. Cottler, I. B., Compton, W. M., Mager, D., Spitznagel, E. L., Janca, A. (1992). Post-traumatic stress disorder among substance users from general population. *American Journal of Psychiatry*, 149, 664-670.

80. Creamer, M., Burgess, P., McFarlane, A. C. (2001). Posttraumatic stress disorder: findings from the Australian national survey of mental health and well-being. *Psychological Medicine*, 31, 1237-1247.
81. Darves-Bornoz, J. M., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J. M., Kovess-Masfety, V., Lepine, J. P., Nachbaur, G., Negre-Pages, L., Vilagut, G., Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European Study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 455-462.
82. Daud, A., Klintenberg, B., Rydelius, P. A. (2008). Trauma, PTSD and personality: the relationship between prolonged traumatization and personality impairments. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22, 331-340.
83. Davidson, J. R. T. & Foa, E. B. (1991). Diagnostic issues in post-traumatic stress disorder: Considerations for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 346-355.
84. Davidson, J. R. T., Fairbank, J. A. (1993). The epidemiology of post-traumatic stress disorder. In: *Post-traumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (eds., Davidson, J. R. T. & Foa, E. B.), pp. 147-169, American Psychiatric Press, Washington DC.
85. Davis, M. (1984). The mammalian startle response. In: *Neural mechanisms of startle behavior* (ed., Eaton RC), Plenum Press, New York.
86. Davis LL, Suris A, Lambert MT, Heimberg C, Petty F. (1997). Post-traumatic stress disorder and serotonin: new directions for research and treatment. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 22,318-26.
87. De Bellis, M. D., Hall, J., Boring, A. M., Frustaci, K., Moritz, G. (2001). A pilot longitudinal study of hippocampal volumes in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 50, 305-309.
88. de Girolamo, G., McFarlane, A. C. (1996). Epidemiology of victims of international violence: a review of the literature. In: *Rev Psychiatry* (eds., Mak, F. L., Nadelson, C. C.). American Psychiatric Press, Washington DC,

89. de Jong, J. T. V. M., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., van de Put, W., Somasundaram, D. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA*, 286, 555-562.
90. Devon, H., Phalnarith, B. A., Sonith, P., Khin, U. M. (2000). Panic disorder among Cambodian refugees attending a psychiatric clinic. Prevalence and subtypes. *General Hospital Psychiatry*, 22, 437-444.
91. deVries, (1996). Trauma in cultural perspective. In: *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society* (eds., van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., Wesiaeth, L.), p.p. 398-413. Guilford, New York.
92. Dickerson, B. C. (2007). Advances in functional magnetic resonance imaging: technology and clinical applications. *Neurotherapeutics*, 4, 360-370.
93. DiGrande, L., Perrin, M. A., Thorpe, L. E., Thalji, L., Murphey, J., Wu, D., Farfel, M., Brackbill, R. M. (2008). Posttraumatic stress symptoms, PTSD, and risk factors among lower Manhattan residents 2-3 years after the September 11, 2001 terrorist attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 264-273.
94. Dobbs, D., Wilson W. P. (1960). Observations on the persistence of traumatic war neurosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 21, 40-46.
95. Doerfler, L. A., Paraskos, J. A., Piniarski, L. (2005). Relationship of quality of life and perceived control with posttraumatic stress disorder symptoms 3 to 6 months after myocardial infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 25, 166-172.
96. Driessen, M., Beblo, T., Martens, M., Piefke, M., Rullkoetter, N., Silva-Saavedra, A., Reddemann, L., Rau, H., Markowitsch, H. J., Wulff, S., Lange, W., Woermann, G. (2004). Posttraumatic stress disorder and fMRI activation patterns of traumatic memory in patients with borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 55, 603-611.
97. Eichelman, B. (2010). Borderline personality disorder, PTSD, and suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 1152-1154.
98. Elenkov, I. J., Tezzoni, D. G., Daly, A., Harris, A. G., Chrousos, G. P. (2005). Cytokine dysregulation, inflammation and well-being. *Neuroimmunomodulation*, 12, 255-269.

99. Engelhard, I. M., van den Hout, M. A. (2007). Preexisting Neuroticism, subjective stressor severity, and posttraumatic stress in soldiers deployed to Iraq. *The Canadian Journal of psychiatry*, 52, 505-509.
100. Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., Dek E. C. P., van der Wielen, J. W., Reijnen, M. J., van RoijGiele, B. (2011). Reducing vividness and emotional intensity of recurrent “flashforwards” by taxing working memory: an analogue study. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 599-603.
101. Fenichel, O. (1961). *Psihoanalitička teorija neuroza*. Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb.
102. Fisher, J., Ogden, P. (2009). Sensorimotor psychotherapy. In: *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (Eds. Courtois, C.A. & Ford, J.). Guilford, New York.
103. Foa, E. B., Zinbarg, R., Rothbaum, B. O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.
104. Foa, E. B., Riggs, D. S., Gershuny, B. S. (1995). Arousal, numbing, and intrusion: symptom structure of PTSD following assault. *American Journal of Psychiatry*, 152, 116-120.
105. Foa, E. B., Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape; Cognitive Behavioral Therapy for PTSD*. Guilford Press, New York.
106. Forbes, D., Creamer, M., Phelps, A., Bryant, R., McFarlane, A., Devilley, G. J., Matthews, L., Raphael, B., Doran, C., Merlin, T., Newton, S. (2007). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 637-648.
107. Ford, J.D. (2009). Treatment of adults with traumatic stress disorder. In: *Posttraumatic stress disorder: Scientific and professional dimensions* (ed., Ford, J.D.). Academic Press, Elsevier.
108. Ford, J. D., Courtois, C. A., Steele, K., Hart, O., Nijenhuis, E. R. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 437-447.

109. Foy, D. W., Resnik, H. S., Sippelle, R. C., Carroll, E. M. (1987). Premilitary, military and postmilitary factors in the development of combat-related disorders. *The Behaviour Therapist*, 10, 3-9.
110. Frans, O., Rimmo, P. A., Aberg, L., Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 291-299.
111. Frayne, S. M., Seaver, M. R., Loveland, S., Christiansen, C. L., Spiro, A., Parker, V. A., Skinner, K. M. (2004). Burden of medical illness in women with depression and posttraumatic stress disorder. *Archives of Internal Medicine*, 164, 1306-1312.
112. Freud, S. (1919). Introduction to the psychology of the war neurosis. In: *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (ed., Strachey, J.), Hogarth Press, London.
113. Friedman, M.J., Pitman, R. K. (2007). New findings on the neurobiology of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 653–655.
114. Friedman, M. J., Schnurr, P. P. (1995). The relationship between trauma, post-traumatic stress disorder, and physical health. In: *Neurobiological and clinical consequences of stress. From normal adaptation to post-traumatic stress disorder* (eds., Friedman, M. J., Charney, D. S., Deutch, A. Y.), p.p. 507-524, Lippincott-Raven, Philadelphia, New York.
115. Friedman, M. J. (1991). Biological approaches to the diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 67-91.
116. Friedman, M. J., McEwen, B. S. (2004). Posttraumatic stress disorder, allostatic load, and medical illness. In: *Trauma and Health: Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress* (eds., Schurr, P. P. & Green, B. L.), p.p. 157-188, American Psychological Association, Washington, DC.
117. Fries, E., Hesse, J., Hellhammer, J., Hellhammer, D. H. (2005). A new view on hypocortisolism. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 1010-1016.
118. Frueh, B. C., Brady, K. L., de Arellano, M. A. (1998). Racial differences in combat-related PTSD: empirical findings and conceptual issues. *Clinical Psychology Review*, 18, 287–305.

119. Galea, S., Tracy, M., Norris, F., Coffey, S. F. (2008). Financial and social circumstances and the incidence and course of PTSD in Mississippi during the first two years after hurricane Katarina. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 357-368.
120. Gavranidou, M., Rosner, R. (2003). The weaker sex? Gender and post-traumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 17, 130-139.
121. Gavrilovic, J., Lecic Tosevski, D., Knezevic, G., Priebe, S. (2002). Predictors of posttraumatic stress in civilians 1 year after air attacks: a study of Yugoslavian students. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 257-262.
122. Geffen, D. B., Blaustein, A., Amir, M. C., Cohen, Y. (2003). Posttraumatic stress disorder and quality of life in long-term survivors of Hodgkin's disease and non-Hodgkin's lymphoma in Israel. *Leukemia and Lymphoma*, 44, 1925-1929.
123. Gersons, B., Olf, M. (2009). Diagnostic dilemmas in assessing post traumatic stress disorder. In: *Post traumatic stress disorder. Diagnosis, management and treatment* (eds., Nutt, D. J., Stein, M. B, Zohar, J.), p.p. 1-11, Informa Healthcare, London.
124. Gersons, B. P. R. (1989). Patterns of posttraumatic stress disorder among police officers following shooting incidents; the two-dimensional model and some treatment implications. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 247-257.
125. Gersons, B. P. R., Carliver, I. V. E., Lamberts, R. D., Van der Kolk, B. A. (2000). Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 333-347.
126. Geuze, E., Vermetten, E., Bremner, J. D. (2005). MR-based in vivo hippocampal volumetrics: 2. Findings in neuropsychiatric disorders. *Molecular Psychiatry*, 10, 160-184.
127. Gill, J. M., Szanton, R. N., Taylor, B. S., Page, G. G., Campbell, R. N. (2009). Medical conditions and symptoms associated with posttraumatic stress disorder in low-income urban women. *Journal of Women's Health*, 18, 261-267.
128. Gill, J. M., Vythilingam, M., Page, G. (2008). Low cortisol, high DHEA, and high levels of TNF-a and IL-6 in women in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 530-539.
129. Gilbertson, M. W., Shenton, M. E., Ciszewski, A., Kasai, K., Lasko, N. B., Orr, S. P., Pitman, R. K. (2002). Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nature Neuroscience*, 5, 1242-1247.

130. Ginzburg, K., Solomon, Z., Koifman, B., Keren, G., Roth, A., Kriwsky, M., Kutz, I., David, D., Bleich, A. (2003). Trajectories of posttraumatic stress disorder following myocardial infarction: a prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1217-1223.
131. Goenjian, A. K., Roussos, A., Steinberg, A. M., Sotiropoulou, C., Walling, D., Kakaki, M., Karagianni, S. (2011). Longitudinal study of PTSD, depression, and quality of life among adolescents after the Parnitha earthquake. *Journal of Affective Disorders*, 133, 509-515.
132. Golier, J.A., Yehuda, R., Bierer, L.M., Mitropoulou, V., New, A.S., Schmeidler, J., Silverman, J.M., Siever, L.J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 2018-2024.
133. Gratz, K.L., Tull, M.T. (2012). Exploring the relationship between posttraumatic stress disorder and deliberate self-harm: the moderating roles of borderline and avoidant personality disorders. *Psychiatry Research*, 199, 19-23.
134. Green, A. H. Self-destructive behavior in battered children. (1978). *American Journal of Psychiatry*, 135, 579-582.
135. Green B. L., Lindy J. D., Grace M. C. (1989). Multiple diagnoses in post-traumatic stress disorder: the role of war stressors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 329-335.
136. Green, B. L. (1993). Identifying survivors at risk: trauma and stressors across events. In: *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes* (eds. Wilson, J.P. & Raphael, B.), p.p. 135-144, Plenum Press, New York.
137. Grossman, D. (1997). *On Killing: the psychological cost of learning to kill in war and society*. Little Brown, Boston.
138. Hall, W. (1986). The Agent Orange controversy after the Evatt Royal Commission. *Medical Journal of Australia*, 145, 219-225.
139. Hamner, M. B., Frueh, B. C., Ulmer, H. G., Arana, G. W. (1999). Psychotic features and illness severity in combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 45, 846-852.

140. Hapke, U., Schumann, A., Rumpf, H. J., John, U., Meyer, C. (2006). Post-traumatic stress disorder: the role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 299-306.
141. Harvey, A. G., Bryant, R. A. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 507-512.
142. Haskell, S. G., Gordon, K. S., Mattocks, K., Duggal M., Erdos, J., Justice, A., Brandt, C. A. (2010). Gender differences in rates of depression, PTSD, pain, obesity, and military sexual trauma among Connecticut war veterans of Iraq and Afghanistan. *Journal of Women's Health*, 19, 267-271.
143. Helzer, J. E., Robins, L. N., McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in general population: Findings of the Epidemiologic Catchment Area survey. *New England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.
144. Hendlar, T., Rotshtein, P., Yeshurun, Y., Weizmann, T., Kahn, I., Ben-Bashat, D., Malach, R., Bleich, A. (2003). Sensing the invisible: differential sensitivity of visual cortex and amygdale to traumatic context. *Neuroimage*, 19, 587-600.
145. Hepp, U., Gamma, A., Milos, G., Eich, D., Ajdacic-Gross, V., Rossler, W., Angst, J., Schnyder, U. (2006). Prevalence of exposure to potentially traumatic events and PTSD. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 151-158.
146. Herman, J. L. (1993). Sequelae of prolonged and repeated trauma: evidence for a complex post-traumatic syndrome (DESNOS). In: *Post-traumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (eds. Davidson, J. R. T. & Foa, E. B.), pp. 213-228, American Psychiatric Press, Washington DC.
147. Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. Basic Books, New York. Oxford University Press.
148. Hertzberg, M. A., Butterfield, M. I., Feldman, M. E., Beckham, J. C., Sutherland, S. M., Connor, K. M. (1999). A preliminary study of lamotrigine for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 45, 1226-1229.

149. Hinton, D. E., Pich, V., Chhean, D., Pollack, M. H. (2005). 'The ghost pushes you down': sleep paralysis-type panic attacks in a Khmer refugee population. *Transcultural Psychiatry*, 42, 46–77.
150. Hinton, D.E., Chhean, D., Pich, V., Pollack, M. H., Orr, S. P., Pitman, R. K. (2006). Assessment of posttraumatic stress disorder in Cambodian refugees using the Clinician-Administered PTSD Scale: psychometric properties and symptom severity. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 405–409.
151. Hoge, E. A., Brandstetter, B. A., Moshier, B. A., Pollack, M. H., Wong, K. K., Siomon, N. M. (2009). Broad spectrum of cytokine abnormalities in panic disorder and posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 26, 447-455.
152. Hoge, C. W., Terhakopian, A., Castro, C. A., Messer, S. C., Engel, C. C. (2007). Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *American Journal of Psychiatry*, 164, 150-153.
153. Holbrook, T. L., Hoyt, D. B., Stein, M. B., Sieber, W. J. (2002). Gender differences in long-term posttraumatic stress disorder outcomes after major trauma: women are at higher risk of adverse outcomes than men. *Journal of Trauma*, 53, 882-888.
154. Holbrook, T. L., Hoyt, D. B., Stein, M. B., Sieber, W. J. (2001). Perceived threat to life predicts posttraumatic stress disorder after major trauma: risk factors and functional outcome. *Journal of Trauma*, 51, 287-292.
155. Holtzheimer, P. E., Russo, J., Zatzick, D., Bundy, C., Roy-Byrne, P. P. (2005). The impact of comorbid posttraumatic stress disorder on short-term clinical outcome in hospitalized patient with depression. *American Journal of Psychiatry*, 162, 970-976.
156. Horowitz, M. J., Weiss, D. S., Marmar, C. (1987). Diagnosis of post-traumatic stress disorder. *Journal of Mental and Nervous Disease*, 175(5), 267-268.
157. Horowitz, M. J., Wilner, N. R., Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
158. Horrigan, J. P., Barnhill, L. J. (1996). The suppression of nightmares with guanfacine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 371.

159. Hresco-Levy, U., Kremer, I., Javitt, D. C., Goichman, R., Reshef, A., Blanaru, M., Cohen, T. (2002). Pilot-controlled trial of D-cycloserine for the treatment of post-traumatic stress disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 5, 301-307.
160. Klajn H. (1955). *Ratna neuroza Jugoslovena*. Sanitetska uprava JNA, Beograd.
161. Ikin, J. F., Creamer, M. C., Sim, M. R., McKenzie, D. P. (2010). Comorbidity of PTSP and depression in Korean War veterans: prevalence, predictors, and impairment. *Journal of Affective Disorders*, 125, 279-286.
162. Jacobson, D. E. (1986). Types and timing of social support. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 250-264.
163. Janet P. (1889). *L' automatisme psychologique*. Alcan, Paris.
164. Janet, P. (1919). *Les Medications Psychologiques*. Felix Alcan, Paris.
165. Jang, K. L., Stein, M. B., Taylor, S., Asmundson, G. J. G., Livesley, W. J. (2003). Exposure to traumatic events and experiences: etiological relationship with personality function. *Psychiatry Research*, 120, 61-69.
166. Jones, J. C., Barlow, D. H. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology Review*, 10, 299-328.
167. Kaličanin, P., Lečić Toševski D. (1994). *Knjiga o stresu*. Medicinska knjiga, Beograd.
168. Kaličanin, P., Bukelić, J., Ispanovic-Radojkovic, V., Lecic-Tosevski, D. (1993). *The stresses of war*. Institute of Mental Health, Belgrade.
169. Kapfhammer, H. P., Pothenhäusler, H. B., Krauseneck, T., Stoll, C., Schelling, G. (2004). Posttraumatic stress disorder and health-related quality of life in long-term survivors of acute respiratory distress syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 161, 45-52.
170. Kardiner A. (1941). *The traumatic Neuroses of war*. Hoeber: New York.
171. Keane, T. M. (1993). Symptomatology of Vietnam veterans with post-traumatic stress disorder. In: *Post-traumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (eds., Davidson, J. R. T. & Foa, E. B.), pp. 99-112, American Psychiatric Press, Washington DC.
172. Kernberg, O. (1985). Neurosis, Psychosis and Borderline States. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (eds., Kaplan H. I. & Sadock B. J.), Willson i Willson, Baltimore/London.

173. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archive of General Psychiatry*, 52, 1058-1060.
174. Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Walters, E. E. (2005a). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
175. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Walters, E. E. (2005b). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
176. Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 4-12.
177. Kessler, R. C., Borges, G., Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Archive of General Psychiatry*, 56, 617-626.
178. Kessler, K. J., Rothbaum, B. O. (2009). Psychosocial treatments of posttraumatic stress disorder. In: *Post traumatic stress disorder. Diagnosis, management and treatment* (eds., Nutt, D. J., Stein, M. B, Zohar, J.), p.p. 1-11, Informa Healthcare, London.
179. Kilcommons, A. M., Morrison, A. P., Knight, A., Lobban, F. (2008). Psychotic experiences in people who have been sexually assaulted. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 602-611.
180. Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., Best, C. L. (1985). Factors predicting psychological distress among rape victims. In: *Trauma and its wake* (ed., Figley, C. R.), Brunner/Mazel, New York.
181. Kim, Y., Asuki, N., Konishi, T., Kaot, H., Hirotsune, H., Maeda, M., Inoue, H., Narita, H., Iwasaki, M. (2008). Clinical evaluation of paroxetine in post-traumatic stress disorder (PSPD): 52-week, non-comparative open-label study for clinical use experience. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, 62, 646-652.
182. Kinnally, E. L., Tarara, E. R., Mason, W. A., Mendoza, S. P., Abel, K., Lyons, L. A., Capitanio, J. P. (2010). Serotonin transporter expression is predicted by early life stress and is associated with desinhibited behavior in infant rhesus macaques. *Genes, Brain, And Behavior*, 9, 45-52.

183. Kinzie, J. D., Frederickson, R.H., Ben, R. (1984). Post-traumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. *American Journal of Psychiatry*, 141, 645-650.
184. Kinzie, J. D., Leung, P. (1989). Clonidine in Cambodian patients with posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 546–550.
185. Kirmayer LJ. (1996). Confusion of the senses: implications of ethnocultural variations in somatoform and dissociative disorders for PTSD. In: *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: issues, research and clinical applications* (eds., Marsella, A. J., Friedman, M. J., Gerrity, E. T., Scurfield, R. M.), p.p. 131-163, American Psychological Association, Washington DC.
186. Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Poulton, R., Martin, J., Caspi, A. (2007). Early childhood factors associated with the development of post-traumatic stress disorder: results from a longitudinal birth cohort. *Psychological Medicine*, 37, 181-192.
187. Kolb, L. C., Multipassi, L. R. (1982). The conditioned emotional response: A subclass of chronic and delayed post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Annals*, 12, 979-987.
188. Kolb L. C. (1987). Neurophysiological hypothesis explaining post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 989-995.
189. Kolb, L. C. (1989). Letter to the Editor. *American Journal of Psychiatry*, 146, 811-812.
190. Kollner, V., Einsle, F., Schade, I., Maulhardt, T., Guliemos, V., Joraschky, P. (2003). The influence of anxiety, depression and posttraumatic stress disorder on quality of life after thoracic organ transplantation. *Psychosomatic Medicine and Psychotherapy*, 49, 262-274.
191. Kolltveit, S., Lange-Nielsen, II., Thabet A. A., Dyregrov, A., Pallsen, S., Johnsen, T. B., Laberg, J. C. (2012). Risk factors for PTSD, anxiety, and depression among adolescents in gaza. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 164-170.
192. Kosten, T. R, Mason, J. W., Giller, E. L., Ostroff, R. B., Harkness, L. (1987). Sustained urinary norepinephrine and epinephrine elevation in PTSD. *Psychoneuroendocrinology*, 1987, 12, 13-20.
193. Kraus, A., Esposito, F., Seifritz, E., Di Salle, F., Ruf, M., Valerius, G., Ludaescher, P., Bohus, M., Schmahl, C. (2009). Amygdala deactivation as a neural correlate of pain

- processing in patients with borderline personality disorder and co-occurring posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 65, 819-822
194. Krauseneck, T., Rothenhausler, H. B., Schelling, G., Kapfhammer, H. P. (2005). PTSD in somatic disease. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 73, 206-217.
 195. Kroes, M. C. W., Rugg, M. D., Whalley, M. G., Brewin, C. R. (2011). Structural brain abnormalities common to posttraumatic stress disorder and depression. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 36, 256-265.
 196. Kroll, J., Yusuf, A. I., Fujiwara, K. (2011). Psychoses, PTSD, and depression in Somali refugees in Minnesota. (2011). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 481-493.
 197. Kudler, H. (2008). Psychodynamic psychotherapy, adult. In: *Encyclopedia of psychological trauma* (eds., Reyes, G., Elhai, J.D., Ford, J.), pp. 528-531. Wiley, Hoboken, NJ.
 198. Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., Weiss, D. S. (1990). *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment study*. Brunner/Mazel, New York.
 199. Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A. (1990). *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
 200. Kupchik, M., Strous, R.D., Erez, R., Gonen, N., Weizman A., Spivak, B. (2007). Demographic and clinical characteristics of motor vehicle accident victims in the community general health outpatient clinic: a comparison of PTSD and non-PTSD subjects. *Depression and Anxiety*, 24, 244-250.
 201. Lang, P.J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512.
 202. Lang, A., J., Laffaye, C., Satza, L. E., McQuaid, J. R., Malcarnec, V. L., Dresselhaus, T. R., Stein, M. B. (2006). Relationships among childhood maltreatment, PTSD, and health in female veterans in primary care. *Child Abuse & Neglect*, 30, 1281-1292.
 203. Lange, J.T., Lange, C.L., Cabaltica, R.B. (2000). Primary care treatment of post-traumatic stress disorder. *American Family Physician*, 62, 1035-1040.

204. Lanius, R. A., Williamson, P. C., Densmore, M., Boksman, K., Gupta, M. A., Neufeld, R. W., Gati, J. S., Menon, R. S. (2001). Neural correlates of traumatic memories in posttraumatic stress disorder: a functional MRI investigation. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1920-1922.
205. Lanius, R. A., Williamson, P. C., Hopper, J., Densmore, M., Boksman, K., Gupta, M. A., Neufeld, R. W., Gati, J. S., Menon, R. S. (2003). Recall of emotional states in posttraumatic stress disorder: an fMRI investigation. *Biological Psychiatry*, 53, 204-210.
206. Lanius, R. A., Williamson, P. C., Densmore, M., Boksman, K., Neufeld, R. W., Gati, J. S., Menon, R. S. (2004). The nature of traumatic memories: a 4-T FMRI functional connectivity analysis. *American Journal of Psychiatry*, 161, 36-44.
207. Lapp, L.K., Agbokou, C., Peretti, C.S., Ferreri, F. (2010). Management of post traumatic stress disorder after childbirth: a review. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynecology*, 31, 113-122.
208. Laverdure, B., Boulenger, J. P. (1991). Beta-blocking drugs and anxiety. A proven therapeutic value. *Encephale*, 17, 481-492.
209. Laufer, K. S., Yager, T., Frey-Wouters, E. (1981). Comparative Adjustments of Veterans and their Peers, Vol 3. Post-war Trauma: Social and Psychological Problems of Vietnam Veterans in the Aftermath of the Vietnam War. New York: Center for Policy Research.
210. Lauterbach, D., Vora, R., Rakow, M. (2005). The relationship between posttraumatic stress disorder and self-reported health problems. *Psychosomatic Medicine*, 67, 939-947.
211. Lecic-Tosevski, D., Pejuskovic, B., Miladinovic, T., Toskovic, O., Priebe, S. (2013). PTSD in Serbian community – seven years after trauma exposure. *Journal of Nervous and Mental Disease*, in press.
212. Lecic Tosevski, D., Draganic Gajic, S., Pejovic Milovancevic, M. (2009). Human behavior during war. In: *War and Suicide* (eds. Sher, L. & Vilens, A.), p.p. 197-208. Nova Science Publishers Inc, New York.
213. Lecic Tosevski, D., Pejovic Milovancevic, M. (2006). Stress and physical health. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 184-190.
214. Lečić Toševski, D., Draganić Gajić, S., Šušić, V. (2006). Stres i rađanje. SANU. U: *Kako zaustaviti belu kugu u Srbiji* (ured. V. Šulović, T. Vejnovići sar.). SANU i SLD, str. 103-120.

215. Lecic Tosevski, D., Draganic Gajic, S. (2004). The Serbian Experience. In: *Disaster and Mental Health* (eds., Lopez Ibor, J.J., Maj, M., Christodoulou, G.N., Sartorius, N., Okasha, A.), p.p. 247-255. John Wiley&Sons.
216. Lecic-Tosevski, D., Gavrilovic, J., Knezevic, G., Priebe, S. (2003). Personality factors and posttraumatic stress: associations in civilians one year after air attacks. *Journal of Personality Disorders*, 17, 537-549.
217. Lečić-Toševski, D., Šušić, V., Dimić, S., Janković, J., Čolović, O., Priebe, S. (2003). Kvalitet života u godinama stresa. U: *Medicina i kvalitet života*, III Naučni skup sa međunarodnim učešćem (urednici: Šulović, V., Jakovljević, Đ.), str. 103-118. Srpska Akademija nauke i umetnosti, Beograd.
218. Lečić-Toševski, D. (2002). Reakcija na težak stress-posttraumatski stress i akutna stresna reakcija. U: *Urgentna medicina* (ur., Vučović, D.), str. 505-511. Obeležja, Beograd.
219. Lecic-Tosevski, D., Draganic, S., Jovic, V. (1999). Post-traumatic stress disorder in refugees and its relationship with personality dimensions. In: *Issues in Preventive Psychiatry* (eds. Chiristodoulou, G.N., Lecic-Tosevski, D., Kontaxakis, V. P.), p.p. 95-102, Karger, Basel.
220. Lečić Toševski, D. (1992). *Distmčni poremećaj - tipologija i veza sa poremećajima ličnosti*. Doktorska disertacija. Beograd.
221. LeDoux, J. E., Cicchetti, P., Xagoraris, A., Romanski, L. M. (1990). The lateral amygdaloid nucleus: Sensory interface of the amygdala in fear conditioning. *The Journal of Neuroscience*, 10, 1062-1069.
222. LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23, 155-184.
223. Leserman, J., Whetten, K., Lowe, K., Stangl, D., Swartz, M. S., Thielman, N. M. (2005). How trauma, recent stressful events, and PTSD affect functional health status and health utilization in HIV-infected patients in the south. *Psychosomatic Medicine*, 67, 500-507.
224. Lewis, D. O. From abuse to violence: psychophysiological consequences of maltreatment. (1992). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31, 383-391.
225. Lifton, R. J. (1973). Home from the War. New York: Basic Books.
226. Lima, B. R., Pai, S., Santacruz, H. (1991). Psychiatric disorders in primary health care clinics one year after a major Latin American disaster. *Stress Medicine*, 7, 25-32.

227. Lindal, E., Stefansson, J. G. (1993). The lifetime prevalence of anxiety disorder in Iceland as estimated by US National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 29-34.
228. Lindauer, R. J., Booij, J., Habraken, J. B., Uylings, H. B., Olf, M., Carlier, IV, den Heeten, G. J., van Eck-Smit, B. L., Gersons, B. P. (2004). Cerebral blood flow changes during script-driven imagery in police officers with posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 56, 853-861.
229. Lindauer, R. J. L., Gersons, B. P. R., van Meijel, E. P. M., Blom, K., Carlier, I. V. E., Vrijlandt, I., Olf, M. (2005). Effects of Brief Eclectic Psychotherapy in clients with posttraumatic stress disorder: randomized clinical trial. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 205-212.
230. Lindauer, R. J. L., Vlieger, E. J., Jalink, M., Olf, M., Carlier, I. V. E., Majoie, C. B. L. M., Heeten den G. J., Gersons, B. P. R. (2004). Smaller hippocampal volume in Dutch police officers with posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 56, 356-363.
231. Lindley, S. E., Carlson, E. B., Hill, K. (2007). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of augmentation topiramate for chronic combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27, 677-681.
232. Lindy, J. D., Green B. L., Grace, M. C. (1987). The stressor criterion and post-traumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 269-272.
233. Lubin, H., Loris M., Burt J., Johnson, D. R. (1998). Efficacy of Psychoeducational Group Therapy in reducing symptoms of posttraumatic stress disorder among multiply traumatized women. *American Journal Psychiatry*, 155, 1172-7.
234. MacDonald, C., Chamberlain, K., Long, N. (1997). Race, combat, and PTSD in a community sample of New Zealand Vietnam War veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 117-24.
235. Maes, M., Mylle, J., Delmeire, L., Janca, A. (2001). Pre- and post-disaster negative life events in relation to the incidence and severity of post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 105, 1-12.

236. Mainous, A.G. 3rd, Smith, D. W., Acierno, R., Geesey, M. E. (2005). Differences in posttraumatic stress disorder symptoms between elderly non-Hispanic Whites and African Americans. *Journal of the National Medical Association*, 97, 546–549.
237. Mason, J., Southwick, S., Yehuda, R., Wang, S., Riney, S., Bremner, D., Johnson, D., Lubin, H., Blake, D., Zhou, G., Gusman, F., Charney, D. (1994). Elevation of serum free triiodothyronine, total triiodothyronine, thyroxine-binding globulin, and total thyroxine levels in combat-related posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 51, 629-641.
238. Mason, J., Weizman, R., Laor, N., Wang, S., Schujovitsky, A., Abramovitz-Schneider, P., Feiler, D., Charney, D. (1996). Serum triiodothyronine elevation with posttraumatic stress disorder: a cross-cultural study. *Biological Psychiatry*, 39, 835-838.
239. Marshall, R. D., Spitzer, R., Liebowitz, M. R. (1999). Review and critique of the new DSM-IV diagnosis of acute stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1677-1685.
240. Marshall, R. D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Huardino, M., Struening, E. L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1467-1473.
241. Marshall, R. D., Lewis-Fernandez, R., Blanco, C, Simpson, H. B., Lin, S. H., Vermes, D., Garcia, W., Schneier, F., Neria, Y., Sanchez-Lacay, A., Liebowitz, M. R. (2007). A controlled trial of paroxetine for chronic PTSD, dissociation, and interpersonal problems in mostly minority adults. *Depression and Anxiety Journal*, 24, 77–84.
242. Marshall, R. P., Jorm, A. F., Grayson, D. A., O'Toole, B. I. (2000). Medical-care costs associated with posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Australian and New Zealand Journal Psychiatry*, 34, 954-962.
243. Marx JL. The immune system "belongs in the body". *Science* 1985; 227: 1190-2.
244. Mathews, P. M., Froeuch, C. J., Sibitt, W. L., Bankhurst, A. D. (1983). Enhancement of natural cytotoxicity by beta-endorphin. *The Journal of Immunology*, 130:1658-1662.
245. McCann, L., Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.

246. McEwen, B. S. (2002). The neurobiology and neuroendocrinology of stress: implications for posttraumatic stress disorder from a basic science perspective. *Psychiatric Clinics of North America*, 25, 469-494.
247. McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of brain. *Physiological Reviews*, 87, 873-904.
248. McFarlane, A. C. (1986). Chronic posttraumatic morbidity of a disaster: Implications for disaster planners and emergency services. *Medical Journal of Australia*, 145, 561-563.
249. McFarlane, A. C., van der Kolk, B. A. (1996). The long-term effect of psychological trauma: a public health issue in Kuwait. *Medical Principles Practice*, 5, 59-75.
250. McFarlane, A. C., Weber, D. L., Clark, C. R. (1993). Abnormal stimulus processing in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 34, 311-320.
251. McLaughlin, K. A., Berglund, P., Gruber, M. J., Kessler, R. C., Sampson, N. A., Zaslavsky, M. A. (2011). *Depression and Anxiety*, 28, 439-446.
252. McNally, R. J., Saigh, P. A. (1993). On the distinction between traumatic simple phobia and post-traumatic stress disorder. In: *Post-traumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (eds., Davidson, J. R. T. & Foa, E. B.), p.p. 207-212, American Psychiatric Press, Washington DC.
253. McTeague, L. M., McNally, R. J., Litz, B. L. (2004). Prewar, war-zone, and postwar predictors of posttraumatic stress in female Vietnam veteran health care providers. *Military Psychology*, 16, 99-114.
254. Meeske, K. A. (2000). Posttraumatic stress disorder, quality of life and psychological outcome in young adult survivors of childhood cancer. Dissertation. California (US): Univ of Southern California.
255. Mellman, T. A., Clark, R. E., Peacock, W. J. (2003). Prescribing patterns for patients with posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services*, 54, 1618-1621.
256. Mendlowicz, M. V., Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669-682.

257. Mezuk, B., Larkin, G. L., Prescott, M. R., Tracy, M., Vlahov, D., Tardiff, K., Galea, S. (2009). The influence of a major disaster on suicide risk in the population. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 481-488.
258. Miller, M.W., Wolf, E.J., Reardon, A., Greene, A., Ofrat, S., McInerney, S. (2012). Personality and the latent structure of PTSD comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 599-607.
259. Milliken, C. S., Auchterlonie, J. L., Hoge, C. W. (2007). Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *JAMA*, 298, 2141-2148.
260. Mills, K. L., Teesson, M., Ross, J., Peters, L. (2006). Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian national survey of mental health and well-being. *American Journal of Psychiatry*, 163, 651-658.
261. Mittal, D., Fortney, J. C., Pyne, J. M., Edlund, M. J., Wetherell, J. L. (2006). Impact of comorbid anxiety disorders on health-related quality of life among patients with major depressive disorder. *Psychiatric Services*, 57, 1731-1737.
262. Moleman, N., Van der Hart, O., Van der Kolk, B. A. (1992). The partus stress reaction: a neglected etiological factor in post-partum psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 271-227.
263. Mollica, R. F., Wyshak, G., Lavelle, J. (1987). The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1567-1572.
264. Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V., Steel, Z. (2004). Complicated grief in bosnian refugees: association with posttraumatic stress disorder and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 475-482.
265. Morrison, A. P., Frame, L., Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: a review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 331-353.
266. Murburg, M. M, Ashleigh, E. A., Hommer, D. W., Veith, R. C. (1994). Biology of catecholaminergic systems and their relevance to PTSD. In: *Catecholamine functions in post-traumatic stress disorder: Emerging concepts* (ed., Murburg, M. M.), p.p. 3-16, American Psychiatric Press, Washington.

267. Nakano, T., Wenner, M., Inagaki, M., Kugaya, A., Akechi, T., Matsuoka, Y., Sugahara, Y., Imoto, S., Murakami, K., Uchitomi, Y. (2002). Relationship between distressing cancer-related recollections and hippocampal volume in cancer survivors. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2087-2093.
268. National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2005). *Post-traumatic stress disorder; the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Gaskell and the British Psychological Society.
269. Niedtfeld, I.I., Schulze, L., Krause-Utz, A., Demirakca, T., Bohus, M., Schmahl, C. (2013). Voxel-based morphometry in women with borderline personality disorder with and without comorbid posttraumatic stress disorder. *Plos One*, 8, e65824.
270. Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., Perilla, J. L. (2004). Postdisaster PTSD over four waves of a panel study of Mexico's 1999 flood. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 283-292.
271. Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., Perilla J. L., Rodrigez, F. G., Rodrigez J de J. (2003). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 646-656.
272. Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events in different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.
273. Norris, F., Slone, L., Baker, C., Murphy, A. (2006). Early physical health consequences of disaster exposure and acute disaster-related PTSD. *Anxiety, Stress and Coping*, 19, 95-110.
274. Ochberg, F. M. (1991). Post-traumatic therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28, 5-15.
275. O'Donnell, M. L., Creamer, M., Pattison, P. (2004). Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1390-1396.
276. Olf, M., de Vries, G. J. (2005). The epidemiology of PTSD in the Netherlands. European Conference on Traumatic Stress, Stockholm. Stockholm: Swedden, 106.

277. Olf, M., de Vries, G. J., Guzelcan, Y., Assies, J., Gersons, B. P. (2007). Changes in cortisol and DHEA plasma levels after psychotherapy for PTSD. *Psychoneuroendocrinology*, 32, 619-626.
278. Ornitz, E. M. et Pynoos, R. S. (1989). Startle modulation in children with post-traumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, 146, 866-870.
279. Orsillo, S. M., Heimberg, R. G., Juster, H. R., Garrett, J. (1996). Social phobia and PTSD in Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 235-252.
280. Osuch, E. A., Willis, M. W., Bluhm, R., Ursano, R. J., Drevets, W. C. (2008). Neurophysiological responses to traumatic reminders in the acute aftermath of serious motor vehicle collisions using. *Biological Psychiatry*, 64, 327-325.
281. Ouimette, P., Crokite, R., Henson, B. R., Prins, A., Gima, K., Moos, R. H. (2004). Posttraumatic stress disorder and health status among female and male medical patients. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 1-9.
282. Padala, P. R., Madison, J., Monnahan, M., Marcil, W., Price, P., Ramaswamy, S., Din, A. U., Wilson, D. R., Petty, F. (2006). Risperidone monotherapy for post-traumatic stress disorder related to sexual assault and domestic abuse in women. *International Clinical Psychopharmacology*, 21, 275-280.
283. Parkerson, G. R., Michener, J. L., Wu L, R., Finch, J. N., Muhlbaier, L. H., Kertesz, J. W., Clapp-Channing, N., Morrow, D. S., Chen, A. L. (1989). Associations among family support, family stress, and personal functional health status. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42, 217-229.
284. Parson, E. R. (1993). Post-traumatic narcissism: Healing traumatic alterations of the self through curvilinear group psychotherapy. In: *The international handbook of traumatic stress syndromes* (eds., Wilson J., Raphael, B.), p.p. 821-840, Plenum, New York.
285. Pelcovitz, D., van der Kolk, B. A., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resnick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3-16.

286. Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46-59.
287. Pervanidou, P., Kolaitis, G., Charitaki, S., Lazaropoulou, C., Papassotirou, I., Hindmarsh, P., Bakoula, C., Tsiantis, J., Chrousos, G. P. (2007). The natural of neuroendocrine changes in pediatric posttraumatic stress disorder (PTSD) after motor vehicle accidents: progressive divergence of noradrenaline and cortisol concentrations over time. *Biological Psychiatry*, 26, 1095-1102.
288. Perry, B. D., Giller, E. L., Southwick, S. M. (1987). Altered plasma alpha-2 adrenergic receptor affinity states in PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1511-1512.
289. Pischke, P.J., Halmman, C.J. (2008). Effectiveness of critical event debriefings during Operation Iraqi Freedom II. *U.S. Army Medical Department Journal*, 18-23.
290. Pitman, R., Orr, S., Shalev, A. (1993). Once bitten twice shy: beyond the conditioning model of PTSD. *Biological Psychiatry*, 33,145-146.
291. Pitman, R. K., Sanders, K. M., Zusman, R. M., Healy, A. R., Cheema, F., Lasko, N. B., Cahill, L., Orr, S. P. (2002). Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biological Psychiatry*, 51, 189-192.
292. Pitman, R. K., van der Kolk, B. A, Orr, S. P, Greenberg, M. S. (1990). Naloxone reversible stress induced analgesia in Post-traumatic Stress Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 47, 541-547.
293. Pitman, R. et Orr, S. (1990). The Black Hole of Trauma. *Biological Psychiatry*, 26, 221-223.
294. Pittman, R. K. (1993). Biological findings in post-traumatic stress disorder. Implications for DSM-IV classification. In: *Post-traumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (eds., Davidson, J. R. T. & Foa, E. B.), p.p. 173-189, American Psychiatric Press, Washington DC.
295. Priebe, S., Matanov, A., Jankovic Gavrilović, J., McCrone, P., Ljubotina, D., Knezevic, G., Kucukalic, A., Franciskovic, T., Schuetzwohl, M. (2009). Consequences of untreated posttraumatic stress disorder following war in former Yugoslavia: morbidity, subjective quality of life, and care costs. *Croatian Medical Journal*, 50, 465-475.

296. Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S. (1999). Application of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Internal Journal of Social Psychiatry*, 45: 7-12.
297. Priebe, S., Roeder-Wanner, U. U., Kaiser, W. (2000). Quality of life in first-admitted schizophrenia patients: a follow-up study. *Psychological Medicine*, 30, 225-230.
298. Priebe, S., Bogic, M., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Gleazzi, G. M., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Morina, N., Popovski, M., Wang, D., Schutzwahl, M. (2010). Mental disorders following war in the Balkans. *Archives of General Psychiatry*, 67, 518-528.
299. Protopopescu, X., Pan, H., Tuescher, O., Cloitre, M., Goldstein, M., Engelien, W., Epstein, J., Yang, Y., Gorman, J., LeDoux, J., Silbersweig, D., Stern, E. (2005). Differential time courses and specificity of amygdala activity in posttraumatic stress disorder subjects and normal control subjects. *Biological Psychiatry*, 57, 646-673.
300. Punamaki, R. L., Komproe, I. H., Qouta, S., Elmasri, M., de Jong, J. T. (2005). The role of peritraumatic dissociation and gender in the association between trauma and mental health in a Palestinian community sample. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 545-551.
301. Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behavior Research and Therapy*, 18, 51-60.
302. Raison, C. L., Miller, A. H. (2003). When not enough is too much: The role of insufficient glucocorticoid signaling in the pathophysiology of stress-related disorders. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1554-1565.
303. Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., Endicott, J. (2005). Quality of life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1171-1178.
304. Rappaport, R. A. (1984). *Ritual ecology and systems*. New Haven, CT: Yale University Press.
305. Raphael, B., Meldrum, L., McFarlane, A. C. (1995). Does debriefing after psychological trauma work? *British Medical Journal*, 310, 1479-1480.
306. Raskind, M. A., Dobie, D. J., Kanter, E. D., Petrie, E. C., Thompson, C. E., Peskind, E. R. (2000). The alpha1-adrenergic antagonist prazosin ameliorates combat trauma nightmares in veterans with posttraumatic stress disorder: a report of 4 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 129-133.

307. Raskind, M. A., Peskind, E. R., Kanter, E. D., Petrie, E. C., Radant, A., Thompson, C. E., Dobie, D. J., Hoff, D., Rein, R. J., Straits-Troster, K., Thomas, R. G., McFall, M. M. (2003). Reduction of nightmares and other PTSD symptoms in combat veterans by prazosin: a placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 371–373.
308. Raskind, M. A., Peskind, E. R., Hoff, D. J., Hart, K. L., Holmes, H. A., Warren, D., Shofer, J., O'Connell, J., Taylor, F., Gross, C., Rohde, K., McFall, M. E. (2007). A parallel group placebo controlled study of prazosin for trauma nightmares and sleep disturbance in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 61, 928–934.
309. Ravindran, L. N., Stein, M. B. (2009). Pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder. In: *Post traumatic stress disorder. Diagnosis, management and treatment* (eds., Nutt, D. J., Stein, M. B, Zohar, J.), p.p. 111-126, Informa Healthcare, London.
310. Rauch, S. L., van der Kolk, B. A., Fisler, R. E., Alpert, N. M., Orr, S. P., Savage, C., R., Fischman, A. J., Jenike, M. A., Pitman, R. K. (1996). A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Archive of General Psychiatry*, 53, 380-387.
311. Resick, P. A., Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for sexual assault victims: A treatment manual*. Newbury Park CA: Sage Publications.
312. Ressler, K. J., Rothbaum, B. O. (2009). Psychosocial treatments of posttraumatic stress disorder. In: *Post traumatic stress disorder. Diagnosis, management and treatment* (eds., Nutt, D. J., Stein, M. B, Zohar, J.), p.p. 99-115, Informa Healthcare, London.
313. Resnick, H. S., Yehuda, R., Pitman, R. K., Foy, D. W. (1995). Effect of previous trauma on acute plasma cortisol level following rape. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1675-1677.
314. Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.
315. Resnick, S. G., Bond, G. R., Mueser, K. T. (2003). Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. *Journal of Abnormal psychology*, 112, 415-423.
316. Richardson, J. D., Long, M. E., Pedlar, D., Elhai, J. D. (2008). Posttraumatic stress disorder and health-related quality of life among a sample of treatment- and pension-seeking

- deployed Canadian forces peacekeeping veterans. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 53, 594-600.
317. Richardson, J. D., Fikretoglu, D., Liu, A., McIntosh, D. (2011). Aripiprazole augmentation in the treatment of military-related PTSD with major depression: a retrospective chart review. *BioMed Central Psychiatry*, 11: 86-73.
318. Ritter, K., Roepke, S., Merkl, A., Heuser, I., Fydrich, T., Lammers, C.H. (2010). Comorbidity in patients with narcissistic personality disorder in comparison to patients with borderline personality disorder. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60, 14-24.
319. Rona, R. J., Fear, N. T., Hull, L., Wessely, S. (2007). Women in novel occupational roles: Mental health trends in UK armed Forces. *International Journal of Epidemiology*, 36, 319-326.
320. Rosner, R., Powell, S., Butollo, W. (2003). Posttraumatic stress disorder three years after the siege of Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 41-55.
321. Salmon T.W. (1917). The care and treatment of mental diseases and war neuroses ('shell shock') in the British Army. *Mental Hygiene*, 1, 509-547.
322. Rohleder, N., Joksimovic, L., Wolf, J. M., Kirschbaum, C. (2004). Hypocortisolism and increased glucocorticoid sensitivity of proinflammatory cytokine production in Bosnian war refugees with posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 55, 745-751.
323. Ross, R. J., Ball, W.A., Cohen, M. E. (1989). Habituation of the startle response in post-traumatic stress disorder. *Journal of Neuropsychiatry*, 1, 305-307.
324. Rosen, J., Fields, R. (1998). The long term effects of extraordinary trauma: a look beyond PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 179-181.
325. Rosenman, S. (2002). Trauma and posttraumatic stress disorder in Australia: findings in the population sample of the Australian national survey of mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 515-520.
326. Rudolf, H., Priebe, S. (1999). Subjective quality of life in female in-patients with depression: a longitudinal study. *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 238-246.

327. Sack, W. H., Seeley, J. R., Clarke, G. N. (1997). Does PTSD transcend cultural barriers? A study from the Khmer Adolescent Refugee Project. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 49–54.
328. Samardžić, R., Špirić, Z. (2005) Faktori predikcije psihosomatskog reagovanja za vreme vazdusnog bombardovanja. *Vojnosanitski Pregled*, 62, 113-117.
329. Sareen, J., Cox, B. J., Stein, M. B., Afifi, T. O., Fleet, C., Asmundson, G. J. G. (2007). Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosomatic medicine*, 69, 242-248.
330. Sareen, J., Cox, B. J., Goodwin, R. D., Asmundson, J. G. (2005). Co-occurrence of posttraumatic stress disorder with positive psychotic symptoms in a nationally representative sample. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 313–322.
331. Sareen, J., Cox, B. J., Clara, I., Asmundson, G. J. G. (2005). The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the U.S. national comorbidity survey. *Depression and Anxiety*, 21, 193-202.
332. Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., Stein, M. B., Stein, M. B., Belik, S. L., Meadows, G., Asmundson, G. J. G. (2007). Combat and peacekeeping operations in relation to prevalence of mental disorders and perceived need for mental health care: findings from a large representative sample of military personnel. *Archives of General Psychiatry*, 64, 843-852.
333. Schmahl, C., Lanius, R. A., Pain, C., Vermetten, E. (2010). Biological framework for posttraumatic dissociation related to early life trauma. In: *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic* (eds., Ruth, A., Vermetten, E., Pain, C), p.p. 33-43, Cambridge University Press.
334. Schuff, N., Naylan, T. C., Lenoci, M., A., Du, A. T., Weiss, D. S., Marmar, C. R., Weiner, M. W. (2001). Decreased hippocampal N-acetylaspartate in the absence of atrophy in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 50, 952-959.
335. Seal, K. H., Bertenthal, D., Miner, C. R., Saunak, S., Marmar, C. (2007). Bringing the war back home, mental health disorders among 103,788 U. S. veterans returning from Iraq

- and Afghanistan seen at department of veterans affairs facilities. *Archives of Internal Medicine*, 167, 470-482.
336. Seedat, S., Stein, M. B., Oosthuizen, P. P., Emsley, R. A., Stein, D. J. (2003). Linking posttraumatic stress disorder and psychosis: a look at epidemiology, phenomenology, and treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 675-681.
337. Semple, W. E., Goyer, P. F., McCormick, R., Donovan, B., Muzic, R. F. Jr., Rugle L., McCutcheon, K., Lewis, C., Liebling, D., Kowaliw, S., Vapenik, K., Semple, M. A., Flener, C. R., Schulz, S. C. (2000). Higher brain blood flow at amygdale and lower frontal cortex blood flow in PTSD patients with comorbid cocaine and alcohol abuse compared with normals. *Psychiatry*, 63, 65-74.
338. Schaefer, C., Coyne, J. C., Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
339. Schelling, G., Briegel, J., Roozendaal, B., Stoll, C., Rothenhausler, H. B., Kapfhammer, H. P. (2001). The effect of stress doses of hydrocortisone during septic shock on posttraumatic stress disorder in survivors. *Biological Psychiatry*, 50, 978-985.
340. Skarpa, I., Rubesa, G., Moro, L., Manestar, D., Petroveckii, M., Rukavina, D. (2001). Changes of cytolytic cells and perforin expression in individuals with posttraumatic stress disorder. *Croatian Medical Journal*, 42, 551-555.
341. Shad, M.U., Suris, A. M., North, C. S. (2011). Novel combination strategy to optimize treatment for PTSD. *Human Psychopharmacology*, 26, 4-11.
342. Shalev, A. Y., Rogel-Fuchs, Y. (1993). Psychophysiology of PTSD: from sulfur fumes to behavioral genetics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 52, 4-10.
343. Shalev, A. Y., Orr, S.P., Peri, T., et al. (1992). Physiologic responses to loud tones in Israeli patients with Post-traumatic Stress Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49, 870-875.
344. Shalev, A. (2009). Posttraumatic stress disorder: Diagnosis, history, and longitudinal course. In: *Post traumatic stress disorder, diagnosis, management and treatment* (eds., Nutt, D. J., Stein, M. B, Zohar, J.), p.p. 1-11, Informa Healthcare, London.

345. Shalev, A., Bleich, A., Ursano, R. (1990). Posttraumatic stress disorder: somatic comorbidity and effort tolerance. *Psychosomatic*, 31, 197-203.
346. Shapiro, F. (1996). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Protocols, Principles, and Procedures*. New York: Guilford.
347. Shavit, Y., Lewis, J.W., Terman, G.W. (1983). Opioid peptides mediate the suppressive effect of stress on natural killer cell cytotoxicity. *Science*, 223:188-190.
348. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. (1998). Mini – International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59:22-33.
349. Sher, L. (2005). The concept of post-traumatic mood disorder. *Medical Hypotheses*, 65, 205-210.
350. Sher, L., Braquehais, M. D., Casas, M. (2012). Posttraumatic stress disorder, depression, and suicide in veteran. *Cleveland Clinical Journal of Medicine*, 79, 92-97.
351. Shin, L. M., Orr, S. P., Carson, M. A., Rauch, S. L., Macklin, M. L., Lasko, N. B., Peters, P. M., Metzger, L. J., Dougherty, D. D., Cannistraro, P. A., Alpert, N. M., Fischman, A. J., Pitman, R. K. (2004). Regional cerebral blood flow in the amygdala and medial prefrontal cortex during traumatic imagery in male and female Vietnam veterans with PTSD. *Archives of General Psychiatry*, 61, 168-176.
352. Shin, L. M., Wright, C. I., Cannistraro, P. A., Wedig, M. M., McMullin, K., Martis, B., Macklin, M. L., Lasko, N. B., Cavanagh, S. R., Krangel, T. S., Orr, S. P., Pitman, R. K., Whalen, P. J., Rauch, S. L. (2005). A functional magnetic resonance imaging study of amygdala and medial prefrontal cortex responses to overtly presented fearful faces in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 273-281.
353. Showalter, E. (1997). *Hysterical Epidemics and Modern Culture*. London: Picador.
354. Siegel, A., Douard, J. (2011). Who's flying the plane: serotonin levels, aggression and free will. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 20-29.
355. Siegfried, B., Frischknecht, H. R., Nunez de Souza, R. (1990). An ethological model for the study of activation and interaction of pain, memory, and defensive systems in the

- attacked mouse: Role of endogenous opioids. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 14, 481-490.
356. Silove, D. (1996). Torture and refugee trauma; implications for nosology and treatment of posttraumatic syndromes. In: *International Review of Psychiatry* (eds., Mak, F. L., Nadelson, C. C.), p.p. 211-232. American Psychiatric Press, Washington DC.
357. Silverman, M. N., Pearce, B. D., Biron, C. A., Miller, A. H. (2005). Immune modulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis during viral infection. *Viral Immunology*, 18, 41-78.
358. Simonović, M., Grbeša, G., Milenković, T., Radisavljević, M. (2008). Procena kliničke depresije udružene sa posttraumatskim stresnim poremećajem. *Vojnosanitetski pregled*, 65, 199-204.
359. Smyth, J. M., Hockemeyer, J. R., Heron, K. E., Wonderlich, S. A., Pannebaker, J. W. (2008). Prevalence, type, disclosure, and severity of adverse life events in college students. *Journal of American College Health*, 57, 69-76.
360. Solomon, Z., Kotler, M., Shalev, A., Lin, R. (1989). Delayed posttraumatic stress disorder. *Psychiatry*, 52, 428-436.
361. Southwick, S. M., Krystal, J.H., Morgan, A., Johnson, D., Nagy, L. M., Nicolaou, A. (1993). Abnormal Noradrenergic function in Post-traumatic Stress Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 50, 266-274.
362. Spates, C. R., Koch, E., Cusack, K., Pagoto, S., Waller, S. (2009). In: *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines of the international society for traumatic stress studies* (eds., Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J.), p.p. 279-305. Guilford Press, New York.
363. Speed, N., Engdahl, B., Schwartz, J., Eberly, R. (1989). Post-traumatic stress disorder as a consequence of POW experience. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 147-153.
364. Spiegel, D., Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366-378.
365. Špirić, Ž., Samardžić, R., Šundrić, Z., Miljanović, B. (2002). Psihoneurobiologija posttraumatskog stresnog poremećaja. U: *70 godina Vojne psihijatrijske službe* (ur., Preradović, M., Raičević, R., Špirić, Ž.), str. 28-42. Javno preduzeće PTT Srbija, Beograd.

366. Spivak, B., Segal, M., Mester, R., Weizman, A. (1998). Lateral preference in post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 28, 229-232.
367. Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., Forde, D. R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1114-1119.
368. Stein, D. J., Ipser, J., Seedat, S. (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane database System*. Review, Issue 1.
369. Stein, D. J., Davidson, J., Seedat, S., Beebe, K. (2003). Paroxetine in the treatment of post-traumatic stress disorder: pooled analysis of placebo-controlled studies. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 4, 1829-1838.
370. Sternberg, E. M. (2006). Neural regulation of innate immunity: A coordinated nonspecific host response to pathogens. *Nature Reviews. Immunology*, 6, 318-328.
371. Storr, C. L., Ialongo, N. S., Anthony, J. C., Breslau, N. (2007). Childhood antecedents of exposure to traumatic events and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 119-125.
372. Stuber, M. L., Shemesh, E., Saxe, G. N. (2003). Posttraumatic stress responses in children with life-threatening illnesses. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 195-209.
373. Sturms, L. M., van der Sluis, C. K., Stewart, R. E., Groothoff, J. W., ten Duis, H. J., Eisma, W. H. (2005). A prospective study on pediatric traffic injuries: health-related quality of life and posttraumatic stress. *Clinical Rehabilitation*, 19, 312-322.
374. Suryani, L. K., Page, A., Lesmana, C. B., Jennaway, M., Basudewa, I. D., Taylor, R. (2008). Suicide in paradise: aftermath of the Bali bombings. *Psychological Medicine*, 12, 1-7.
375. Svetska zdravstvena organizacija, SZO. (1992). *ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja*. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd.
376. Sutker, P. B., Allain, A. N., Winstead, D. K. (1993). Psychopathology and psychiatric diagnosis of World War II pacific theater prisoner of war survivors and combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 150, 240-245.

377. Takahashi, A., Quadros, I. M., de Almeida, R. M., Miczek, K. A. (2011). Brain serotonin receptors and transporters: initiation vs. termination of escalated aggression. *Psychopharmacology*, 213, 183-212.
378. Taylor, F. B., Martin, P., Thompson, C., Williams, J., Mellman, T. A., Gross, C., Peskind, E. R., Raskind, M. A. (2008). Prazosin effects on objective sleep measures and clinical symptoms in civilian trauma posttraumatic stress disorder: a placebo-controlled study. *Biological Psychiatry*, 63, 629–632.
379. Teicher, H., Anderson, C.M., Polcari, Ann. (2011). Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields CA3, dentate gyrus, and subiculum. *PNAS Early Edition*, 1-10.
380. Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
381. Thulesius, H., Alveblom, A. K., Hakansson, A. (2004). Posttraumatic stress associated with low self-rated well-being in primary care attenders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 261-266.
382. Tracy, M., Norris, F. H., Galea, S. (2011). Differences in the determinants of posttraumatic stress disorder and depression after a mass traumatic event. *Depression and Anxiety*, 28, 666-675.
383. Trimble, M. R. (1981). *Posttraumatic Neurosis*. From Railway Spine to the Whiplash. John Wiley, Chichester.
384. Tucker, P., Trautman, R. P., Wyatt, D. B., Thompson, J., Wu, S. C., Capece, J. A., Rosenthal, N. R. (2007). Efficacy and safety of topiramate monotherapy in civilian posttraumatic stress disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 201-206.
385. Tural, U., Onder, E., Aker, T. (2012). Effect of depression on recovery from PTSD. *Community Mental Health Journal*, 48, 161-166.
386. Ullman, S. E., Brecklin, L. (2002). Sexual assault history and suicidal behavior in a national sample of women. *Suicide Life Treat Behavior*, 32, 117-130.
387. Ursano R. J. (1987). Post-traumatic stress disorder: the stressor criterion. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 273-275.

388. Uwanyiligira, E. (1997). La Souffrance Psychologique des Survivants des Massacres au Rwanda: Approches Therapeutique. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 34, 87–104.
389. Vaiva, G., Ducrocq, F., Jezequel, K., Averland, B., Lestavel, P., Brunet, A., Marmar, C. R. (2003). Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma. *Biological Psychiatry*, 54, 947-949.
390. Van der Kolk, B. A. (1987). The drug treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 13, 203-213.
391. Van der Kolk, B. A., Dreyfuss, D., Michaels, M., Shera, D., Berkowitz, R., Fisler, R., Saxe, G. (1994). Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 517–522.
392. Van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: self-regulation, stimulus, discrimination and characterological development. In *Traumatic Stress*, (eds., Van der Kolk, B. A., Mc Farlane, A., Weisaeth, L.), pp. 182-212, The Guilford Press, New York.
393. Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665-1671.
394. Van der Kolk, B. A et Van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1530-1540.
395. Van der Kolk, B. A., Greenberg, M. S., Boyd, H., Krystal, J. H. (1985). Inescapable shock, neurotransmitters and addiction to trauma: Towards a psychobiology of post-traumatic stress. *Biological Psychiatry*, 20, 314-325.
396. Van der Kolk, B. A. (1989). The Compulsion to Repeat the Trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 389-411.
397. Van der Kolk, B. A., Ducey, C. P. (1989). The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 259-274
398. Van der Kolk, B. (1996). History of Trauma. In: *Traumatic Stress*. (eds. Van der Kolk, B. A., Mc Farlane, A. C., Weisaeth, L.). The Gilford Press, New York, pp. 47-77.
399. Van der Kolk, B. A. (2001). The assessment and treatment of complex PTSD. In: *Traumatic stress* (ed., Yehuda, R.), p.p. 1-29, American Psychiatric Press, New York.

400. Van Zelst, W., De Beurs, E., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Van Dyck, R. (2003). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 333-342.
401. Vermetten, E., Bremner, J. D. (2002). Circuits and system in stress. II. Applications to neurobiology and treatment in posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 16, 14-38.
402. Vidovic, A., Vilibic, M., Sabioncello, A., Gotovac, K., Rabatic, S., Folnegovic-Smalc, Decaris, D. (2007). Circulating lymphocyte subsets, natural killer cell cytotoxicity, and components of of hypothalamic-pituitary-adrenal axis in Croatian war veterans with posttraumatic stress disorder: Cross sectional study. *Croatian Medical Journal*, 48, 198-206.
403. Villarreal, G., Hamilton, D. A., Petropoulos, H., Driscoll, I., Rowland, L. M., Griego, J. A., Kodituwakku, P- W., Hart, b. L., Escalona, R., Brooks, W. M. (2002). Reduced hippocampal volume and total white matter volume in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 52, 119-125.
404. Voges, M. A., Romney, D. M. (2003). Risk and resiliency factors in posttraumatic stress disorder. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2, 4-12.
405. Vrana, S., Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 289-302.
406. Wang, S., Mason, J., Southwick, S., Johnson, D., Lubin, H., Charney, D. (1995). Relationships between thyroid hormones and symptoms in combat-related posttraumatic stress disorder. *Psychosomatic Medicine*, 57, 398-402.
407. Wang, C. H., Tsay, S. L., Bond, A. E. (2005). Posttraumatic stress disorder, depression, anxiety and quality of life in patients with traffic-related injuries. *Journal of Advance Nursing*, 52, 22-30.
408. Warshaw, M. G., Fierman, E., Pratt, L., Hunt, M., Yonkers, K., Massion, A.O. (1993). Quality of life and dissociation in anxiety disorder patients with histories of trauma or PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1512-1516.

409. Watson, C.G., Kucala, T., Juba, M., Manifold, V., Anderson, P.E., Anderson, D. (1991). A factor analysis of the DSM-III post-traumatic stress disorder criteria. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 205-214.
410. Weiss, S. (2007). Neurobiological alterations associated with traumatic stress. *Prospectives in Psychiatric Care*, 43, 114-122.
411. Weiss, D. S., Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale Revised. In: *Assessing Psychological Trauma and PTSD – A Practitioners Handbook* (eds., Wilson, J. P., Keane, T. M.). Guilford Press, New York.
412. Westermeyer, J., Vang, T. F., Neider, J. (1983). Migration and mental health among refugees: Association of pre-and post-migration factors with self ratings scales. *Journal of nervous and Mental Disease*, 171, 92-96.
413. Whitehead, D. L., Perkins-Porras, L., Strike, P. C., Steptoe, A. (2006). Posttraumatic stress disorder in cardiac patients: Predicting vulnerability from emotional responses during admission for acute coronary syndromes. *Heart*, 92, 1225-1229.
414. Wilson, J. P. (1994). Traumatic events and post-traumatic stress disorder prevention. In: *Trauma and Healing Under War Conditions* (ed., Jensen S. B.), Plenum Press, New York.
415. Wilson, J. P. & Raphael, B. (1993). Theoretical and conceptual foundations of traumatic stress syndromes. In: *The international handbook of traumatic stress syndromes* (eds., Wilson, J.P. & Raphale, B.), p. 1, Plenum Press, New York.
416. Winnicott, D. W. (1960). "Ego Distortion in Terms of True and False Self." In: *The Maturation Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development* p.p. 140-152, New York: International UP Inc.
417. Winter D. (1978). *Death's Men. Soldiers of the Great War*. London, UK. Allen Lane: 136.
418. Winter, J. (1995). *Sites of Memory. Sites of Mourning. The Great War in European Cultural History*. Cambridge: Cambridge University Press.
419. Wolfe J, Kimerling, R. (1997). Gender issues in the assessment of Posttraumatic Stress Disorder. In: *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (eds., Wilson, J. & Keane, T. M.), p. 192-238, New York Guilford.

420. Woods, S. J., Wineman, N M., Page, C. G., Hall, R. J., Alexander, T. S., Campbell, J. C. (2005). Predicting immune status in women from PTSD and childhood and adult violence. *Advances in Nursing Science*, 28, 306-319.
421. Woods, A. B., Page, G. G., O'Campo, P., Pugh, L. C., Ford, D., Campbell, J. C. (2005). The mediation effect of posttraumatic disorder symptoms on the relationship of intimate partner violence and IFN-gamma levels. *American Journal of Community Psychology*, 36, 159-175.
422. Woon, F. L., Sood, S., Hedges, D. W. (2010). Hippocampal volume deficits associated with exposure to psychological trauma and posttraumatic stress disorder in adults: a meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 34, 1181-1188.
423. World Health Organization (1948). *The ICD-6 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization, Geneva.
424. World Health Organization (1968). *The ICD-8 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization, Geneva.
425. World Health Organization (1977). *The ICD-9 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization, Geneva.
426. World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization, Geneva.
427. Yang, P., Wu, M. T., Hsu, C. C., Ker, J. H. (2004). Evidence of early neurobiological alternations in adolescents with posttraumatic stress disorder: a functional MRI study. *Neuroscience Letters*, 370, 13-18.
428. Yehuda, R. (1999). Biological factors associated with susceptibility to PTSD. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 34-39.
429. Yehuda, R., Giller, E. L., Southwick, S. M., et al. (1991). Hypothalamic-pituitary-adrenal dysfunction in post-traumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 30, 1031-1048.

430. Yehuda, R., Southwick, S. M, Mason, J. W., Giller, E. L. (1990). Interactions of the hypothalamic-pituitary adrenal axis and the catecholaminergic system in post-traumatic stress disorder. In: *Biological Assessment and Treatment of PTSD* (ed., Giller, E. L.). American Psychiatric Press, Washington, DC.
431. Yehuda, R., McFarlane, A.C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1705–13.
432. Yehuda, R. (1999). Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 34-39.
433. Yong-Shing, Chen., Ming-Chao, C., Frank Huang-Chih, C., Feng-Ching, S., Pei-Chun, C., Kuan-Yi, T., Shin-Shin, C. (2007). The relationship between quality of life and posttraumatic stress disorder or major depression for firefighters in Kaohsiung, Taiwan. *Quality of Life Research*, 16, 1289-1297.
434. Young, A. (2000). An alternative history of traumatic stress. In: *International Handbook of Human Response to Trauma* (eds. Shalev, A. Y., Yehuda, R., McFarlane, A. C.), pp. 51-70, Kluwer Academic/Plenum, New York.
435. Zager, E. L., Black, P. M. (1985). Neuropeptides in human memory and learning processes. *Neurosurgery*, 17, 355-369.
436. Zatzick, D. F., Weiss, D. S., Marmar, C. R., Metzler, T. J., Wells, K., Golding, J. M., Stewart, A., Schlenger, W. E., Browner, W. S. (1997). Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in female Vietnam veterans. *Military Medicine*, 162, 661-665.
437. Zhang, Z., Ran, M. S., Li, Y. H., Ou, G. J., Gong, R. R., Li, R. H., Jiang, Z., Fang, D. Z. (2012). Prevalence of post-traumatic stress disorder among adolescents after the Wenchuan earthquake in China. *Psychological Medicine*, 42, 1687-1693.
438. Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S. (2006). Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. *Psychological Medicine*, 36, 1523-1533.

439. Zlotnick, C., Zimmerman, M., Wolfsdorf, B. A., Mattia, J. I. (2001). Gender Differences in patients with posttraumatic stress disorder in a general psychiatric practice. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1923-1925.
440. Zlotnick, C., Franklin, C.L., Zimmerman, M. (2002). Is comorbidity of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder related to greater pathology and impairment? *The American Journal of Psychiatry*, 159, 1940-1943.
441. Zlotnick, C., Johnson, D.M., Yen, S., Battle, C.L., Sanislow, C.A., Skodol, A.E., Grilo, C.M., McGlashan, T.H., Gunderson, J.G., Bender, D.S., Zanarini, M.C., Shea, M.T. (2003). Clinical features and impairment in women with Borderline Personality Disorder (BPD) with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), BPD without PTSD, and other personality disorders with PTSD. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 706-713.
442. Zohar, J., Sonnino, R., Juven-Wetzler, A, Cohen, H. (2009). Can posttraumatic stress disorder be prevented? *CNS Spectrums*, 14, 44-51.
443. Zubieta, J. K., Chinitz, J. A., Lombardi, U., Fig, L. M., Cameron, O. G., Liberzon, I. (1999). Medial frontal cortex involvement in PTSD symptoms: a SPECT study. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 259-264.

PISMENI FORMULAR PRISTANKA

Istraživačka studija:

Komponente, organizacija, troškovi i ishod zdravstvene zaštite i intervencija u zajednici za ljude koji pate od posttraumatskog stresa posle rata i konflikta na Balkanu

REG broj

Ime učesnika

- Organizatori studije su me pozvali da učestvujem u istraživanju.
- Razumem šta se nalazi na listi sa informacijama o istraživanju. Imam jedan primerak te liste koji ću sačuvati.
- Imao sam prilike da razgovaram i postavim pitanja o studiji.
- Znam koja je moja uloga u studiji i znam koliko dugo će trajati.
- Znam kako ova studija može uticati na mene.
- Rečeno mi je da postoje mogući rizici.
- Razumem da ne bi trebalo aktivno da učestvujem u više od jedne istraživačke studije istovremeno.
- Znam da je Etički komitet Medicinskog fakulteta u Beogradu video i odobrio ovu studiju
- Razumem da su lične informacije strogo poverljive. Znam da će samo ljudi koji su deo istraživačkog tima ili zvanični predstavnici organizacije koja finansira istraživanje biti u mogućnosti da vide informacije u vezi sa mojim učešćem u studiji.
- Slobodnom voljom pristajem da učestvujem u ovoj studiji. Niko na mene nije vršio pritisak.
- Znam da mogu prestati da učestvujem u studiji u bilo kom trenutku.
- Znam da ću ukoliko ne učestvujem u studiji i dalje biti u mogućnosti da dobijem zdravstvenu zaštitu.
- Znam da ću možda biti kontaktiran posle godinu dana.
- Znam da ukoliko postoje ikakvi problemi mogu kontaktirati prof. Dr Dušicu Lečić Toševski ili Dr Bojanu Pejušković na : Tel. 011 3226 925

Potpis učesnika

Datum

Kao istraživač odgovoran za ovo istraživanje ili određeni zamenik potvrđujem da sam objasnio gore navedenom učesniku prirodu i cilj istraživanja koje se sprovodi.

Ime istraživača

Potpis istraživača

Datum

SOCIO DEMOGRAFSKI PODACI

Ukoliko je ispitanik izbeglica iz koje zemlje / grada je došao? _____

Kada (mesec i godina) _____

Godine starosti _____

Pol M Ž

Nacionalnost

1=Albanac 2=Bosanc 3=Crnogorac 4=Hrvat 5=Makedonac 6=Srbin 7=Drugo (navesti)

1) Koliko godina škole imate (stručna sprema) _____

2) Da li ste zaposleni

1=zaposlen/a 2=na školovanju 3=u penziji 4=nezaposlen/a
5=drugo (navesti) _____

Ukoliko ste zaposleni odgovorite na pitanja 3 i 4, a ako ne pređite na pitanje broj 5

3) Koje Vam je zanimanje? _____

4) Koliko časova nedeljno radite? _____

6) Da li primete neku pomoć od države (i ako da koju)? _____

7) Da li imate decu (ako imate koliko)? _____

Koliko članova ima Vaše domaćinstvo? _____

Od toga koliko ima dece ispod 18 godina? _____

8) Kakav Vam je bračni status?

1=oženjen/a 2=neoženjen/a 3=razveden/a 4=udovac/ica 5=vanbračna zajednica 6=drugo (navesti)

9) Sa kim živite (možete zaokružiti više mogućnosti)?

1=sami 2=sa partnerom 3=sa roditeljima 4=sa detetom/decom ispod 18 god.

5=sa detetom/decom preko 18 god. 6=drugo (navesti) _____

10) Kakvi su Vaši trenutni uslovi stanovanja?

1=sopstvena kuća/stan (ili kuća/stan supružnika) 2=kuća/stan partnera 3=podstanar 4=kod roditelja

5=kod prijatelja 6=kolektivni smeštaj 7=drugo (navesti) _____

1. SKRINING STRESNIH DOGAĐAJA VEZANIH ZA RAT (CONNECT)

Dole je navedena lista stresnih događaja koje ljudi mogu doživeti **za vreme rata**. Ukoliko je ispitanik doživeo događaj, zaokružite DA u prvoj rubrici za odgovore i pitajte da li je imao najmanje 16 godina kada mu se to dogodilo. Kada su za jedan događaj oba odgovora DA onda je uključujući kriterijum ispunjen; pređite na sledeći instrument.

Ukoliko ispitanik nije doživeo događaj, zaokružite NE i pređite na sledeće pitanje.

Za vreme rata, da li ste:	Zaokružite odgovor	Da li ste imali najmanje 16 godina kada Vam se to dogodilo?
1. Bili gladni ili žedni?	DA NE	DA NE
2. Bili bolesni, a niste se mogli lečiti?	DA NE	DA NE
3. Doživeli napad koji nije seksualne prirode od strane člana porodice ili nekog koga ste poznavali (npr. bili opljačkani, fizički napadnuti, ranjavani vatrenim oružjem ili nožem, ili doživeli pretnju uperenim oružjem)?	DA NE	DA NE
4. Doživeli napad koji nije seksualne prirode od strane nepoznate osobe (npr. bili opljačkani, fizički napadnuti, ranjavani vatrenim oružjem ili nožem, ili doživeli prijetnju uperenim oružjem)?	DA NE	DA NE
5. Doživeli napad seksualne prirode od strane člana porodice ili nekog koga ste poznavali (npr. silovanje ili pokušaj silovanja)?	DA NE	DA NE
6. Doživeli napad seksualne prirode od strane nepoznate osobe (npr. silovanje ili pokušaj silovanja)?	DA NE	DA NE
7. Bili bez skloništa (za vreme granatiranja/ bombardovanja ili u borbi)?	DA NE	DA NE
8. Bili teško povređeni?	DA NE	DA NE
9. Boravili u zatvoru (kao civil ili ratni zarobljenik, kao taoc itd.)?	DA NE	DA NE
10. Bili u borbi?	DA NE	DA NE
11. Doživeli granatiranje?	DA NE	DA NE
12. Doživeli opsadu?	DA NE	DA NE
13. Doživeli bombardovanje (npr. vazdusni napadi)?	DA NE	DA NE
14. Bili svedok zlostavljanja, ubistva ili nasilne smrti druge osobe?	DA NE	DA NE
15. Saznali za nestanak ili otmicu nekog od Vaših najbližih (člana Vaše porodice ili prijatelja)?	DA NE	DA NE
16. Bili mučeni (podvrgavani telesnim i duševnim patnjama)?	DA NE	DA NE
17. Bili oteți tj. odvedeni?	DA NE	DA NE
18. Našli u situaciji da ne znate gde se nalazite (izgubljeni)?	DA NE	DA NE
19. Bili proterani (etničko čišćenje)?	DA NE	DA NE
20. Saznali za ubistvo ili nasilnu smrt bliske osobe?	DA NE	DA NE

Prošao/la skrining:

DA NE

Lista stresnih životnih događaja (CONNECT)

Mnogi ljudi su preživeli veoma stresan događaj u nekom periodu svog života. Dole je navedena lista stresnih odnosno traumatskih događaja. Ukoliko ste događaj doživeli upišite kada se to dogodilo (ukoliko se dogodilo više puta, upišite koliko puta i godinu za svaki put). Ukoliko događaj niste doživeli pređite na sledeće pitanje. Ocenite koliko Vas je taj događaj lično potresao. Koristite priloženu skalu gde znači:

- 0 – nimalo**
- 1 – malo**
- 2 – umereno**
- 3 – prilično**
- 4 – vrlo mnogo, jedva sam izdržao**

	Pre rata		Za vreme rata		Posle rata/ migracije	
	Koliko puta i kada?	stres 0 do 4	Koliko puta i kada?	stres 0 do 4	Koliko puta i kada?	stres 0 do 4
1. Doživeli ozbiljnu nesreću, vatru ili eksploziju (npr. industrijsku, poljoprivrednu, automobilsku, avionsku ili nesreću na brodu)			vezano za rat			
2. Doživeli prirodnu nepogodu (npr. poplavu, veliki potres, oluju)			vezano za rat			
3. Doživeli napad koji nije seksualne prirode od strane člana porodice ili nekog koga ste poznavali (npr. bili opljačkani, fizički napadnuti, ranjavani, ubodeni ili doživeli pretnju kroz upereno oružje)			vezano za rat			
4. Doživeli napad koji nije seksualne prirode od strane nepoznate osobe (npr. bili opljačkani, fizički napadnuti, ranjavani, ubodeni ili doživeli prijetnju kroz upereno oružje)			vezano za rat			
5. Doživeli napad seksualne prirode od strane člana porodice ili nekog koga ste poznavali (npr. silovanje ili pokušaj silovanja)			vezano za rat			
6. Doživeli napad seksualne prirode od strane nepoznate osobe (npr. silovanje ili pokušaj silovanja)			vezano za rat			
7. Boravili u zatvoru (kao civil ili ratni zarobljenik, kao taoc itd.)			vezano za rat			
8. Imali oboljenje opasno po život			vezano za rat			
9. Iznenađna prirodna smrt bliske osobe			vezano za rat			
10. Bili gladni ili žedni			vezano za rat			
11. Bili bolesni a niste se mogli lečiti			vezano za rat			

	Pre rata		Za vreme rata		Posle rata/ migracije	
	Koliko puta i kada?	stres 0 do 4	Koliko puta i kada?	stres 0 do 4	Koliko puta i kada?	stres 0 do 4
12. Bili bez skloništa (za vreme granatiranja/ bombardovanja ili u borbi)			vezano za rat			
13. Bili proterani (etničko čišćenje)			vezano za rat			
14. Bili teško povređeni			vezano za rat			
15. Bili u borbi			vezano za rat			
16. Preživeli granatiranje			vezano za rat			
17. Preživeli bombardovanje			vezano za rat			
18. Doživeli opsedu			vezano za rat			
19. Videli zlostavljanje, ubistva ili nasilnu smrt jedne osobe			vezano za rat			
20. Saznali za ubistvo ili nasilnu smrt bliske osobe			vezano za rat			
21. Saznali za nestanak ili otmicu nekog od Vaših nablížih			vezano za rat			
22. Bili mučeni (podvrgavani telesnim i duševnim patnjama)			vezano za rat			
23. Bili oteti tj. odvedeni			vezano za rat			
24. Bili u drugoj zastrašujućoj situaciji ili u situaciji u kojoj ste se osećali životno ugroženim (bilo da se to desilo u toku rata ili van perioda rata). Opis:			vezano za rat			
25. Bili uplašeni i osećali se životno ugroženim time što ste bili svedok nekog od navedenih događaja? Opis:			vezano za rat			

M.I.N.I.

MINI MEĐUNARODNI NEUROPSIHIJATRIJSKI INTERVJU (MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW)

Prevod na srpskom jeziku 5.0.0.

DSM-IV.

USA: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

©Copyright 1992 – 2005 Sheehan DV & Lecrubier Y

Sva prava zadržana. Nijedan deo ovog dokumenta ne sme se umnožavati ili prenositi u bilo kom obliku ili na bilo koji način, elektronski ili mehanički, fotokopiranjem, ili čuvanjem podataka ili sistemom ispravljanja bez pismenog dopuštenja dr. Sheehana ili dr. Lecrubiera. Istraživači i kliničari koji rade u neprofitnim ili javnim organizacijama (uključujući univerzitete, neprofitne bolnice i državne institucije) mogu umožavati M.I.N.I. instrument za sopstvenu kliničku ili istraživačku upotrebu.

Ime ispitanika: _____
Datum rođenja: _____
Ime ispitivača: _____
Datum intervjua: _____

Broj ispitanika: _____
Vreme početka intervjua: _____
Vreme završetka intervjua: _____
Ukupno vreme: _____

MODUL	VREMENSKI OKVIR	ZADOVOLJAVAKRITERIJE	DSM.IV.	ICD-10	
A	VELIKA DEPRESIVNA EPIZODA (VDE)	Trenutna (prethodne 2 nedelje)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Jedna	F32.x
		Prošla	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 Prošla	F33.x
	VDE SA MELANHOLIČNIM KARAKTERISTIKAMA (Po izboru)	Trenutna (2 nedelje)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Jedna 296.30-296.36 Prošla	F32.x F33.x
B	DISTIMIJA	Trenutna (prethodne 2 godine)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C	SUICIDALNOST	Trenutna (prethodnog meseca) Rizik: <input type="checkbox"/> Nizak <input type="checkbox"/> Srednji <input type="checkbox"/> Visok	<input type="checkbox"/>		
D	MANIČNA EPIZODA	Trenutna	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-31.9
		Prošla	<input type="checkbox"/>		
	HIPOMANIČNA EPIZODA	Trenutna	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8- F31.9/F34.0
		Prošla	<input type="checkbox"/>		
E	PANIČNI POREMEĆAJ	Trenutni (prethodnog meseca) Tokom života	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
F	AGORAFBIJA	Trenutna (protekli mesec)	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G	SOCIJALNA FOBIIJA (Poremećaj socijalne anksioznosti)	Trenutna (porotekli mesec)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H	OPSESIVNO-KOMPULZIVNI POREMEĆAJ	Trenutno (protekli mesec)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I	POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ	Trenutni (protekli mesec)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
		Prošli (od rata)	<input type="checkbox"/>		
J	ALKOHOL /ZAVISNOST/	U poslednjih 12 meseci	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	ALKOHOL /ZLOUPOTREBA/	U poslednjih 12 meseci	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K	DROGE /ZAVISNOST/ (ne alkohol)	U poslednjih 12 meseci	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
	DROGE /ZLOUPOTREBA/ (ne alkohol)	U poslednjih 12 meseci	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L	PSIHOTIČNI POREMEĆAJI	Tokom života	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1/	F20.xx-F29
		Trenutni	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82/ 293.89/298.8/298.9	
	POREMEĆAJ RASPOLOŽENJA SA PSIHOTIČNIM OBELEŽJIMA	Tokom života	<input type="checkbox"/>	296.24/296.34/296.44	F32.3/F33.3/
		Trenutni	<input type="checkbox"/>	296.24/296.34/296.44	F30.2/F31.2/F31.5/ F31.8/F31.9/F39
M	ANOREXIA NERVOSA	Trenutna (prethodna 3 meseca)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N	BULIMIA NERVOSA	Trenutna (prethodna 3 meseca)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	ANOREXIA, TIP PREJEDANJE / ČIŠĆENJE	Trenutno	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O	GENERALIZOVANI ANKSIOZNI POREMEĆAJ	Trenutni (prethodnih 6 meseci)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P	ANTISOCIJALNI POREMEĆAJ LIČNOSTI	Tokom života	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2
R	SOMATIZACIJA	Tokom života	<input type="checkbox"/>	330.81	F45.0
		Trenutni	<input type="checkbox"/>		

UPOZORENJE

Ovim instrumentom smo želeli da olakšamo preciznu i tačnu procenu i praćenje pacijenata. Pre nego što se na osnovu, ovim upitnikom sakupljenih i obrađenih podataka, započne bilo kakva aktivnost sa pacijentom, sve podatke mora pregledati i interpretirati stručnjak u kliničkom radu. Ovaj instrument nije konstruisan sa namerom da nadomesti sveobuhvatno medicinsko i psihijatrijsko vrednovanje koje radi kvalifikovan lekar-psihijatar. Jedina nam je namera bila da konstruišemo „alat“ koji će osposobljenom osoblju olakšati tačno prikupljanje podataka i obradu simptoma.

UPUTSTVA

M.I.N.I. je konstruisan kao sažeti strukturisani intervju za glavne Axis I psihijatrijske poremećaje iz DSM-IV. i ICD-10. Validnost i pouzdanost provereni su upoređujući M.I.N.I sa SCID-P za DSM-III-R i CIDI (strukturisani intervju koji je razvila Svetska zdravstvena organizacija za ispitivače- nestručnjake za ICD-10). Rezultati ovih istraživanja pokazuju da su vrednosti validnosti i pouzdanosti M.I.N.I.-ja prihvatljivo visoke, a može se primeniti u mnogo kraćem vremenu (srednja vrednost $M=18.7 \pm 11.6$ minuta, medijan iznosi 15 minuta) nego gore navedeni instrumenti. Stručnjaci u kliničkom radu mogu primenjivati M.I.N.I nakon kratkog osposobljavanja, dok je nestručnim ispitivačima potrebno opsežnije obučavanje.

INTERVJU:

Kako bi upitnik obradili za što kraće vreme, dobro je obavestiti ispitanika da ćete voditi jedan neuobičajeni klinički intervju, postavljajući njemu/njoj veoma precizna pitanja o njegovim/njenim psihološkim problemima i da na njih treba da odgovori sa „DA“ ili „NE“.

OPŠTI OBLIK INTERVJUA:

M.I.N.I. je podeljen na **poglavlja** označena slovima, pri čemu svako poglavlje odgovara jednoj dijagnostičkoj kategoriji.

- Na početku svakog dijagnostičkog poglavlja (osim poglavlja za psihotične poremećaje), postoji selekcijsko pitanje(a) koje odgovara glavnim karakteristikama poremećaja i nalazi se u **zatamnjenom polju**.
- Na kraju svakog poglavlja, jedan ili više dijagnostičkih okvira omogućava iskaz da li je dijagnoza(e) prisutna(e) ili ne.

UPUTSTVA:

Rečenice napisane „normalnim slovima“ su pitanja koja treba u celini pročitati osobi koju intervjuišemo tačno onako kako su napisane. Na taj način ćemo standardizovati ispitivanje dijagnostičkih kriterijuma.

Rečenice napisane „VELIKIM SLOVIMA“ ne treba čitati osobi koju intervjuišemo. To su uputstva za ispitivače koje im pomažu u zbrajanju dijagnostičkih algoritama.

Rečenice napisane „podebljanim slovima“ označavaju vremenski okvir na koje se odnose pitanja. Te rečenice ispitivač može pročitati koliko god puta je potrebno. U ocenjivanju odgovora treba uzeti u obzir jedino one simptome koji se kod intervjuirane osobe pojavljuju isključivo u navedenom vremenskom okviru.

Odgovori iznad kojih je strelica (→) označavaju da jedan od potrebnih kriterijuma za dijagnozu nije zadovoljen. U tom slučaju, ispitivač odmah prelazi na kraj poglavlja i zaokružuje odgovor „NE“ u svim dijagnostičkim okvirima te prelazi na sledeće poglavlje.

U slučajevima kada su pojmovi odvojeni *kosom crtom (/)* ispitivač treba da pročita samo one simptome za koje zna da ih osoba koju intervjuiše poseduje (na primer pitanje H16).

Fraze u (zagradama) su klinički primeri simptoma. One se mogu pročitati osobi koju intervjuišemo u svrhu pojašnjenja pitanja.

UPUTSTVA ZA PROCENU ODGOVORA:

Na sva postavljena pitanja mora se dati odgovor. Odgovor se zaokruživanjem upisuje na desnoj strani svakog pitanja. Odgovor koji se očekuje je dihotomnog tipa („DA“ ili „NE“). U prepoznavanju odgovora moraju se upotrebiti kliničke procene ispitivača. Da bi osigurao tačno prepoznavanje odgovora, prema potrebi, ispitivač treba da traži od ispitanika primere. Ispitivač treba da podstiče osobu koju intervjuiše da traži pojašnjenje svakog pitanja koje mu nije potpuno jasno.

Ispitivač mora da bude siguran da je svaki aspekt postavljenog pitanja ispitanik uzео u obzir (posebno: vremenski okvir, učestalost, jačinu i/ili alternative).

U ovom instrumentu (M.I.N.I) se ne smeju uzimati u obzir simptomi koji se bolje objašnjavaju organskim uzrokom ili upotrebom alkohola ili droga. Instrument M.I.N.I Plus sadrži pitanja koja ispituju takve simptome.

Ukoliko imate pitanja, predloge, potrebu za obučavanjem ili informacijama o novim verzijama M.I.N.I. instrumenta molimo obratite se autorima:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL USA 33613-4788
tel : +1 813 974 4544; fax : +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@hsc.usf.edu

Yves Lecrubier, M.D. / Thierry Hergueta, M.S.
INSERM U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS, FRANCE
tel : +33 (0) 1 42 16 16 59; fax : +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

A. VELIKA DEPRESIVNA EPIZODA

(→ZNAČI: IDITE DO DIJAGNOSTIČKIH OKVIRA, ZAOKRUŽITE **NE** U SVIM DIJAGNOSTIČKIM OKVIRIMA TE PREĐITE NA SLEDEĆE POGLAVLJE)

A1	Da li ste li prethodne dve nedelje bili jasno depresivni ili utučeni, veći deo dana, skoro svakog dana?	NE	DA
A2	Da li ste veći deo vremena prethodne dve nedelje bili manje zainteresovani za većinu stvari ili manje sposobni da uživate u stvarima u kojima obično uživate?	NE	DA
	DA LI SU ZA PITANJA A1 I/ILI A2 ZAOKRUŽENI ODGOVORI DA ?	→ NE	DA

A3 U prethodne dve nedelje, kada ste se osećali depresivno ili nezainteresovano veći deo vremena:

- a Da li ste skoro svakoga dana imali pojačan ili smanjen apetit? Da li se vaša telesna težina povećala ili smanjila a da to nije bilo namerno (npr. težina tela se u mesec dana promenila za $\pm 5\%$, odnosno za $\pm 3,5$ kg kod osobe koja je težila 70 kg)?
AKO JE ZA BILO KOJE OD OVA 2 PITANJA ODGOVOR **DA**, ZAOKRUŽITE **DA**. NE DA*
- b Da li ste skoro svake noći imali problem sa spavanjem (problem da zaspate, budili se u toku noći, budili se rano ujutro ili ste preterano dugo spavali)? NE DA
- c Da li ste gotovo svakoga dana govorili ili se kretali sporije nego inače; ili ste bili fizički nemirni, stalno se vrpoljili ili imali problem da sedite mirno? NE DA*
- d Da li ste li se gotovo svakoga dana osećali umorno ili bez energije? NE DA
- e Da li ste li se gotovo svakoga dana osećali bezvredno ili imali osjećaj krivice? NE DA
- f Da li ste gotovo svakoga dana imali problem sa koncentracijom ili donošenjem odluka? NE DA
- g Da li ste pomišljali na samopovređivanje, osećali da biste se mogli ubiti; ili želeli da ste mrtvi? NE DA

DA LI JE 5 ILI VIŠE ODGOVORA (OD A1-A3) ZAOKRUŽENO SA **DA**?

NE	DA*
VELIKA DEPRESIVNA EPIZODA TRENUTNA	

UKOLIKO ISPITANIK IMA TRENUTNU VELIKU DEPRESIVNU EPIZODU NASTAVITE S PITANJEM A4, A U SLUČAJU DA NEMA, PREĐITE NA POGLAVLJE B.

- A4 a Jeste li tokom svog života imali neka druga razdoblja od dve ili više nedelje, kada ste se osećali depresivno ili nezainteresovano za većinu stvari oko vas, odnosno imali većinu poteškoća o kojima smo upravo razgovarali? → NE DA

- b Jeste li tokom svog života između dve epizode depresije ikada imali razdoblje od barem dva meseca u kojem se uopšte niste osećali depresivno i u kojem niste imali osećaj gubitka interesa?

NE	DA
VELIKA DEPRESIVNA EPIZODA POVRATNA	

*Ukoliko osoba koju intervjuišemo ima trenutnu Veliku depresivnu epizodu, zaokružite odgovor **DA** na odgovarajuće pitanje na 5. stranici.

VELIKA DEPRESIVNA EPIZODA SA MELANHOLIČNIM KARAKTERISTIKAMA (po izboru)

(→ZNAČI: IDITE DO DIJAGNOSTIČKOG OKVIRA, ZAOKRUŽITE **NE**, TE PREDITE NA SLEDEĆE POGLAVLJE)

AKO JE KOD ISPITANIKA UTVRĐENA TRENUTNA VELIKA DEPRESIVNA EPIZODA (**A3=DA**), ISPITAJTE SLEDEĆE:

A5	a Za vreme najtežeg razdoblja sadašnje depresivne epizode jeste li gotovo potpuno izgubili sposobnost uživanja u gotovo svemu?	NE	DA
	b Za vreme najtežeg razdoblja sadašnje depresivne epizode jeste li izgubili sposobnost reagovanja na stvari u kojima ste nekad uživali ili su vas veselile? AKO JE ODGOVOR NE : Kada se nešto dobro dogodi osećate li se tada , makar privremeno, bolje?	NE	DA
	JE LI NA A5a I/ILI A5b ODGOVORENO DA ?	→ NE	DA

A6	U razdoblju od poslednje dve nedelje kada ste se osećali depresivno i nezainteresovano:		
	a Da li ste se osećali depresivno na način koji se razlikuje od osećanja kada vam umre neko blizak?	NE	DA
	b Da li ste se gotovo svakoga dana osećali lošije ujutro nego kasnije tokom dana?	NE	DA
	c Da li ste se gotovo svakoga dana budili najmanje dva sata ranije nego obično i nakon toga imali problem da ponovno zaspate?	NE	DA
	d DA LI JE NA PITANJE A3c ZAOKRUŽENO DA (PSIHOMOTORNA USPORENOST ILI UZNEMIRENOST)?	NE	DA
	e DA LI JE NA PITANJE A3a ZA ANOREKSIJU ILI GUBITAK TELESNE TEŽINE ZAOKRUŽENO DA ?	NE	DA
	f Da li ste osećali preteranu ili neodgovarajuću krivicu u odnosu na stvarnu situaciju?	NE	DA

JE LI **3** ILI VIŠE ODGOVORA U **A6** GRUPI ZAOKRUŽENO SA **DA**?

NE **DA**

*Velika depresivna epizoda
sa melanholičnim
karakteristikama,
TRENUTNA*

B. DISTIMIJA(→ZNAČI: IDITE DO DIJAGNOSTIČKOG OKVIRA, ZAOKRUŽITE **NE**, TE PREDITE NA SLEDEĆE POGLAVLJE)

UKOLIKO SIMPTOMI ISPITANIK ZADOVOLJAVAJU KRITERIJUM VELIKE DEPRESIVNE EPIZODE OVO POGLAVLJE NEMOJTE ISPITIVATI.

B1	Da li ste se veći deo vremena u poslednje dve godine osećali tužno, potišteno ili depresivno?	→ NE	DA				
B2	Da li ste se u tom rezdoblju barem dva ili više meseci osećali dobro?	NE	→ DA				
B3	Tokom ovog perioda kada ste se veći deo vremena osećali depresivno:						
a	Da li se vaš apetit značajno promenio?	NE	DA				
b	Da li ste imali problema sa spavanjem ili ste preterano dugo spavali?	NE	DA				
c	Da li ste se osećali umorno ili bez energije?	NE	DA				
d	Da li ste izgubili samopouzdanje?	NE	DA				
e	Da li ste imali problem sa koncentracijom ili donošenjem odluka?	NE	DA				
f	Da li ste se osećali beznadežno?	NE	DA				
	DA LI JE ODGOVOR NA 2 ILI VIŠE PITANJA IZ B3 GRUPE DA?	→ NE	DA				
B4	Da li su ovi simptomi depresije uzrokovali značajni poremećaj ili pogoršanje vaše radne, društvene, ili druge za vas važne svakodnevne aktivnosti?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NE</td> <td>DA</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>DISTIMIJA TRENUTNA</i></td> </tr> </tbody> </table>		NE	DA	<i>DISTIMIJA TRENUTNA</i>	
NE	DA						
<i>DISTIMIJA TRENUTNA</i>							

C. SUICIDALNOST**Da li ste li u poslednjih mesec dana:**

			Bodovi	
C1	Razmišljali da bi bilo bolje da ste mrtvi ili ste želeli biti mrtvi?	NE	DA	1
C2	Želeli da povredite sebe?	NE	DA	2
C3	Razmišljali o samoubistvu?	NE	DA	6
C4	Napravili plan samoubistva?	NE	DA	10
C5	Pokušali samoubistvo?	NE	DA	10

Tokom svog života:

C6	Da li ste nekada pokušali da se ubijete?	NE	DA	4
----	--	----	----	---

DA LI JE BAREM NA 1 OD GORE NAVEDENIH PITANJA ODGOVOR **DA**?

AKO JESTE, SABERITE BODOVE ZA ODGOVORE (C1-C6),
ZAOKRUŽITE **DA** I OZNAČITE VISINU RIZIKA ZA SAMOUBISTVO PREMA
SLEDEĆIM SMERNICAMA:

NE	DA
RIZIK ZA SAMOUBISTVO TRENUTNI	
1-5 bodova	Nizak <input type="checkbox"/>
6-9 bodova	Srednji <input type="checkbox"/>
≥10 bodova	Visoki <input type="checkbox"/>

D. (HIPO)MANIČNA EPIZODA

(→ZNAČI: IDITE DO DIJAGNOSTIČKIH OKVIRA , ZAOKRUŽITE **NE** U SVIM DIJAGNOSTIČKIM OKVIRIMA TE PRIEDITE NA SLEDEĆE POGLAVLJE)

D1	a	Da li ste ikada u svom životu imali period kada ste se osećali „euforično“ ili imali izrazito dobro raspoloženje ili ste bili preterano aktivni ili puni energije ili puni sebe da ste zbog toga upali u nevolje; ili su drugi ljudi mislili da se ponašate drugačije nego obično? (Ne uzimajte u obzir situacije kada ste bili pod uticajem droga ili alkohola.)	NE	DA
<p>UKOLIKO JE OSOBA KOJU INTERVJUJETE ZBUNJENA PITANJEM ILI NIJE SIGURNA ŠTO MISLITE POD „EUFORIČAN“, IZRAZITO POVIŠENOG RASPOLOŽENJA, PRETERANO AKTIVNI I SL., POJASNITE NA SLEDEĆI NAČIN: „Kad sam rekao/la „euforično“ ili „izrazito povišenog raspoloženja“ ili „preterano aktivni“ mislio/la sam na stanje za koje je karakteristično: biti izrazito dobro raspoložen, osećati izrazito puno energije, potrebno je mnogo manje sna, misli brzo nadolaze, biti pun ideja, stvaralački raspoložen, imati visoku motivaciju, kreativnost ili neobuzdano ponašanje.“</p> <p>AKO JE ODGOVOR NE, ZAOKRUŽITI NE ZA PITANJE D1b. AKO JE ODGOVOR DA ONDA PITATI:</p>				
	b	Osećate li se trenutno „euforično“, izrazito povišenog raspoloženja, preterano aktivni i izuzetno puni energije?	NE	DA
D2	a	Da li ste ikada po nekoliko dana bili neprekidno razdražljivi da ste se svađali i imali verbalne ili fizičke obračune, ili ste vikali na ljude van vaše porodice? Da li ste vi ili vaša okolina primetili da ste čak i u situacijama kada ste za to imali opravdanje bili iritabilniji i reagovali burnije nego što bi to činili drugi ljudi?	NE	DA
<p>AKO JE ODGOVOR NE, ZAOKRUŽITE NE ZA PITANJE D2b. AKO JE ODGOVOR DA ONDA PITATI:</p>				
	b	Osećate li trenutno da ste neprestano razdražljivi?	NE	DA
JE LI ZA PITANJA D1a ILI D2a ZAOKRUŽENO DA ?			NE	DA

D3 AKO SU **D1b** ILI **D2b** = **DA**: ISPITAJTE SAMO **TRENTUTNU** EPIZODU.
 AKO SU **D1b** I **D2b** = **NE**: ISPITAJTE ONU **PROŠLU** EPIZODU KOJA IMA NAJVIŠE IZRAZITIH SIMPTOMA.

U periodima kada ste se osećali euforično, bili puni energije ili razdražljivi, da li ste:

- | | | | |
|---|--|----|----|
| a | Osećali da možete uraditi stvari koje drugi ne mogu ili da ste izuzetno važna osoba? | NE | DA |
| b | Imali potrebu da manje spavate (npr. osećali ste se odmorno nakon samo nekoliko sati sna)? | NE | DA |
| c | Pričali puno bez prestanka ili ste govorili toliko brzo da su vas ljudi teško razumevali? | NE | DA |
| d | Imali izrazito brz tok misli koje stalno nadolaze? | NE | DA |
| e | Postali osoba kojoj je lako odvratiti pažnju tako da su vas i sitne smetnje mogle potpuno omesti. | NE | DA |
| f | Postali toliko aktivni ili fizički nemirni da su se drugi za vas zabrinuli? | NE | DA |
| g | Toliko želeli da budete uključeni u aktivnosti koje vam pružaju zadovoljstvo da ste zanemarili rizik ili posledice takvih aktivnosti (na primer, suludo trošili mnogo novca na bespotrebne kupovine, bezobzirno opasno vozili ili ste bili seksualno indiskretni)? | NE | DA |

→

DA LI JE ODGOVOR NA **3** ILI VIŠE PITANJA U **D3** GRUPI **DA** (ILI **4** ILI VIŠE U SLUČAJU KAD JE ZA **D1a** ZAOKRUŽENO **NE** (U PROCENJIVANJU PROŠLE EPIZODE) ILI AKO JE ZA PITANJE **D1b** ZAOKRUŽENO **NE** (U PROCENJIVANJU TRENTUTNE EPIZODE))?

D4 Da li su ovi simptomi trajali najmanje jednu nedelju i uzrokovali značajne probleme kod kuće, na poslu, u odnosu sa drugim ljudima, ili u školi; **ili** ste zbog tih problema bili smešteni u bolnicu? NE DA

ISPITANA EPIZODA JE:

HIPOMANIČNA
EPIZODA

MANIČNA
EPIZODA

JE LI ZA PITANJE D4 ZAOKRUŽENO NE?

ODREDITE DA LI JE EPIZODA TRENUTNA ILI PROŠLA.

NE	DA
HIPOMANIČNA EPIZODA	
TRENUTNA	<input type="checkbox"/>
PROŠLA	<input type="checkbox"/>

JE LI ZA PITANJE D4 ZAOKRUŽENO DA?

ODREDITE DA LI JE EPIZODA TRENUTNA ILI PROŠLA.

NE	DA
MANIČNA EPIZODA	
TRENUTNA	<input type="checkbox"/>
PROŠLA	<input type="checkbox"/>

E. PANIČNI POREMEĆAJ

(→ZNAČI: ZAOKRUŽITE **NE** KOD PITANJA E5, E6 I E7 TE PREĐITE NA PITANJE F1)

E1	a	Da li ste, više nego jednom, imali prolazni period ili napad kada ste se iznenada osetili uznemireno, uplašeno, neugodno ili nesigurno čak i u situacijama u kojima se većina ljudi ne bi tako osećala?	NE	→ DA
	b	Da li su ti napadi dostizali vrhunac odnosno kulminirali u prvih 10 minuta od njegovog početka?	NE	→ DA
E2		Da li se bilo koji od ovih napada, u bilo kojem trenutku u prošlosti, javio neočekivano ili nepredviđeno ili nije bio provociran?	NE	→ DA
E3		Da li ste se ikad nakon takvog napada po mesec ili više dana neprestano brinuli ili bili u strahu da ćete ponovno imati napad ili kakve će biti njegove posledice?	NE	DA
E4		Za vreme najgoreg napada kojeg se sećate:		
	a	Da li ste osetili lupanje, preskakanje ili ubrzani rad srca?	NE	DA
	b	Da li su vam dlanovi bili vlažni ili hladni?	NE	DA
	c	Da li ste se tresli ili drhtali?	NE	DA
	d	Da li vam je disanje bilo ubrzano (kratko) ili ste teško disali?	NE	DA
	e	Da li ste imali osećaj gušenja ili „knede u grlu“?	NE	DA
	f	Da li ste osećali bol, pritisak ili nelagodnost u grudima?	NE	DA
	g	Da li ste imali mučninu, stomachne tegobe ili iznenadnu dijareju?	NE	DA
	h	Da li ste osećali vrtoglavicu, nestabilnost, ošamućenost ili imali osećaj slabosti?	NE	DA
	i	Da li su stvari oko vas izgledale čudno, nestvarno, daleko ili nepoznato; ili ste se osećali kao da ste izvan ili odvojeni od sopstvenog tela ili nekog njegovog dela.	NE	DA
	j	Da li ste se uplašili da ćete izgubiti kontrolu ili poludeti?	NE	DA
	k	Da li ste se uplašili da ćete umreti?	NE	DA
	l	Da li ste osećali peckanje ili ukočenost dela vašeg tela?	NE	DA
	m	Da li ste imali talase toplote ili jeze?	NE	DA
E5		DA LI JE ZA PITANJE E3 I ZA 4 ILI VIŠE PITANJA IZ GRUPE E4 ZAOKRUŽENO DA ? AKO JE ZA E5 ODGOVOR DA , PREĐITE NA E7.	NE	DA <i>POREMEĆAJ PANIKE TOKOM ŽIVOTA</i>
E6		AKO JE E5 = NE , DA LI JE BILO KOJI ODGOVOR NA PITANJE E4 ZAOKRUŽEN DA ? AKO JESTE, ONDA PREĐITE NA F1 .	NE	DA <i>OGRAIČENI SIMPTOM NAPADI TOKOM ŽIVOTA</i>
E7		Da li ste u poslednjih mesec dana imali takve ponovljene napade (dva li više) nakon kojih ste se neprestano brinuli da će se opet pojaviti?	NE	DA <i>POREMEĆAJ PANIKE TRENUTNI</i>

F. AGORAFBIJA

F1	Da li ste se osećali posebno nelagodno na mestima ili u situacijama gde biste mogli imati napad panike ili simptome napada panike o kojima smo upravo razgovarali; ili na mestima ili situacijama koje je možda teško ili nezgodno izbeći, ili gde pomoć nije dostupna: kao na primer gužva, stajanje u redu, kada ste sami van kuće ili kada ste sami kod kuće; prelazak preko mosta ili putovanje autobusom, vozom ili automobilom?	NE	DA
----	---	----	----

AKO JE **F1 = NE**, ZA PITANJE **F2** ZAOKRUŽITE **NE**.

F2	Plašite li se takvih situacija toliko da ih izbegavate ili su vam neizdržive ili vam treba neko ko će biti uz vas kada se sa njima suočavate?	NE	DA <i>AGORAFBIJA TRENUTNA</i>
----	---	----	--------------------------------------

DA LI JE ZA PITANJE **F2** (TRENUTNA AGORAFBIJA) ZAOKRUŽENO **NE**

i

DA LI JE ZA PITANJE **E7** (TRENUTNI PANIČNI POREMEĆAJ) ZAOKRUŽENO **DA**?**NE** **DA****PANIČNI POREMEĆAJ**
bez agorafobije
TRENUTNIDA LI JE ZA PITANJE **F2** (TRENUTNA AGORAFBIJA) ZAOKRUŽENO **DA**

i

DA LI JE ZA PITANJE **E7** (TRENUTNI PANIČNI POREMEĆAJ) ZAOKRUŽENO **DA**?**NE** **DA****PANIČNI POREMEĆAJ**
sa agorafobijom
TRENUTNIDA LI JE ZA PITANJE **F2** (TRENUTNA AGORAFBIJA) ZAOKRUŽENO **DA**

i

DA LI JE ZA PITANJE **E5** (PANIČNI POREMEĆAJ U TOKU ŽIVOTA) ZAOKRUŽENO **NE**?**NE** **DA****AGORAFBIJA,**
TRENUTNA
bez istorije paničnog
poremećaja

G. SOCIJALNA FOBIJA (Poremećaj socijalne ansioznosti)

(→ZNAČI: IDITE DO DIJAGNOSTIČKOG OKVIRA, ZAOKRUŽITE **NE**, TE PREĐITE NA SLEDEĆE POGLAVLJE)

G1	Da li ste se u poslednjih mesec dana osećali uplašeno ili neugodno kada su vas posmatrali, kada ste bili u centru pažnje; ili ste se bojali da ćete biti poniženi? To se na primer, odnosi na situacije u kojima morate da govoriti u javnosti, jesti u javnosti ili s drugim ljudima, pisati kad vas drugi posmatraju ili se družiti sa drugim ljudima.	→ NE	DA
----	--	---------	----

F2	Da li je taj strah preteran ili bezrazložan?	→ NE	DA
----	--	---------	----

F3	Da li se toliko plašite ovih društvenih situacija da ih izbegavate ili su vam neizdržive?	→ NE	DA
----	---	---------	----

F4	Da li ovo narušava vaš normalan rad ili društveno funkcionisanje ili je uzrok izražene napetosti?	NE	DA
----	---	----	----

NE **DA**

SOCIJALNA FOBIJA
(Poremećaj socijalne ansioznosti)
TRENUTNA

H. OPSESIVNO KOMPULSIVNI POREMEĆAJ

(→ZNAČI: IDITE DO DIJAGNOSTIČKOG OKVIRA, ZAOKRUŽITE **NE**, TE PREĐITE NA SLEDEĆE POGLAVLJE)

H1	Prethodnog meseca, da li su vas uznemiravale misli koje su se ponavljale, nagoni ili slike koje su bile neželjene, neukusne, neodgovarajuće, nametljive ili uznemirujuće? (Na primer ideja da ste prljavi, zagađeni ili ste zaraženi bacilima; ili se bojite da ćete zaraziti druge ili se bojite da ćete povrediti druge iako to niste želeli, ili se bojite da ćete se neobuzdano ponašati; ili ste sujeverni i bojite se da ćete biti odgovorni ako stvari krenu naopako; ili ste opsednuti seksualnim mislima, slikama ili nagonima; ili nagomilavanjem, sakupljanjem; ili ste opsednuti religijom.)	NE	DA				
		↓	PRIJEDITE NA H4				
<p>(NEMOJTE JEDNOSTAVNO SPOMINJATI PRETERANE BRIGE O REALNIM ŽIVOTNIM PROBLEMIMA. NEMOJTE UKLJUČIVATI OPSESIJE KOJE SU DIREKTNO POVEZANE SA POREMEĆAJIMA ISHRANE, SEKSUALNIM PONAŠANJEM, PATOLOŠKIM KOCKANJEM ILI ZLOUPOTREBOM ALKOHOLA ILI DROGA JER ISPITANIK MOŽDA UŽIVA U TIM AKTIVNOSTIMA I MOŽDA ŽELI DA IM SE ODUPRE, ALI SAMO ZBOG NEGATIVNIH POSLEDICA TIH AKTIVNOSTI.)</p>							
H2	Da li one nastavljaju da vam se vraćaju u misli čak i kada pokušavate da ih ignorirate ili da ih se oslobodite?	NE	DA				
			↓ PRIJEDITE NA H4				
H3	Da li mislite da su ove nametnute misli proizvod vašeg uma i da vam nisu nametnute spolja?	NE	DA <u>opsesije</u>				
H4	Prethodnog meseca, da li ste stalno ponavljali neke radnje i niste bili sposobni da se tome oduprete? To mogu biti radnje kao što su preterano pranje i čišćenje, neprestano prebrojavanje ili proveravanje stvari ili ponavljanje, sakupljanje, slaganje stvari; ili neki sujeverni rituali.	NE	DA <u>kompulsije</u>				
	DA LI JE ZA PITANJA H3 ILI H4 ZAOKRUŽENO DA ?	→ NE	DA				
H5	Da li ste prepoznali da su ove nametajuće misli i/ili prisilne radnje preterane ili bezrazložne?	→ NE	DA				
H6	Da li su ove nametajuće misli i/ili prisilne radnje značajno ometale vašu uobičajenu rutinu, funkcioniranje na poslu, uobičajene društvene aktivnosti ili odnose; ili jesu li trajale više od jednog sata dnevno?	<table border="1"> <tr> <td>NE</td> <td>DA</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> OPSESIVNO-KOMPULSIVNI POREMEĆAJ TRENUTNI </td> </tr> </table>		NE	DA	OPSESIVNO-KOMPULSIVNI POREMEĆAJ TRENUTNI	
NE	DA						
OPSESIVNO-KOMPULSIVNI POREMEĆAJ TRENUTNI							

I. POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ

(→ZNAČI: IDITE DO DIJAGNOSTIČKOG OKVIRA, ZAOKRUŽITE **NE**, TE PREDITE NA SLEDEĆE POGLAVLJE)

I1	Da li ste ikada doživeli ili bili svedok ili se morali nositi sa izrazito traumatskim događajem koji je sadržavao pretnju smrću ili stvarnu smrt ili ozbiljno ozleđivanje vas ili nekog drugog?	→ NE	DA
	PRIMERI TRAUMATSKIH DOGAĐAJA UKLJUČUJU: OZBILJNE NESREĆE, SEKSUALNE ILI FIZIČKE NAPADE, TERORISTIČKE NAPADE, ZATOČENIŠTVO, OTMICU, POŽAR, OTKRIVANJE MRTVE OSOBE, IZNENADNU SMRT BLISKE OSOBE, RAT ILI PRIRODNU KATASTROFU.		
I2	Da li ste na taj događaj reagovali izrazitim strahom, osećanjem bespomoćnosti i užasa?	→ NE	DA
I3 a	Da li ste u poslednjih mesec dana osećali da ponovno proživljavate taj događaj na uznemirujući način (na primer kroz snove, izrazita sećanja, žive detaljne slike događaja i telesne reakcije)?	→ NE ↓	DA
	AKO JE ZA PITANJE I3a ZAOKRUŽENO NE, ONDA PITAJTE:		
b	Da li ste ikada nakon tog događaja imali period od najmanje mesec dana kada ste osećali da ponovno proživljavate taj događaj na uznemirujući način (na primer kroz snove, izrazita sećanja, žive detaljne slike događaja i telesne reakcije)?	→ NE	DA

I4 U poslednjih mesec dana/tokom života, da li ste :

a	Izbegavali da mislite ili razgovarate o događaju?	NE	DA
	Tokom života	↓ NE	DA
b	Izbegavali aktivnosti, mesta i ljude koji vas podsećaju na događaj?	NE	DA
	Tokom života	↓ NE	DA
c	Imali probleme sa prisećanjem nekih važnih delova onoga što se dogodilo?	NE	DA
	Tokom života	↓ NE	DA
d	Postali manje zainteresovani za hobije ili socijalne aktivnosti?	NE	DA
	Tokom života	↓ NE	DA
e	Osećali se izolovano ili otuđeno od drugih?	NE	DA
	Tokom života	↓ NE	DA
f	Primetili da su vam osećanja otupela?	NE	DA
	Tokom života	↓ NE	DA
g	Osećali da će vam život biti skraćten i da ćete umreti pre drugih ljudi?	NE	DA
	Tokom života	↓ NE	DA
	DA LI JE 3 ILI VIŠE ODGOVORA IZ GRUPE I4 ZA POSLEDNJI MESEC ZAOKRUŽENO DA ?	→ NE	DA
	DA LI JE 3 ILI VIŠE ODGOVORA IZ GRUPE I4 OD RATA ZAOKRUŽENO DA ?	→ NE	DA

I5 U posljednjih mesec dana/tokom života da li ste?

- | | | | |
|---|--|----|----|
| a | Imali problema sa spavanjem? | NE | DA |
| | | ↓ | |
| | Tokom života | NE | DA |
| b | Bili izrazito razdražljivi i imali izlive ljutnje? | NE | DA |
| | | ↓ | |
| | Tokom života | NE | DA |
| c | Imali problema sa koncentracijom? | NE | DA |
| | | ↓ | |
| | Tokom života | NE | DA |
| d | Bili nervozni ili bili stalno na oprezu? | NE | DA |
| | | ↓ | |
| | Tokom života | NE | DA |
| e | Lako se trzali na iznenadne zvuke? | NE | DA |
| | | ↓ | |
| | Tokom života | NE | DA |
| | | → | |
| | DA LI JE 2 ILI VIŠE ODGOVORA IZ GRUPE I5 ZA POSLEDNJI MESEC ZAOKRUŽENO DA? | NE | DA |
| | | → | |
| | DA LI JE 3 ILI VIŠE ODGOVORA IZ GRUPE I4 TOKOM ŽIVOTA ZAOKRUŽENO DA? | NE | DA |

AKO JE ZA PITANJE I3a ZAOKRUŽENO NE, ZAOKRUŽITE NE ZA I6a.

AKO JE PITANJE I3a ZAOKRUŽENO DA I AKO SU 2 ILI VIŠE PITANJA IZ GRUPE I5 ZA PROŠLI MESEC ZAOKRUŽENA DA, PITAJTE:

- I6 a Da li su vam u posljednjih mesec dana ovi problemi značajno smetali u vašem poslu ili u aktivnostima sa drugim ljudima, ili vas značajno uznemirile?

NE DA

POSTTRAUMATSKI STRESNI
POREMEĆAJ
TRENUTNI

AKO JE ZA PITANJE I3b ZAOKRUŽENO NE, ZAOKRUŽITE NE ZA I6b.

AKO JE PITANJE I3b ZAOKRUŽENO DA I AKO SU 2 ILI VIŠE PITANJA IZ GRUPE I5 ZA PERIOD OD RATA ZAOKRUŽENA DA, PITAJTE:

- I6 b Da li su vam u gore navedenom periodu ovi problemi značajno smetali u vašem poslu ili u aktivnostima sa drugim ljudima, ili vas značajno uznemirile?

NE DA

POSTTRAUMATSKI STRESNI
POREMEĆAJ
PROŠLI

J. ZLOUPOTREBA I ZAVISNOST OD ALKOHOLA(→ZNAČI: IDITE DO DIJAGNOSTIČKIH OKVIRA, ZAOKRUŽITE **NE** U OBA, TE PREĐITE NA SLEDEĆE POGLAVLJE)

J1	U poslednjih 12 meseci, da li ste u roku od 3 sata, popili 3 ili više čaša alkoholnih pića koja ste konzumirali u tri ili više različitih prilika?	→ NE	DA
----	--	---------	----

J2 U poslednjih 12 meseci:

- a Da li ste morali da popijete više alkoholnih pića da bi im učinak bio isti kao u vreme kada ste počeli da pijete alkohol? NE DA
- b Kada ste smanjili količinu pića koju pijete, da li su vam se tresle ruke, da li ste se znojili ili osećali uznemireno? Da li ste pili da biste izbegli ove simptome ili da biste izbegli mamurluk, na primer drhtanje, znojenje i uznemirenost? NE DA
AKO JE NA BILO KOJI OD OVA DVA PITANJA ODGOVORENO DA, ZAOKRUŽITE **DA**.
- c U prilikama kada pijete alkohol, popijete li obično na kraju više nego što ste planirali na početku pijenja? NE DA
- d Da li ste pokušali da smanjite ili da prestanete da pijete alkohol ali niste u tome uspeali? NE DA
- e Onih dana kada ste pili, da li ste više od dva sata dnevno provodili u nabavljanju alkohola, pijenju ili oporavljanju od efekata alkohola? NE DA
- f Da li ste zbog pijenja provodili manje vremena radeći, uživajući u hobijima ili provodeći vreme sa drugim osobama? NE DA
- g Da li ste nastavili da pijete iako ste znali da vam pijenje uzrokuje zdravstvene i psihičke probleme? NE DA

DA LI JE **3** ILI VIŠE ODGOVORA IZ GRUPE **J2** ZAOKRUŽENO SA **DA**?*AKO DA, PRESKOČITE PITANJA GRUPE **J3**, ZAOKRUŽITE **N/P** (NIJE PRIMENLJIVO) U PRAVOUGAONIKU ZA ZLOUPOTREBU ALKOHOLA I PREĐITE NA SLEDEĆI POREMEĆAJ. ZAVISNOST PODRAZUMEVA ZLOUPOTREBU.

NE DA*

ZAVISNOST OD
ALKOHOLA
TRENUTNA**J3 U poslednjih 12 meseci da li ste:**

- a Više nego jednom bili pijani, omamljeni alkoholom ili imali mamurluk u vreme kad ste imali odgovornosti u školi, poslu ili kod kuće? Da li vam je to uzrokovalo probleme? (ZAOKRUŽITE **DA** ISKLJUČIVO AKO PIJANSTVO UZROKUJE PROBLEME) NE DA
- b Više nego jednom bili pijani u situacijama u kojima ste bili izloženi riziku od fizičkog povređivanja, na primer vozeći automobil, motorcicl, čamac, rad na mašinama itd.? NE DA
- c Zbog pijanstva više nego jednom imali problema sa zakonom, npr. hapšenje ili narušavanje javnog reda i mira? NE DA
- d Nastavili da pijete iako je vaše pijenje dovelo do problema sa porodicom ili drugim osobama? NE DA

DA LI JE **1** ILI VIŠE ODGOVORA U GRUPI **J3** ZAOKRUŽENO SA **DA**?

NE N/P DA

ZLOUPOTREBA ALKOHOLA
TRENUTNA

K. POREMEĆAJI ZBOG UPOTREBE PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI (NEALKOHOLNIH)

(→ZNAČI: IDITE DO DIJAGNOSTIČKOG OKVIRA, ZAOKRUŽITE **NE** U SVIM DIJAGNOSTIČKIM OKVIRIMA I PREDITE NA SLEDEĆE POGLAVLJE)

Sada ću vam pokazati/pročitati popis droga ili lekova.

K1	a	Da li ste u poslednjih 12 meseci više nego jednom uzeli bilo koju od ovih droga da biste se bolje osećali, podigli ili da biste promenili raspoloženje?	NE	→ DA
----	---	---	----	---------

ZAOKRUŽITE SVAKU DROGU KOJU STE UZELI:

Stimulanti: amfitamini, „speed“, kristalni met, „rush“, Dexedrine, Ritalin, dijetalne tablete.

Kokain („koka“): šmrk, ubrizgavanjem u venu, freebase, crack, „speedball“

Narkotici: heroin, morfijum, Dilaudid, opijum, Demerol, metadon, kodein, Percodan, Darvon, Oxycotin.

Halucinogeni: LSD („kiseli“), meskalin, peyote, PCP („andeoski prah“, „peace pill“), psilocybin, STP, „mushrooms“ (gljive), ekstazi, MDA ili MDMA, i keramine („specijalni K“).

Inhalanti: „lepilo“, etil klorid, „rush“, **dušični** oksid („laughing gas“ili„smejalice“), amil ili butil nitrat („praskavci“).

Marihuana: hašiš („haš“), THC, „pot“, „trava“, „weed“, „reefer“.

Sredstva za smirenje:kualud, Seconal, Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halcion, barbiturati, Milton, GHB, Roofinol, „Roofies“.

Razno: stereoidi, tablete za spavanje ili za dijetu bez recepta. Neke druge?

NAVEDITE NAJČEŠĆE UPOTREBLJAVANU DROGU(E): _____

KORIŠĆENA JE SAMO JEDNA DROGA/GRUPA DROGA	OZNAČITE SAMO JEDNO POLJE	<input type="checkbox"/>
ISPITIVANA JE SAMO NAJVIŠE KORIŠĆENA DROGA		<input type="checkbox"/>
ISPITUJE SE SVAKA KORIŠĆENA GRUPA DROGE ZASEBNO (PO POTREBI FOTOKOPIRAJTE K2 I K3)		<input type="checkbox"/>

b NAVEDITE KOJA ĆE SE DROGA/GRUPA DROGA ISPITIVATI U DELU INTERVJUA KOJI SLEDI UKOLIKO SE VIŠE SUPSTANCI UZIMA ISTOVREMENO ILI UZASTOPNO: _____

K2 Razmatrajući vaše uzimanje (IME ODABRANE DROGE/GRUPE DROGA) u poslednjih 12 meseci:

a	Da li ste primetili da ste morali da uzimate veću količinu supstance (IME ODABRANE DROGE/GRUPE DROGA) kako bi postigli isti efekat kao kada ste prvi put počeli da je uzimate?	NE	DA
b	Kada ste smanjili ili prestali da uzimate (IME ODABRANE DROGE/GRUPE DROGA), da li ste imali simptome prestanka uzimanja droge (bolove, drhtanje, groznicu, slabost, proliv, mučninu, znojenje, lupanje srca, probleme sa spavanjem ili ste bili uznemireni, anksiozni, razdražljivi ili depresivni)? Da li ste koristili neku supstancu(e) da se ne biste osjećali loše (imali simptome prestanka uzimanja droge) ili da biste se bolje osećali?	NE	DA

UKOLIKO JE ODGOVOR NA JEDNO ILI OBA PITANJA **DA**, ZAOKRUŽITE **DA**.

c	Da li ste primetili da u prilikama kada koristite (IME ODABRANE DROGE/SKUPINE DROGA) na kraju uzmete mnogo više nego što ste planirali da uzmete?	NE	DA
d	Da li ste pokušali da smanjite ili prestanete da uzimate (IME ODABRANE DROGE/SKUPINE DROGA) ali niste u tome uspeali?	NE	DA

- e Onih dana kada ste koristili supstancu (e) (IME ODABRANE DROGE/SKUPINE DROGA), da li ste više od 2 sata dnevno provodili u nabavljanju, uzimanju ili oporavljanju od supstance(a) ili mislili o njoj? NE DA
- f Da li ste zbog korišćenja droge provodili manje vremena radeći, uživajući u hobijima ili provodeći vreme sa porodicom ili prijateljima? NE DA
- g Da li ste nastavili da uzimate (IME ODABRANE DROGE/GRUPE DROGA) iako vam je to uzrokovalo zdravstvene ili psihičke probleme? NE DA

DA LI JE 3 LI VIŠE ODGOVORA IZ GRUPE **K2** ZAOKRUŽENO **DA**?

NAVEDITE DROGU(E): _____

NE	DA*
ZVISNOST ODSUPSTANCE (IJA) TRENUTNA	

*AKO DA, PRESKOČITE GRUPU PITANJA K3, ZAOKRUŽITE N/P U DIJAGNOSTIČKOM OKVIRU ZA ZLOUPOTREBU OVE DROGE I PREĐITE NA SLEDEĆI POREMEĆAJ. ZAVISNOST PODRAZUMEVA ZLOUPOTREBU.

K3 Razmatrajući vaše uzimanje (IME ODABRANE DROGE/GRUPE DROGA) da li ste u poslednjih 12 meseci:

- a Više nego jednom bili intoksicirani, omamljeni supstancom(ma) ili mamurni (IME ODABRANE DROGE/GRUPE DROGA) u vreme kad ste imali odgovornosti u školi, poslu ili kod kuće? Da li vam je to uzrokovalo probleme? (ZAOKRUŽITE **DA** ISKLJUČIVO AKO JE UZROKOVALO PROBLEME) NE DA
- b Više nego jednom bili omamljeni ili pod uticajem (IME ODABRANE DROGE/GRUPE DROGA) u situacijama u kojima ste bili izloženi riziku od fizičkog povređivanja (na primer, vozeći automobil, motocikl, čamac, upotrebljavajući mašine, i dr.)? NE DA
- c Više nego jednom zbog korišćenja droge imali problema sa zakonom, npr. hapšenje ili narušavanje javnog reda i mira? NE DA
- d Nastavili da koristite drogu iako vam je (IME ODABRANE DROGE/GRUPE DROGA) uzrokovala probleme sa vašom porodicom ili drugim osobama? NE DA

DA LI JE 1 ILI VIŠE ODGOVORA U GRUPI **K3** ZAOKRUŽENO **DA**?

NAVEDITE DROGU(E): _____

NE	N/P	DA
ZLOUPOTREBA SUPSTANCE(IJA) TRENUTNA		

L. PSIHOTIČNI POREMEĆAJI I POREMEĆAJI RASPOLOŽENJA SA PSIHOTIČNIM OBELEŽJIMA

ZA SVAKO PITANJE NA KOJE DOBIJETE POZITIVAN ODGOVOR TRAJITE PRIMER. ZAOKRUŽITI **DA** JEDINO AKO PRIMER JASNO UKAZUJE NA POREMEĆAJ ISKRIVLJENOSTI MIŠLJENJA ILI PERCEPCIJE ILI NIJE PRIMEREN ZA KULTURU U KOJOJ ISPITANIK ŽIVI. PRE NEGO ŠTO ZAOKRUŽITE ODGOVOR ISPITAJTE DA LI SE SUMANUTOSTI ZAISTA MOGU OZNAČITI KAO „BIZARNE“.

SUMANUTOSTI SU „BIZARNE“ UKOLIKO SU: JASNO NEUVERLJIVE, APSURDNE, NERAZUMLJIVE I I NE MOGU PROIZLAZITI IZ UOBIČAJENOG ŽIVOTNOG ISKUSTVA.

HALUCINACIJE SE OZNAČAVAJU KAO „BIZARNE“ UKOLIKO SU: GLASOVI KOJI DAJU PRIMEDBE O PONAŠANJU ILI MISLIMA ISPITANIKA, ILI U SLUČAJU KADA DVA ILI VIŠE TAKVIH GLASOVA MEĐUSOBNO RAZGOVARAJU.

Sada ću vam postavljati pitanja o neobičnim iskustvima koje imaju neki ljudi.

				BIZARNOST	
L1	a	Da li ste ikada verovali da vas ljudi špijuniraju; ili da neko kuje zaveru protiv vas; ili vam želi nauditi? NAPOMENA: PITAJTE ZA PRIMERE DA BISTE ISKLJUČILI STVARNO UHOĐENJE.	NE	DA	DA
	b	AKO JE ODGOVOR NA PRETHODNO PITANJE DA PITAJTE: Verujete li i sada u to?	NE	DA	DA →L6
L2	a	Da li ste ikada verovali da vam neko čita misli ili ih može čuti; ili da vi zapravo možete čitati nečije misli ili čuti o čemu razmišlja druga osoba?	NE	DA	DA
	b	AKO JE ODGOVOR NA PRETHODNO PITANJE DA PITAJTE: Verujete li i sada u to?	NE	DA	DA →L6
L3	a	Da li ste ikada verovali da neko ili neka spoljašnja sila u vašu glavu stavlja misli koje nisu vaše; ili vas prisiljava da radite nešto što nije inače vama svojstveno? Da li ste ikada osećali da vas je neko opsednuo? STRUČNJACI U KLINIČKOM RADU: PITAJTE ZA PRIMERE I ODBACITE ONE KOJI KOJI NISU PSIHOTIČNI.	NE	DA	DA
	b	AKO JE ODGOVOR NA PRETHODNO PITANJE DA PITAJTE: Verujete li i sada u to?	NE	DA	DA →L6
L4	a	Da li ste ikada verovali da vam se šalju specijalne poruke preko televizije, radija, novina; ili da je posebno za vas zainteresovana osoba koju zapravo ne poznajete?	NE	DA	DA
	b	AKO JE ODGOVOR NA PRETHODNO PITANJE DA PITAJTE: Verujete li i sada u to?	NE	DA	DA →L6
L5	a	Da li su članovi vaše porodice, rođaci ili prijatelji smatrali da su neka od vaših verovanja čudna ili neuobičajena? ISPITIVAČI: NEKA ISPITANIK NAVEDE PRIMERE. ZAOKRUŽITE DA JEDINO AKO SU PRIMERI OČITO SUMANUTE IDEJE KOJE NISU ISPITANE PITANJIMA L1-L4. NA PRIMER, SOMATSKE ILI RELIGIOZNE DELUZIJE, DELUZIJE VELIČINE, LJUBOMORE, KRIVICE, UNIŠTENJA ILI OSKUDICE, I DR.	NE	DA	DA
	b	AKO JE ODGOVOR NA PRETHODNO PITANJE DA PITAJTE: Smatraju li oni i sada vaša verovanja čudnim?	NE	DA	DA
L6	a	Da li ste ikada čuli stvari koje drugi ljudi nisu mogli čuti, kao na primer glasove? HALUCINACIJE SE OZNAČAVAJU KAO „BIZARNE“ JEDINO AKO ISPITANIK ODGOVORI DA NA SLEDEĆE PITANJE:	NE	DA	
		AKO JE ODGOVOR NA PRETHODNO PITANJE DA PITAJTE: Da li ste čuli glasove koji su vam davali primedbe o vašim mislima i ponašanju ili ste čuli dva ili više glasova koji su međusobno razgovarali?			DA
	b	UKOLIKO JE ODGOVOR NA PRETHODNO PITANJE DA PITAJTE: Da li ste čuli te glasove u poslednjih mesec dana?	NE	DA	DA →L8b

L7 a Da li ste ikada imali vizije u budnom stanju; ili da li ste ikada videli stvari koje drugi ljudi nisu mogli videti?
 STRUČNJACI U KLINIČKOM RADU: PROVERITE DA LI SU TE VIZIJE NEPRIMERENE ZA KULTURU U KOJOJ ISPITNIK ŽIVI.

NE DA

b UKOLIKO JE ODGOVOR NA PRETHODNO PITANJE **DA** PITAJTE:
 Da li ste videli takve stvari u poslednjih mesec dana?

NE DA

PROCENA STRUČNJAKA U KLINIČKOM RADU

L8 b DA LI JE KOD ISPITANIKA TRENUTNO IZRAŽENA NEPOVEZANOST, DEZORGANIZOVANOST GOVORA ILI JASNI GUBITAK MISLI?

NE DA

L9 b DA LI ISPITANIK TRENUTNO ISPOLJAVA DEZORGANIZOVANO ILI KATATONO PONAŠANJE (ili besmisleni pokreti ili je telesno ukočen i napet ili zauzima bizarne položaje tela)?

NE DA

L10 b DA LI SU SE ZA VREME INTERVJUA ISTICALI NEGATIVNI SIMPTOMI SHIZOFRENIJE KAO ŠTO SU EMOCIONALNA BEZIZRAŽAJNOST, SIROMAŠTVO GOVORA (ALOGIJA) ILI NESPOSOBNOST ZAPOČINJANJA ILI IZDRŽAVANJA U CILJU USMERENIM AKTIVNOSTIMA (AVOLICIJA)?

NE DA

L11 a DA LI JE NA 1 ILI VIŠE «a» PITANJA OD L1a - L7a ZAOKRUŽEN ODGOVOR **DA** ILI **DA BIZARNO** I JESU LI UTVRĐENI OBA ILI JEDAN OD SLEDEĆIH POREMEĆAJA:

VELIKA DEPRESIVNA EPIZODA (TRENUTNA ILI PROŠLA)

ILI

MANIČNA ILI HIPOMANIČNA EPIZODA (TRENUTNA ILI PROŠLA)?

NE DA

→L13

AKO JE ODGOVOR ZA PITANJE L11a NE, ZAOKRUŽITE NE U OBA DIJAGONOSTIČKA OKVIRA ZA „POREMEĆAJE RASPOLOŽENJA SA PSIHOTIČNIM OBELEŽJIMA“ I PREĐITE NA L13.

b Rekli ste mi ranije da ste imali razdoblje(a) kada ste se osećali (depresivno/euforično/neprestano razdražljivi).

Da li su verovanja i iskustva koje ste upravo opisali (SIMPTOMI ZA KOJE IMAMO POTVRDNI ODGOVOR U PITANJIMA OD L1a DO L7a) isključivo postojali jedino u vremenu kada ste se osećali (depresivno/euforični, neprestano razdražljivi)?

AKO JE U ISPITANIKOVOM ŽIVOTU IKADA POSTOJALO RAZDOBLJE OD BAREM DVE NEDELJE U KOJEM JE IMAO/LA OVA VEROVANJA ILI ISKUSTVA (PSIHOTIČNE SIMPTOME), A U TO VREME NISU BILI DEPRESIVNI/EUFORIČNI/RAZDRAŽLJIVI, ZA OVAJ POREMEĆAJ ZAOKRUŽITE ODGOVOR **NE**.

AKO JE ZA OVAJ POREMEĆAJ U DIJAGNOSTIČKOM OKVIRU ZAOKRUŽEN ODGOVOR NE, TAKOĐE ZAOKRUŽITE NE ZA L12 I PREĐITE NA L13.

NE DA

**POREMEĆAJ
 RASPOLOŽENJA SA
 PSIHOTIČNIM
 OBELEŽJIMA**

TOKOM ŽIVOTA

L12 a DA LI NA 1 ILI VIŠE „b“ PITANJA OD L1b - L7b ZAOKRUŽEN ODGOVOR **DA** ILI **DA BIZARNO** I JESU LI UTVRĐENI OBA ILI JEDAN OD SLEDEĆIH POREMEĆAJA:

VELIKA DEPRESIVNA EPIZODA (TRENUTNA)

ILI

MANIČNA ILI HIPOMANIČNA EPIZODA (TRENUTNA)?

NE DA

**POREMEĆAJ
 RASPOLOŽENJA SA
 PSIHOTIČNIM
 OBELEŽJIMA**

TRENUTNI

AKO JE ZA OVAJ POREMEĆAJ U OKVIRU ZAOKRUŽEN ODGOVOR DA,

ZAOKRUŽITE NE ZA PITANJA L13 I L14 I PREDITE NA SLJEDEĆE POGLAVLJE.

L13 DA LI SU ZA 1 ILI VIŠE „b“ PITANJA ZAOKRUŽENI ODGOVORI
DA BIZARNO?

ILI

DA LI SU NA DVA ILI VIŠE „b“ PITANJA ZAOKRUŽENI ODGOVORI **DA**
(A NEMAJU ZAOKRUŽENO **DA BIZARNO**)?

NE	DA
PSIHOTIČNI POREMEĆAJ	
TRENUTNI	

L14 DA LI JE ZA PITANJE **L13** ZAOKRUŽENO **DA**

ILI

DA LI SU NA 1 ILI VIŠE „a“ PITANJA OD L1a - L7a ZAOKRUŽENI
ODGOVORI **DA BIZARNO?**

ILI

DA LI SU NA 2 ILI VIŠE „a“ PITANJA OD L1a - L7a ZAOKRUŽENI
ODGOVORI **DA** (A NEMAJU ZAOKRUŽENO **DA BIZARNO**)

I

DA LI SU SE U ISTOM VREMENSKOM RAZDOBLJU POJAVILA BAREM DVA
PSIHOTIČNA SIMPTOMA?

NE	DA
PSIHOTIČNI POREMEĆAJ	
TOKOM ŽIVOTA	

M. ANOREKSIIJA (ANOREXIA NERVOSA)

(→ZNAČI: IDITE DO DIJAGNOSTIČKOG OKVIRA, ZAOKRUŽITE **NE**, TE PREDITE NA SLEDEĆE POGLAVLJE)

M1	a	Koliko ste visoki?	_____cm
	b	Kolika je bila vaša najniža težina u prethodna 3 meseca?	_____kg
	c	DA LI JE ISPITANIKOVA TEŽINA ISPOD ODGOVARAJUĆEG PRAGA ZA NJENU/NJEGOVU VISINU? (VIDI TABLICU 1. NA DNU STRANE)?	→ NE DA

U poslednja tri meseca:

M2		Da li ste se trudili da se ne ugojite uprkos male telesne težine?	→ NE DA
M3		Da li ste strahovali da se ne ugojite ili postanete debeli, čak iako je vaša težina bila ispod normale?	→ NE DA
M4	a	Da li ste smatrali da ste debeli ili da su pojedini delovi vašeg tela predebeli?	NE DA
	b	Da li je vaša telesna težina ili građa tela u velikoj meri uticala na to šta ste osećali prema sebi?	NE DA
	c	Da li ste smatrali da je vaša niska telesna težina bila normalna ili preterana?	NE DA
M5		DA LI JE 1 ILI VIŠE ODGOVORA IZ GRUPE M4 ZAOKRUŽENO SA DA?	→ NE DA
M6		SAMO ZA ŽENSKJE ISPITANIKE: Da li su vam tokom poslednja tri meseca izostale sve menstruacije u vreme kad ste ih očekivali (a da pri tome niste bili u drugom stanju)?	→ NE DA

ZA ŽENE: DA LI JE ZA PITANJA M5 I M6 ZAOKRUŽENO DA?

ZA MUŠKARCE: DA LI JE ZA PITANJE M5 ZAOKRUŽENO DA?

NE DA

ANOREXIA NERVOSA

TRENTNA

TABLICA 1.

PRAGOV I TELESNE TEŽINE ZA RAZLIČITE VREDNOSTI TELESNE VISINE (PREMA BMI PRAGU OD 17,5 KG/M²).

Height/Weight	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178
cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178
kgs	37	38	39	41	42	43	45	46	48	49	51	52	54	55

Height/Weight	180	183	185	188	191
cm	180	183	185	188	191
kgs	57	59	60	62	64

Prilikom računanja telesnih pragova težine korišćeni su indeksi telesne mase (body mass index- BMI) jednaki ili ispod 17,5 kg/m² za ispitaničkovu visinu. Ovo je vodič za pragove telesne težine, a osoba s težinom ispod praga prema DSM-IV. ima nedovoljnu telesnu težinu, dok prema ICD-10 zadovoljava dijagnostički kriterijum za ispitivanje poremećaja Anorexia Nervosa.

N. BULIMIJA (BULIMIA NERVOSA)

(→ZNAČI: IDITE DO DIJAGNOSTIČKOG OKVIRA , ZAOKRUŽITE **NE** U SVIM DIJAGNOSTIČKIM OKVIRIMA I PREDITE NA SLEDEĆE POGLAVLJE)

N1	U poslednja tri meseca, da li ste imali epizode preteranog jedenja ili trenutke u kojima ste pojeli ogromne količine hrane u razdoblju od dva sata?	→ NE	DA
N2	U poslednja tri meseca, da li ste barem dva puta nedeljno imali epizode sa preteranim uzimanjem hrane?	→ NE	DA
N3	Za vreme tih epizoda prejedanja, da li ste imali osećaj da je vaše konzumiranje hrane izvan kontrole?	→ NE	DA
N4	Da li ste nešto preduzeli da ublažite ili sprečite gojenje nakon ovih obroka, kao npr. povraćali, postili, vežbali ili uzimali sredstva za čišćenje, klistire, diuretike (tablete za izbacivanje tečnosti iz tela) ili druge lekove?	→ NE	DA
N5	Da li je vaša telesna težina ili građa tela u velikoj meri uticala na to šta ste osećali prema sebi?	→ NE	DA
N6	DA LI ISPITANIKOVI SIMPTOMI ZADOVOLJAVAJU KRITERIJUM ZA POREMEĆAJ ANOREXIA NERVOSA?	NE	DA ↓ PREDITE NA N8
N7	Pojavljuju li se ove epizode obilnog prejedanja jedino kada je vaša telesna težina ispod (____kg)? ISPITIVAČ: U ZAGRADE UPIŠITE PRAG TELESNE TEŽINE ZA ISPITANIKOVU VISINU IZ TABLICE 1. U POGLAVLJU ZA POREMEĆAJ ANOREKSije.	NE	DA
N8	DA LI JE ZA PITANJE N5 ZAOKRUŽENO DA , I DA LI SU ZA PITANJA N6 I/ILI N7 ZAOKRUŽENI ODGOVORI NE?	<p style="margin: 0;">NE DA</p> <p style="margin: 0;">BULIMIA NERVOSA</p> <p style="margin: 0;">TRENTNA</p>	
	DA LI JE ZA PITANJE N7 ZAOKRUŽENO DA ?	<p style="margin: 0;">NE DA</p> <p style="margin: 0;">ANOREXIA NERVOSA</p> <p style="margin: 0;"><i>tip prejedanje/čišćenje</i></p> <p style="margin: 0;">TRENTNA</p>	

O. GENERALIZOVANI ANKSIOZNI POREMEĆAJ(→ZNAČI: IDITE DO DIJAGNOSTIČKOG OKVIRA, ZAOKRUŽITE **NE**, TE PREĐITE NA SLEDEĆE POGLAVLJE)

O1	a	Da li ste u prethodnih 6 meseci preterano brinuli ili bili anksiozni u vezi sa 2 ili više stvari (npr. finansija, zdravlja, dece, nesreće)?	→ NE	DA
	b	Da li ste na taj način zabrinuti skoro svakoga dana?	→ NE	DA
DA LI JE ISPITANIKOVA ANKSIOZNOST OGRANIČENA ILI SE MOŽE BOLJE OBJASNITI ISKLJUČIVO NEKIM OD POREMEĆAJA KOJI SU DO SADA ISPITANI OVIM INSTRUMENTOM?			→ NE	DA

O2	Da li vam je teško da kontrolišete svoju zabrinutost ili vas brige ometaju da se usredsredite na nešto što radite?	→ NE	DA
----	--	---------	----

O3 U SLEDEĆIM PITANJIMA ZAOKRUŽITE ODGOVOR **NE** UKOLIKO SE SIMPTOMI MOGU PRIPISATI OBELEŽJIMA ILI NEKOM OD POREMEĆAJA KOJI SU DO SADA ISPITANI.

Da li ste se u poslednjih šest meseci kada ste bili zabrinuti većinom:

a	Osećali uznemireno, zatvoreno ili kao „na ivici“?	NE	DA
b	Da li ste bili napeti?	NE	DA
c	Da li ste se osećali umorno, slabo ili se lako iscrpljivali?	NE	DA
d	Da li ste imali problem koncentracije ili osećaj kao da vam je „zablokirao mozak“?	NE	DA
e	Da li ste bili razdražljivi?	NE	DA
f	Da li ste imali problema sa spavanjem (teško zaspate, budite se tokom noći, budite se vrlo rano ujutru ili preterano dugo spavate)?	NE	DA

DA LI JE 3 ILI VIŠE ODGOVORA IZ GRUPE **O3** ZAOKRUŽENO **DA**?

NE	DA
GENERALIZOVANI ANKSIOZNI POREMEĆAJ TRENUTNI	

P. ANTISOCIJALNI POREMEĆAJ LIČNOSTI (po izboru)

(→ZNAČI: IDITE DO DIJAGNOSTIČKOG OKVIRA I ZAOKRUŽITE NE.)

Da li ste pre navršene 15-e godine:

- P1
- | | | | |
|---|--|----|----|
| a | redovno neopravdano izostajali iz škole ili bežali tokom noći od kuće? | NE | DA |
| b | redovno lagali, varali, „preveslali“ druge ili krali? | NE | DA |
| c | započeli tuče ili zlostavljali, pretili ili zastrašivali druge? | NE | DA |
| d | namerno uništavali stvari ili podmetali požare? | NE | DA |
| e | namerno zadavali bol životinjama ili ljudima? | NE | DA |
| f | nekog prisilili na polni odnos? | NE | DA |
| | | → | |
| | DA LI JE 2 ILI VIŠE ODGOVORA IZ GRUPE P1 ZAOKRUŽENO SA DA? | NE | DA |

ZA DOLE NAVEDENA PONAŠANJA NEMOJTE ZAOKRUŽIVATI ODGOVOR DA AKO SU ISKLJUČIVO POLITIČKI ILI RELIGIOZNO MOTIVISANI.

P2 Nakon navršene 15. godine:

- | | | | |
|---|--|----|----|
| a | Da li ste se redovno ponašali na način koji su drugi procijenili neodgovornim, na primer da niste platili za stvari koje ste dužni, namerno ste bili neobuzdani ili namerno niste radili da biste se izdržavali? | NE | DA |
| b | Da li ste čak i kad vas nisu uhvatili, činili stvari koje su nezakonite (na primer uništavali imovinu, krali u prodavnicama, krali, prodavali drogu ili činili krivična dela) | NE | DA |
| c | Da li ste više puta za redom učestvovali u fizičkim obračunima (uključujući fizičke obračune s vašim supružnikom/com ili decom) ? | NE | DA |
| d | Da li ste često lagali ili varali druge ljude da biste iznudili novac ili užitak, ili lagali iz čiste zabave? | NE | DA |
| e | Da li ste bezobzirno izlagali druge opasnostima? | NE | DA |
| f | Niste osećali krivicu nakon što ste nekog povredili, maltretirali, lagali; ili nakon što ste nekom nešto ukrali ili uništili nečiju imovinu | NE | DA |

DA LI JE 3 ILI VIŠE ODGOVORA IZ GRUPE P2 ZAOKRUŽENO SA DA?

NE DA

**ANTISOCIJALNI
POREMEĆAJ LIČNOSTI
TOKOM ŽIVOTA**

R. SOMATIZACIONI POREMEĆAJ

(→ZNAČI: IDITE DO DIJAGNOSTIČKIH OKVIRA, ZAOKRUŽITE **NE** U SVIM DIJAGNOSTIČKIM OKVIRIMA TE PREĐITE NA SLEDEĆE POGLAVLJE)

R1	a	Da li ste pre 30-te godine imali mnogo telesnih smetnji koje nisu bile jasno vezane za neka posebna oboljenja?	→ NE	DA
	b	Da li su se te telesne smetnje javljale tokom više godina?	→ NE	DA
	c	Da li su vas te smetnje navele da potražite lečenje?	→ NE	DA
	d	Da li su vam te smetnje prouzrokovale značajne probleme u školi, na poslu, u društvu ili u nekom drugom važnom području?	→ NE	DA
R2	Da li imate bolove u:	glavi	NE	DA
		trbuhu	NE	DA
		leđima	NE	DA
		zglobovima, ekstremitetima	NE	DA
		grudima, rektumu	NE	DA
		tokom menstruacije	NE	DA
		tokom seksualnog čina	NE	DA
		tokom mokrenja	NE	DA
	Da li su 2 ili više R2 odgovora DA ?		→ NE	DA
R3	Da li ste imali bilo koji od sledećih stomačnih smetnji:	mučnine	NE	DA
		nadutost	NE	DA
		povraćanje	NE	DA
		proliv	NE	DA
		nepodnošenje više različitih vrsta hrane	NE	DA
	Da li su 2 ili više R3 odgovora DA ?		→ NE	DA
R4	Da li ste imali bilo koji od sledećih seksualnih smetnji:	gubitak seksualnog interesa	NE	DA
		problemi sa erekcijom ili ejakulacijom	NE	DA
		neredovne menstruacije	NE	DA
		snažno menstrualno krvarenje	NE	DA
		povraćanje tokom trudnoće	NE	DA
	Da li su 2 ili više R4 odgovora DA ?		→ NE	DA
R5	Da li ste imali bilo koji od sledećih simptoma:	obamrlost ili slabost u delovima vašeg tela	NE	DA
		oštećenje koordinacije ili neravnoteža	NE	DA

teškoće gutanja ili «knedla»u grlu	NE	DA
teškoće kod govora	NE	DA
teškoće pri pražnjenju mokraćnog mehura	NE	DA
gubitak osećaja dodira ili bola	NE	DA
dvoslike ili slepilo	NE	DA
gluvoća, napadi, gubitak svesti	NE	DA
značajne epizode gubitka pamćenja	NE	DA
neobjašnjive senzacije u vašem telu	NE	DA

(Kliničaru: molimo procenite da li se radi o telesnim halucinacijama)

		→	
	Da li su 2 ili više R5 odgovora DA ?	NE	DA
R6	Da li je vaš lekar obavio ispitivanja i pregled zbog tih smetnji?	NE	DA
R7	Da li je nađena neka bolest ili ste uzimali neke preparate ili lekove što bi moglo objasniti ove smetnje?	NE	DA
	R6 i R7 (izbroj): Kliničaru: Da li je pronađen neki organski uzrok?	NE	DA
R8	Da li su pritužbe ili onesposobljenost bile veće nego što je za očekivati za neku telesnu bolest?	NE	DA
	R7 (izbroj) ili R8 odgovoreno sa DA ?	→	
		NE	DA
R9	Da li su simptomi simulirani ili namerno izazvani (kao lažni poremećaj)?	→	
		NE	DA

DA LI JE **R9** ZAOKRUŽENO SA **NE**?

NE	DA
SOMATIZACIONI POREMEĆAJ	
TOKOM ŽIVOTA	

R10

Da li sada imate navedene smetnje?

NE	DA
SOMATIZACIONI POREMEĆAJ	
TRENTNI	

OVIM SE INTERVJU ZAVRŠAVA

LITERATURA

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonara LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*. 1997; 12:232-241.

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry*. 1997; 12: 224-231.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G: The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J. Clin Psychiatry*, 1998;59(suppl 20):22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D: DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*. 1998; 13:26-34.

Prijevodi**M.I.N.I. 4.4 ili ranije verzije**

Afrikaans	R. Emsley
Arabic	
Bengali	
Brazilian Portuguese	P. Amorim
Bulgarian	L.G.. Hranov
Chinese	
Croatian	
Czech	
Danish	P. Bech
Dutch/Flemish	E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere
English	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
Estonian	
Farsi/Persian	
Finnish	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
French	Y. Lecrubier, E. Weiller, I. Bonora, P. Amorim, J.P. Lepine
German	I. v. Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer
Greek	S. Beratis
Gujarati	
Hebrew	J. Zohar, Y. Sasson
Hindi	
Hungarian	I. Bitter, J. Balazs
Icelandic	
Italian	I. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller
Japanese	
Korean	
Latvian	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads
Lithuanian	
Norwegian	G. Pedersen, S. Blomhoff
Polish	M. Masiak, E. Jasiak
Portuguese	P. Amorim
Punjabi	
Romanian	
Russian	
Serbian	I. Timotijevic
Setswana	
Slovenian	M. Kocmur
Spanish	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier
Swedish	M. Waern, S. Andersch, M. Humble
Turkish	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip
Urdu	

M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0 i M.I.N.I. Screen 5.0:

W. Maartens
O. Osman, E. Al-Radi
H. Banerjee, A. Banerjee
P. Amorim
L. Carroll, Y-J. Lee, Y-S. Chen, C-C. Chen, C-Y. Liu, C-K. Wu, H-S. Tang, K-D. Juang, Yan-Ping Zheng.
U pripremi
P. Zvlosky
P. Bech, T. Schütze
I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan
J. Shlik, A. Aluoja, E. Khil
K. Khooshabi, A. Zomorodi
M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
T. Calligas, S. Beratis
M. Patel, B. Patel
R. Barda, I. Levinson, A. Aviv
C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
I. Bitter, J. Balazs
J.G. Stefansson
L. Conti, A. Rossi, P. Donda
T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
U pripremi, Anxiety Disorder Association of Korea
V. Janavs, J. Janavs
A. Bacevicius
K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
M. Masiak, E. Jasiak
P. Amorim, T. Guterres
A. Gahunia, S. Gambhir
O. Driga
A. Bystritsky, E. Selivra, M. Bystritsky
I. Timotijevic
K. Ketlogetswe
M. Kocmur
L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-Garcia, O. Soto, L. Franco, G. Heinze
C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
T. Örnek, A. Keskiner, A. Engeler
A. Taj, S. Gambhir

Istraživanja za utvrđivanje psihometrijskih vrednosti ovog instrumenta omogućene su delom sredstvima SmithKline Beecham i the European Commission. Autori zahvaljuju Dr. Pauline Powers za savete koje je pružila oko izrade poglavlja Anorexia Nervosa and Bulimije.

Upitnik o kvalitetu života

Sada Vas molimo da procenite koliko ste zadovoljni različitim oblastima Vašega života koje su dole nevedene (smeštaj, prijateljstva, finansijska situacija itd.). Za procenu koristite priloženu skalu od 1 do 7.

- 1-ne može biti gore
- 2-vrlo nezadovoljan
- 3-pretežno nezadovoljan
- 4-i zadovoljan i nezadovoljan
- 5-pretežno zadovoljan
- 6-vrlo zadovoljan
- 7-ne može biti bolje

- 1) Koliko ste u celini zadovoljni svojim životom danas? _____
- 2) Koliko ste zadovoljni svojim poslom (ili školovanjem kao glavnim zanimanjem)? _____
Ili, ako ste nezaposleni ili u penziji, koliko ste zadovoljni kao nezaposlen/penzioner? _____
- 3) Koliko ste zadovoljni svojom finansijskom situacijom? _____
- 4) Da li imate nekoga koga možete nazvati "bliskim prijateljem"? DA / NE
- 5) Da li ste se u toku prošle nedelje/sednice videli sa nekim prijateljem (posetili prijatelja, Vas je posetio prijatelj ili se sreli sa prijateljem van kuće ili posla / škole)? DA / NE
- 6) Koliko ste zadovoljni kvalitetom i brojem svojih prijateljstava? _____
- 7) Koliko ste zadovoljni svojim aktivnostima u slobodnom vremenu? _____
- 8) Koliko ste zadovoljni svojim smeštajem? _____
- 9) Da li ste u protekloj godini bili optuženi za neko kriminalno djelo? DA / NE
- 10) Da li ste u protekloj godini bili žrtva fizičkog nasilja? DA / NE
- 11) Koliko ste zadovoljni svojom sopstvenom sigurnošću? _____
- 12) Koliko ste zadovoljni ljudima sa kojima živite? _____
Ili, ako živite sami koliko ste zadovoljni time? _____
- 13) Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom? _____
- 14) Koliko ste zadovoljni odnosima sa svojom porodicom? _____
- 15) Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem? _____
- 16) Koliko ste zadovoljni svojim psihičkim (mentalnim) zdravljem? _____

IES-R

Ovde se nalazi lista teškoća koje ljudi nekada imaju nakon stresnih životnih događaja. Molimo Vas da pažljivo pročitate svaku rečenicu i označite koliko ste Vi bili uznemireni svakom od navedenih teškoća **tekom proteklih 7 dana** s obzirom na događaj _____.

Koliko ste Vi bili uznemireni ovim teškoćama?

Tokom proteklih sedam dana	Nimalo	Vrlo malo	Umereno	Prilično	Izuzetno
1. Sve što me podseti na taj događaj, vrati mi ponovo osećaje vezane za njega.	0	1	2	3	4
2. Imao sam problema sa buđenjem noću.	0	1	2	3	4
3. Neke stvari me stalno podsećaju na to.	0	1	2	3	4
4. Osećao sam se razdražljivo i ljuto.	0	1	2	3	4
5. Pokušavao sam da se ne uznemiravam, kada bih o tome mislio ili bi me nešto podsetilo na to.	0	1	2	3	4
6. Mislio sam o tome i kad to nisam nameravao.	0	1	2	3	4
7. Imao sam osećaj kao da se to nije desilo ili da nije bilo stvarno.	0	1	2	3	4
8. Izbegavao sam ono što me na taj događaj podseća.	0	1	2	3	4
9. Slike o tome su mi padale na pamet.	0	1	2	3	4
10. Bio sam nervozan i lako se trzao.	0	1	2	3	4
11. Pokušao sam da ne mislim o tome.	0	1	2	3	4
12. Bio sam svestan da još uvek imam puno osećaja o tome, ali se nisam bavio njima.	0	1	2	3	4
13. Moji osećaji vezani za taj događaj kao da	0	1	2	3	4

su utruli.					
14. Dogodilo mi se da sam se ponašao ili osećao kao da sam se vratio u to vreme.	0	1	2	3	4
15. Imao sam teškoća da zaspim.	0	1	2	3	4
16. Bio sam preplavljen osećajima vezanim za to.	0	1	2	3	4
17. Pokušao sam to izbrisati iz sećanja.	0	1	2	3	4
18. Imao sam teškoća sa koncentracijom.	0	1	2	3	4
19. Kada me je nešto podsetilo na događaj, pojavile su se fizičke reakcije, kao što su znojenje, teškoće sa disanjem, mučnina ili lupanje srca.	0	1	2	3	4
20. Sanjao sam o tome.	0	1	2	3	4
21. Bio sam pažljiv i na oprezu.	0	1	2	3	4
22. Pokušao sam ne pričati o tome.	0	1	2	3	4

BIOGRAFIJA

Dr Bojana Pejušković, rođena je 13.02.1974. u Smederevskoj Palanci. Diplomirala je na Medicinskom fakultetu u Beogradu aprila 2001. godine sa prosečnom ocenom 8,20. Poslediplomske studije iz psihijatrije, smer „psihoterapija“, upisala je 2002. godine. Iste godine je, po završetku opšteg lekarskog staža, započela volontersku specijalizaciju iz psihijatrije u Institutu za mentalno zdravlje. U periodu od 2003. do 2004. godine radila je u Međunarodnoj mreži pomoći „IAN“, humanitarnoj, nevladinoj organizaciji, gde je bila angažovana na poslovima istraživača, organizatora i administratora u različitim projektima. Od 2006. godine zaposlena je u Institutu za mentalno zdravlje, na Kliničkom odeljenju za psihotične poremećaje, u okviru Klinike za odrasle. Specijalistički ispit iz psihijatrije položila je u februaru 2007. godine sa odličnim uspehom. Magistrirala je na Medicinskom fakultetu u Beogradu 2009. godine, odbranivši magistarsku tezu pod nazivom „Sindrom sagorevanja kod lekara različitih specijalnosti (lekara opšte prakse, psihijataru i hirurga) - uloga ličnosti i strategija za prevladavanje stresa“, pod rukovodstvom mentora prof. Dr Dušice Lečić Toševski i stekla zvanje magistra medicinskih nauka. Završila je nekoliko kontinuiranih edukacija iz psihijatrije u zemlji i inostranstvu, kao što su seminari na Modsliju i Kings Koledžu u Londonu, Veil-Kornel seminar u Salzburgu, Letnja škola psihijatrije u Berlinu. Učestvovala je u realizaciji nekoliko nacionalnih i jednog međunarodnog projekta. Dobitnik je nekoliko stipendija za učešće na međunarodnim kongresima. Autor je i koautor u nekoliko stručnih radova i publikacija, od kojih su neki objavljeni u časopisima indeksiranim u CC/SCI bazi podataka. Završila je edukaciju iz Racionalno emocionalne kognitivno bihevioralne psihoterapije (REBT) i ima zvanje psihoterapeuta. U septembru 2012. godine, izabrana je u zvanje kliničkog asistenta za predmet psihijatrija, na Medicinskom fakultetu u Beogradu.

Prilog 1.

Izjava o autorstvu

Potpisani-a Bojana Pejušković

Broj upisa _____

Izjavljujem

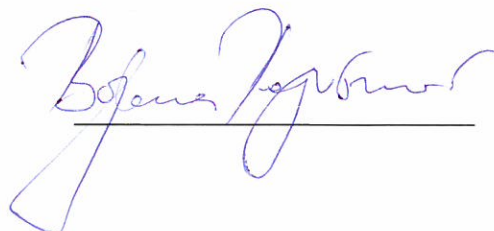
da je doktorska disertacija pod naslovom

«POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆA J – PREDIKTORI RAZVOJA I
OPORAVKA»

- rezultat sopstvenog istraživačkog rada,
- da predložena disertacija u celini ni u delovima nije bila predložena za dobijanje bilo koje diplome prema studijskim programima drugih visokoškolskih ustanova,
- da su rezultati korektno navedeni i
- da nisam kršio/la autorska prava i koristio intelektualnu svojinu drugih lica.

Potpis doktoranda

U Beogradu, 20.11.2013.



Prilog 2.

**Izjava o istovetnosti štampane i elektronske verzije
doktorskog rada**

Ime i prezime autora Bojana Pejušković

Broj upisa _____

Studijski program _____

Naslov rada „POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ – PREDIKTORI RAZVOJA I
OPORAVKA“

Mentor Akademik prof. Dr Dušica Lečić Toševski

Potpisani Bojana Pejušković

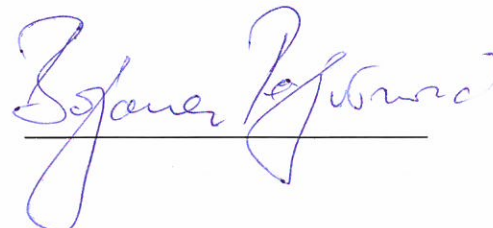
Izjavljujem da je štampana verzija mog doktorskog rada istovetna elektronskoj verziji koju sam predao/la za objavljivanje na portalu **Digitalnog repozitorijuma Univerziteta u Beogradu**.

Dozvoljavam da se objave moji lični podaci vezani za dobijanje akademskog zvanja doktora nauka, kao što su ime i prezime, godina i mesto rođenja i datum odbrane rada.

Ovi lični podaci mogu se objaviti na mrežnim stranicama digitalne biblioteke, u elektronskom katalogu i u publikacijama Univerziteta u Beogradu.

Potpis doktoranda

U Beogradu, 20.11.2013.



Prilog 3.

Izjava o korišćenju

Ovlašćujem Univerzitetsku biblioteku „Svetozar Marković“ da u Digitalni repozitorijum Univerziteta u Beogradu unese moju doktorsku disertaciju pod naslovom:

„POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ – PREDIKTORI RAZVOJA I OPORAVKA“

koja je moje autorsko delo.

Disertaciju sa svim priložima predao/la sam u elektronskom formatu pogodnom za trajno arhiviranje.

Moju doktorsku disertaciju pohranjenu u Digitalni repozitorijum Univerziteta u Beogradu mogu da koriste svi koji poštuju odredbe sadržane u odabranom tipu licence Kreativne zajednice (Creative Commons) za koju sam se odlučio/la.

Autorstvo

2. Autorstvo - nekomercijalno
3. Autorstvo – nekomercijalno – bez prerade
4. Autorstvo – nekomercijalno – deliti pod istim uslovima
5. Autorstvo – bez prerade
6. Autorstvo – deliti pod istim uslovima

Potpis doktoranda

U Beogradu, 20.11.2013.

