

UNIVERZITET U BEOGRADU  
MEDICINSKI FAKULTET

Mr Sc. Tatjana Milenković

ANALIZA KVALITETA ŽIVOTA I  
PSIHOLOŠKIH KARAKTERISTIKA  
RATNIH VETERANA OBOLELIH OD  
HRONIČNOG POSTTRAUMATSKOG  
STRESNOG POREMEĆAJA

doktorska disertacija

Beograd, 2016.

UNIVERSITY OF BELGRADE  
SCHOOL OF MEDICINE

Tatjana Milenković, MSc

ANALYSIS OF QUALITY OF LIFE AND  
PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS  
IN WAR WETERANS SUFFERING  
FROM CHRONIC POSTTRAUMATIC  
STRESS DISORDER

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2016.

**Mentor:** Prof.dr Aleksandar Jovanović, specijalista neuropsihijatar, subspecijalista sudske psihijatrije, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, redovni profesor

**Članovi komisije za ocenu završne teze:**

1. Prof. dr Aneta Lakić, specijalista neuropsihijatar, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu
2. Prof. dr Srđan Milovanović, specijalista neuropsihijatar, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu
3. Doc. dr Vladimir Janjić, specijalista neuropsihijatar, Medicinski fakultet Univerziteta u Kragujevcu

**Datum odbrane teze:**

# ANALIZA KVALITETA ŽIVOTA I PSIHOLOŠKIH KARAKTERISTIK RATNIH VETERANA OBOLELIH OD HRONIČNOG POSTTRAUMATSKOG STRESNOG POREMEĆAJA

## REZIME:

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) se javlja kod osoba izloženih ekstremno stresogenim traumatskim događajima kada je osoba doživela, bila očevidac ili bila suočena sa događajem ili događajima koji obuhvataju aktuelnu ili preteću smrt ili ozbiljnu povredu, ili ugroženost fizičkog integriteta sebe ili drugih, pri čemu se kao odgovor na pomenuto iskustvo javljaju intenzivan strah i doživljaj bespomoćnosti ili užasa.

Tipični simptomi PTSP-a se mogu razvrstati u tri sindroma: a) sindrom nametanja (ponovno proživljavanje traumatskog iskustva putem intruzivnih sećanja ili snova), b) sindrom izbegavanja (izbegavanje aktivnosti i situacija koje podsećaju na traumu. osećanje emocionalne praznine i odvojenosti od ljudi) i c) sindrom uzbuđenja (teškoće sa spavanjem, kontrolom ljutnje i besa, smetnje na planu pažnje i koncentracije, pojačana pobuđenost u smislu prenatrpanosti reakcija na stimuluse). Klinička slika PTSP-a odlikuje se promenljivim tokom, za šta se pretpostavlja da je u vezi sa prirodom traume. Premda se u oko dve trećine obolelih od PTSP-a tokom vremena uspostavi kompletna remisija, kod trećine obolelih uočava se hroničan, uglavnom fluktuirajući tok (oko deset odsto slučajeva) ili se PTSP ispoljava u supkliničkoj, oligosimptomatskoj formi (kao tzv. parcijalni PTSP ili trajna izmena ličnosti nakon katastrofičnog iskustva) koja i dalje utiče na svakodnevno životno funkcionisanje.

Ratni sukobi na prostoru prethodne SFRJ tokom devedestih suočila su nas sa velikim brojem obolelih od PTSP, često komplikovanog komorbidnim poremećajima u smislu depresije, poremećaja upotrebe psihoaktivnih supstanci ili niza somatskih poremećaja, a mnogi od obolelih i danas ispoljavaju znake psihološkog trpljenja i imaju potrebu za psihološkom i psihijatrijskom pomoći.

Cilj našeg istraživanja bio je da ispitamo i ustanovimo razliku u kvalitetu života i psihološkim karakteristikama između veterana koji su razvili hroničnu formu poremećaja i onih koji nisu.

Istraživanje je zamišljeno kao prospektivna kohortna studija, po tipu panel studije, čiju supopulaciju ispitanika činili učesnici oružanih sukoba na Kosovu tokom 1999.godine (muškarci, srpske nacionalnosti) koji su u periodu od juna do decembra 1999.godine lečeni od posttraumatskog stresnog poremećaja. Ovi ispitanici su, u periodu od septembra 2013. do septembra 2014. godine, primenom modula za posttraumatski stresni poremećaj u okviru Strukturisanog kliničkog intervjua za poremećaje na I osi (na engleskom: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; skraćeno SCID-D) 4. revizije Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje Američke psihijatrijske asocijacije (na engleskom: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> revision; skraćeno DSM-IV) bili podeljeni na one koji i sada ispoljavaju znake poremećaja (hronična forma) i one bez njega. Zatim su bili primenjeni sledeći instrumenti: Plučikov Profil Indeks Emocija (PIE), tj. upitnik ličnosti kojim se procenjivalo aktuelno stanje i promene u ličnosti veterana, kao i upitnik o kvalitetu života publikovan od strane Svetske zdravstvene organizacije (na engleskom: World Health Organisation Quality of Life; skraćeno: WHOQoL-BREF) koji je procenjivao stanje raznih domena svakodnevnog funkcionisanja ispitanika ove studije.

Naše istraživanje je utvrdilo da je, u odnosu na grupu ispitanika sa hroničnim posttraumatskim poremećajem, grupa koja aktuelno nema elemente posttraumatskog stresnog poremećaja boljeg fizičkog zdravlja, a da je, u odnosu na grupu sa hroničnim posttraumatskim stresnim poremećajem, kod nje i ranije, u vreme postavljanja dijagnoze posttraumatskog stresnog poremećaja, fizičko i psihičko zdravlje kao i zadovoljstvo kvalitetom socijalnih relacija bilo bolje (WHOQoL-BREF).

Kada je reč o emocionalnim karakteristikama ličnosti ustanovljeno je da sada nema razlike između ove dve grupe, a da je u momentu postavljanja dijagnoze posttraumatskog stresnog poremećaja, grupa ispitanika kod koje je u međuvremenu

razvijena hronična forma poremećaja, imala veće skorove na skali eksploracije (opreznost, planiranje, očekivanja, predviđanje).

Smatramo da bi prezentovani rezultati našeg istraživanja mogli da doprinesu boljem razumevanju i lečenju hroničnog posttraumatskog poremećaja, a sve u cilju bolje zaštite kako veterana tako i njihovih porodica koje predstavljaju neprepoznatu i nelečenu žrtvu sekundarne traumatizacije.

Ključne reči: veterani, hronični posttraumatski stresni poremećaj, kvalitet života, psihološke karakteristike

Naučna oblast: Medicina

Uža naučna oblast: Psihijatrija

# ANALYSIS OF QUALITY OF LIFE AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN WAR WETERANS SUFFERING FROM CHRONIC POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

## ABSTRACT

Posttraumatic stress disorder (PTSD) occurs in people that have been exposed to extremely stressful traumatic events they themselves experienced, have been witnessed to or have been confronted with an event or events that involve actual or threatened death or serious injury exposure or a severe threat to physical integrity of self or others and as a response to the aforementioned experience arises intense fear and a sense of helplessness or horror.

The most frequent symptoms of PTSD can be sorted into three clusters: a) intrusive symptoms (re-experiencing of traumatic events in intrusive memories or dreams), b) avoidance symptoms (avoiding activities and situations reminiscent of the trauma, a feeling of emotional emptiness and alienation from other people) and c) hyper arousal symptoms (sleep disturbances, difficulties in anger and temper control, difficulties with attention and concentration, hyper vigilance and exaggerated startle response. Clinical presentation of PTSD has a fluctuating course which is assumed to be related to the trauma itself. Although two-thirds of patients diagnosed with PTSD have a complete remission of the illness during long periods, about a third of the afflicted exhibits a chronic, mostly fluctuating flow (about 10% of known cases) of the disorder. They can also have a subclinical form with fewer, oligosymptomatic form (it is so called partial PTSD or enduring personality change after a catastrophic experience), that still affects their daily functioning.

Armed conflicts during the 90's across the former SFRJ have faced us with a large number of patients with PTSD disorder often complicated with comorbid disorders, such as depression, substance abuse or a variety of somatic ailments with a majority of those afflicted with PTSD still, to this day, showing signs of psychological suffering

and still displaying a visible need for psychological and psychiatric help. The goal of the research we embarked on was to question and establish the differences in quality of life and psychological differences between war veterans who have the chronic form of PTSD and those who have not.

This research was conducted as a prospective cohort study, whose population is made of subjects, who participated in armed conflicts in Kosovo, during the year of 1999 (our subjects are all male and of Serbian ethnicity). All of them were also treated from PTSD syndrome, in period from June until December of 1999. By application of Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (short: SCID I) of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> revision, by American Psychiatric Association (short: DSM-IV), we were able to divide the whole specimen into two groups: those who have chronic form of PTSD and those subject who do not have PTSD. Following questionnaires were used during the testing period: Plutchik' Emotions Profile Index (PIE), a personality questionnaire, which can assess the current state and/or changes in the personality of the veterans, as well as the quality of life questionnaire published by World Health Organisation (WHOQOL-BREF), a questionnaire that can evaluate the state over various domains of their everyday functionality of subjects from this research.

Our research has concluded that, in comparison to the group of subjects with chronic Posttraumatic stress disorder, the group, who currently doesn't have any elements of Posttraumatic stress disorder, has better physical health. Also it seems as if this particular group of subjects (without PTSD), in the time period of appraisal of the Posttraumatic stress disorder, had better both physical and psychological health, as well as a better satisfaction with the quality of their social interactions.

When we consider the emotional characteristics of our subject' personalities, we can determine that, now, there is no difference between these groups; but at the time of establishing the Posttraumatic stress disorder diagnosis, the group of subject, which now has the chronic form of PTSD, had higher scores on PIE's exploration dimension (cautiousness, planning, expectations, predictions).



Taken in consideration the presented results of this research may contribute to both better understanding and treatment of chronic PTSD, and of this can contribute to better protection of war veterans themselves, but also their families, who represent the unrecognized and untreated victim of secondary traumatization.

Key words: war veterans, chronic posttraumatic stress disorder, quality of life, psychological characteristics.

Scientific field: Medicine

Specific scientific field: Psychiatry

# SADRŽAJ

<b>1. UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Trauma.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Traumatska neuroza.....</b>	<b>3</b>
<b>1.3. Posttraumatski stresni poremećaj .....</b>	<b>8</b>
<b>1.4. Kvalitet života.....</b>	<b>16</b>
<b>1.5. Psihološke karakteristike ličnosti.....</b>	<b>22</b>
<b>2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA .....</b>	<b>25</b>
<b>3. METODOLOGIJA.....</b>	<b>26</b>
<b>3.1. Ispitanici, mesto, vreme i instrumenti istraživanja .....</b>	<b>26</b>
<b>3.2. Opis instrumenata .....</b>	<b>27</b>
<b>3.2.1. Sociodemografski upitnik .....</b>	<b>27</b>
<b>3.2.2. Strukturisani klinički intervju za poremećaje na I osi IV revizije Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (SCID-I).....</b>	<b>27</b>
<b>3.2.3. Profil Indeks Emocija (PIE).....</b>	<b>27</b>
<b>3.2.4. Upitnik o kvalitetu života Svetske zdravstvene organizacije.....</b>	<b>28</b>
<b>3.3. Statistička obrada.....</b>	<b>29</b>
<b>4. REZULTATI.....</b>	<b>30</b>
<b>4.1. Sociodemografske karakteristike uzorka.....</b>	<b>30</b>
<b>4.2. Prikaz srednjih vrednosti i standardnog odstupanja svih varijabli merenja; rezultati poređenja psiholoških karakteristika ličnosti i kvaliteta života pre i sada.....</b>	<b>31</b>
<b>4.2.1. Deskriptivna statistika osnovnih dimenzija ličnosti merenih Plutchikovim Profil indeksom emocija (PIE).....</b>	<b>31</b>
<b>4.2.3. Deskriptivna statistika i relijabilnost osnovnih dimenzija kvaliteta života merenih korišćenim Upitnika o kvalitetu života Svetske zdravstvene organizacije (WHOQOL-BREF) .....</b>	<b>36</b>

4.2.4. Poređenje prosečnih skorova na osnovnim dimenzijama kvaliteta života prilikom sadašnje i prethodne evaluacije.....	37
4.3. Poređenje stratifikacionih grupa, tj. grupe ispitanika koji su ispoljavali simptome hronificiranog posttraumatskog stresnog poremećaja i grupe ispitanika kod kojih je u periodu između prve evaluacije i reevalucije došlo do povlačenja simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja, u odnosu na dimenzije kvaliteta života i karakteristike ličnosti .....	41
5. DISKUSIJA .....	48
6. ZAKLJUČCI.....	65
7. LITERATURA.....	66

# 1. UVOD

## 1.1. Trauma

Reč trauma je grčkog porekla i znači ranu, ozledu, povredu (telesnu ili duševnu). Psihička trauma se definiše kao jak i neizgladljiv duševni potres, kao posledica nekog strašnog i po život opasnog doživljaja. Traumatizam označava opšti poremećaj organizma prouzrokovan težom povredom (Vujaklija, 1980).

Trauma je ekscesivna količina stimulusa, prejaka da se proradi na normalan način (Freud, 1917).

Trauma je jako težak ili neprijatan događaj koji kod neke osobe uzrokuje mentalne ili emocionalne probleme duže vreme (Merriam-Webster).

Psihička trauma predstavlja povredu trajne prirode koja je ozledila ličnost a izazvana je silovitim događajem intenzivno dramatične prirode koji je doveo do izvanredno mučnog osećanja ispunjenog negativnim emocijama kao što su: šok, strah, neverica, očaj. Psihička trauma je psihička povreda traumatske prirode koja izaziva poremećaj u organizaciji celokupne ličnosti nastavljajući svoj psihološki rad dalje tokom života i ponovo se aktivirajući u provokativnim situacijama. Ona pokreće negativne mehanizme odbrane i postaje stožer skupljanja i taloženja novih negativnih emocionalnih iskustava koja je učvršćuju. U nepovoljnim uslovima oni mogu postati izvor traumatske neuroze ili psihoze (Radoman, 2010).

Bihevioristi smatraju da je psihička trauma problem emocionalnog učenja sa usvajanjem i razvojem patoloških obrazaca ponašanja u sličnim situacijama. Uslovljeni strah je reakcija straha na bezopasnu (uslovnu) draž koja se javila sa opasnom (bezuslovnom) i putem klasičnog uslovljavanja, vezivanjem u vremenu postala i sama opasna. Ova upečatljiva iskustva ugrađuju se u nervne emocionalne putanje i dovode do razdraženja amigdale, žlezde oblika badema u kori velikog mozga koja je skladište emocionalne memorije. Traumatska sećanja ostavljaju promene u mozgu i postaju „mentalni okidač“ koji podiže uzbunu i na najmanji znak podsećanja na

traumu. Auditivne, vizuelne, olfaktivne predstave pamćenja se mogu aktivirati i probuditi sećanja na traumu. Talamus, amigdala i prefrontalni režanj odgovorni su za pamćenje, učenje i reagovanje na strašne događaje (neurofiziološko shvatanje).

Po analitičkom učenju jedna od osnovnih funkcija psihičkog aparata sastoji se u održanju ravnoteže njegove aktivnosti. Tenzija koja se stvori pod uticajem spoljnog ili unutrašnjeg stimulusa se prvo rastereti potom obradi ili potisne. Suviše velika tenzija u jedinici vremena predstavlja elementarnu opasnost koja grubo narušava mentalnu ekonomiku i opstanak, u krajnoj liniji. Izraz velika tenzija označava tenziju izvan sposobnosti kontrole. Sposobnost kontrole je karakteristika zavisna od ranih iskustava osobe kao i od kvaliteta događaja koji je proizveo tenziju. Visina tenzije je uslovljena ranijim iskustvima, mogućnošću da se reaguje kroz motoričko rasterećenje kao i psihičkom ekonomikom. Postoje stimulusi (događaji) koji su takvog intenziteta da se očekuje da kod svakog izazovu neravnotežu mentalne ekonomike. To su stimulusi traumatskog kvaliteta (Fenichel, 1961).

Svaki događaj izvan uobičajenog ljudskog iskustva ima potencijal da predstavlja traumu: nesreće, prirodne katastrofe, ekstremna životna ugroženost, rat, zarobljavanje.

Svaka ozbiljna pretnja životu ili fizičkom integritetu, kao što je uništenje doma, prisustvo ubijanju, može predstavljati traumatsko iskustvo (Breslau, 1995). Neki autori smatraju da činovinasilja i ljudska surovost imaju veći traumatogeni potencijal od trauma koje izazivaju prirodne katastrofe. Žrtve prvopomenutih trauma se osećaju kaonamerno izabrane mete zla. Ovo uništava njihovo poverenje u ljude i čini da se osećaju izloženo i nesigurno u svetu (Radoman, 2010).

Istraživana su različita reagovanja na različite tipove traumatskog iskustva: **ratno zarobljeništvo** (Kluznik et al, 1986; Goldstain et al, 1987; Eberly & Engdahl, 1991; Jovanović, 1995), **torturu** (Ramsay, 1993), **izbeglištvu** (Mollica, 1987; Kondić et al, 2000; Išpanović-Radojković, 2000), **amputaciju** (Lipničević-Radić, 2000), **zemljotres** (Goenian et al, 1994). Veliki broj istraživača bavio **seratnom traumom** (Hendin, 1984; Streiner, 1985; Van der Kolik, 1989; Yehuda et al, 1995; Barrett, 1996; Zatzick et al, 1997). Od unutrašnjih faktora koji utiču na kapacitet događaja da predstavlja traumatsko iskustvo ističu se: **rana iskustva u detinjstvu** (Bremner, 1993), **osobine ličnosti pre izloženosti događaju** (Schnurr et al, 1993), **poremećaji ponašanja tokom odrastanja** (Kulka et al, 1990), nasledni činioci (True et al, 1993),

**starost u vreme izloženosti potencijalno traumatičnom događaju**(Speed et al, 1989; King et al, 1996; Engdahl et al, 1997), **porodična istorija** (Davidson et al, 1985). Od spoljnih činilaca istraživači naglašavaju **bračno stanje** (Boehnlein et al, 1985; Breslau et al, 1998), **fizičko ranjavanje** (Pavlović, 2004).

## 1.2. Traumatska neuroza

Istorijski gledano, savremenom konceptu postraumatskog stresnog poremećaja prethodio je psihoanalitički koncept traumatske neuroze uveden od strane Sigmunda Freuda koji objašnjava zakonitosti nastanka traumatske neuroze unutar analitičkog referentnog etiološkog okvira koji čine dispozicija usled fiksacije libida, frustracije, neuroskog konflikta, specifične strukture Ega, a njen razvoj kroz interakciju osnovnih dinamskih elemenata kao što su konflikt, mehanizmi odbrane i anksioznost. Ukratko, traumatske neuroze su posledica aktuelne spoljašnje psihičke i/ili fizičke traume čiji intenzitet prevazilazi adaptivnu efikasnost Ega, tako da pokazuju jasnim zacima da je temelj u fiksaciji za momenat traumatske nesreće iz bliske prošlosti (za razliku od klasičnih (psiho)neuroza kod kojih postoji unutrašnja, odnosno potisnuta psihička trauma vezana za događaje iz ranog detinjstva koji igraju značajnu ulogu u formiranju psihoneurotskih simptoma (Freud, 1917; Nastović, 1984). Suočena sa traumatskim događajima osoba oseća jak strah i bespomoćnost, a obzirom da je osnovna funkcija psihičkog aparata održanje stanja ravnoteže, nakon izlaganja traumi sva je mentalna ekonomika upotrebljena da se ravnoteža ponovo uspostavi. Prevelika ekscitacija stvara izuzetno bolno osećanje koje pokreće pokušaje da se ono savlada. Sistem se priprema za rasterećenje delom automatski (specifična podraženost vegetativnog nervnog sistema), delom odbrambenim mehanizmima koji su pod kontrolom (beg iz situacije, ako je moguć). U skladu sa tim, poremećaji ponašanja izraženi terminima traumatske neuroze su:

- blokiranje funkcije ega;
- bujica nekontrolisanih emocija;

- poremećaji spavanja sa ponovnim doživljavanjem traume u snu (ali i u budnom stanju);
- sekundarne komplikacije.

Nakon traume sva se energija mobilise na savladavanje ekscitacije i uspostavljanje ravnoteže. Percepcija je blokirana sa ciljem da se spreči priliv nove informacije i sistem zaštiti od novog mogućeg agensa koji bi dodatno otežao njegove napore da konsoliduje svoje stanje unutar granica koje ga dele od spoljnog (opasnog) sveta jer oslabljeni ego nije u stanju da informacije selektuje. On se, primitivno, zatvara za sve štiteći se od svih pa i bezopasnih draži. Ovo iz razloga jer svaka nova draž ima potencijal da ga dodatno omete u reintegraciji. Neke osobe u takvoj situaciji reaguju najarhaičnijim mogućim mehanizmom kakav je gubljenje svesti koje može imati formu onesveščivanja ali i mehanizmom “promene svesti” kroz disocijativno ponašanje.

Nakon izloženosti traumi osoba može biti sklona plaču, agitaciji, besmislenim radnjama (sve kroz forme motoričkog rasterećenja). Ovo je delom posledica nevoljnog rasterećenja koje ne trpi odlaganje, delom nesavladive tenzije. Tako, strahi bes predstavljaju rasterećenje traumom izazvanog uzbuđenja (ekscitacije) koja se oseća ili ne oseća tokom same traume. Ove nekontrolisane radnje predstavljaju redoživljavanje traume na motoričkom nivou.

Kod problema sa spavanjem nakon dejstva traume vidljivo je odsustvo sposobnosti relaksacije koje je, u suštini, vegetativnom podraženošću izazvana nesаница. Iako je redoživljavanje traume u snu kroz noćne more izuzetno bolno i predstavlja simptom traumatske neuroze, ono takvo, samo po sebi, predstavlja primitivan, nesvesan oblik rasterećenja i samoregulacioni mehanizam. Ponavljanje trauma kroz noćni doživljaj je primitivan način da se traumom ovlada. U budnom stanju trauma se ponovno doživljava delom kroz razmišljanje o događaju koji je traumatskog kvaliteta, delom kroz nesvesne slike praćene pokretima koji, moguće, nisu bili učinjeni u trenutku traumatizacije. Redoživljavanja mogu ići daleko unazad, iza trauma, do onih starijih, naizgled zaboravljenih i sada reaktiviranih traumatskih događaja.

I dok opsesivno ponavljanje traume predstavlja pokušaj da se ekscitacija smanji, aktivno ponavljanje (emotivna kriza i pokreti) predstavlja zakasnelo rasterećenje. Tako se isti cilj, povratak u ravnotežu, postiže aktivnim i pasivnim stavom (Janet, 1904;

Kardiner, 1941). Po DSM-III ovaj bifazični kvalitet odgovora na traumu predstavlja suštinu posttraumatskog stresnog poremećaja. Po ovom modelu, traumatizovani potom organizuju svoj život na jedan od dva načina: preplavlivanjem ponavljajućih, nametnutih sećanja uz bolan osećaj, vizuelne predstave i telesne senzacije ili kroz ekstremno izbegavanje svega što podseća na traumu da ne bi neki doživljaj “okinuo” nepodnošljivo sećanje na traumu (Van der Kolk & Ducey, 1989). Navedeni autori su analizom Rorschach protokola trinaestorice vijentamskih veterana našli dokaze za ovu bifazičnost koji predstavljaju ne samo impresivan subjektivni osećaj već i odraz bazične psihičke organizacije traumatizacije. Tako su zadavanjem ovog protokola dobijeni ili maksimalno hiperproduktivni protokoli ili pak, ekstremno oskudni, hipoproduktivni protokoli, kao načini dva polarizovana vida reagovanja ali i dva načina organizacije života veterana.

Desimirović istražujući traumu izbeglištva dolazi do sličnih zaključaka. On, naime, govori o dva tipa reagovanja na traumu. Prvi karakterišu ruminacije, odnosno stalno ponavljanje doživljene traume kroz prisećanje i/ili uznemiravajuće snove, drugi karakteriše izbegavanje, obrnut tip reagovanja gde se traumatizovani aktivno kloni svakog prisećanja događaja i njegovog pominjanja uz vidljiv napor da se izbegnu situacije i aktivnosti koje podsećaju na događaj. Naizmenična smena ove dve tendencije stvara kaos i konfuziju (Desimirović, 1997).

Hipoproduktivni protokoli predstavljaju odsustvo upotrebe simboličke imaginacije za planiranje i mišljenje kao eksperimentalnu akciju, a s druge strane odsustvo odgovora na spoljne stimulse i nekorišćenje afekta kao signala za oblikovanje odgovora (poznata “zaleđenost” traumatizovanih i alijenacija). Kratki protokoli impliciraju inhibiciju i slom adaptacionih potencijala što stvara kognitivnu restrikciju i afektivno osiromašenje u svakodnevnom životu, u interpersonalnim relacijama, što ozbiljnonarušava bliske odnose, odnosno bračnu i roditeljsku kompetenciju.

Hiperproduktivni protokoli govore o odsustvu integrisanosti afektivnog iskustva što implicira ekstremnu reaktivnost na spoljašnje stimulse. Slabost mehanizma procesovanja usporava i otežava integrisanje trauma u iskustvo što komplikuje lečenje. Ovo otuda što trauma preplavljuje kapacitete za obrađivanje iskustva i ostavlja traumatizovanog u neintegrisanom strahu. Neasimilovana iskustva se skladište u sećanju bez da budu pripojena ostalim doživljenim sadržajima, što često rezultira



disocijacijom, čestim simptomom kod posttraumatskog stresnog poremećaja. Neki autori (Janet, 1903) smatraju da je iskustvo zato i traumatično jer nije asimilovano u postojeće šeme i obrasce, kao i da ovaj efekat asimilacije stoji u osnovi nametnutih sećanja (noćnih i dnevnih). Neki autori govore o “malignim” sećanjima koja predstavljaju stabilan spoj afektivnih, kognitivnih i neurofizioloških funkcija izazvanih traumom (Išpanović-Radojković, 1993). Traumatizovana osoba želi da pobjegne i zaboravi, angažuju se potencijali za adaptaciju i javlja se poremećaj. Otuda je jasno da je za terapiju traumatizovanog neophodno izvršiti integraciju afekta i kognicije koji, ako se ona ne izvrši, ostaju kao trajno nefunkcionalni delovi (kognitivna restrikcija, zaleđen ili disociran afekat).

Nesklad koji se ponekad javlja između relativno slabe traume i snažnog odgovora na traumu u smislu traumatskog ispoljavanja, posledica je toga da je traumatska neuroza (termin iz psihoanalitičke teorije) često reaktivirana stara neuroza. Specifična priroda i ustrojstvo vojne organizacije koju karakteriše svojevrsna infantilizacija koja se ogleda u pripadnosti, zavisnosti, ograničenoj odgovornosti, strogoj distribuciji moći, može da ima uticaja na reaktiviranje starih osećanja očekivane zaštite iz detinjstva, pa otuda i razočarenja ako ono izostane. Kardiner smatra da se traumatizovani ponaša kao da se trauma odigrava sada dok Spiegel opisujući noćne more navodi da su one suština traumatske neuroze (Spiegel, 1947). Oba autora smatraju da nema svesne predstave o traumi usled delimične ili potpune amnezije za događaj. Oni traumu definišu kao slom adaptacije, beg iz realnosti. Govoreći o traumatskoj neurozi oni govore o dve faze traumatske neuroze: akutnoj, odnosno fizioneurozi, gde organizam ograničava aspekte svog reagovanja na fiziološko funkcionisanje, naglašavajući biološku osnovu poremećaja vidljivu kroz vegetativnu reaktivnost i drugoj, kasnijoj, fazi gde na površinu izbija nesposobnost adaptacije. Osoba se reorganizuje ne bi li kompenzovala slabost. Po ovim autorima amnezija i noćne more predstavljaju manifestaciju sloma a ne njegov uzrok. Za Horowitza amnezija je odbrana od prejakog osećanja i kao takva je sekundarna a ne uzrok pojave (Horowitz, 1976).

Grinker i Spiegel iznose stav da su noćne more u funkciji kazne u kontekstu konflikata vezanih za rat, a ne pokušaj ovladavanja traumatskom anksioznošću. Oni takođe misle da je reakcija na traumu slom adaptivnih mehanizama i nemogućnost funkcionisanja (Grinker & Spiegel, 1947).

Kolb i Multalipassi govore o tendenciji za patofiziološkim rasterećenjem koje stvara uslovljen emocionalni odgovor čiji je cilj zaštita od ugrožavajuće draži. Emocionalni odgovor je postao uslovljen na sliku i zvuk traumatskog događaja. Oni naglašavaju biološki aspekt problema i ne veruju mnogo u psihološku intervenciju (Kolb & Multalipassi, 1982).

Lifton govori o „utisku smrti“, jasnom osećanju smrti i smrtnosti koje se ne zaboravlja. On govori o predstavama združenim sa jakim strahom i samrtnom anksioznošću kada čovekovo osećanje nepovredivosti biva uništeno jednom i zauvek i kada svet, definitivno, postaje opasno mesto puno novih, sakrivenih traumatskih iskustava. Lifton naglašava osećaj krivice preživelih i jaku nesigurnost u to da li su mogli da nešto učine što bi sprečilo nesreću ili smrt drugih. Govoreći o obamrlosti, odnosno psihološkoj utrnulosti, gubitku sposobnosti da se oseća kao o odbrani od nepodnošljive anksioznosti i krivice, ovaj autor nju doživljava delom kao identifikaciju sa poginulima. Potreba da im se pomogne prepliće se, po ovom autoru, sa ljutnjom i sumnjom u sebe (Lifton, 1968).

O traumi kao „gubitku nevinosti“ u smislu suštinskog psihološkog efekta koji menja ličnost traumatizovanih govore i neki noviji istraživači (Margolies, 2010). Ova autorka smatra da trauma izaziva osećaj gubitka vere, smisla, sigurnosti, predvidivosti sveta. Traumatski događaj se ne može preraditi i asimilovati zbog svoje preplavljujuće i šokirajuće prirode što čini da trauma „živi svoj život“ kao neko strano tkivo. Teškoće upamćivanja, strah, stid, osećaj krivice uzrokuju da oboleli ne traži pomoć.

Slično ovoj autorki, Jaffe smatra da je emocionalna trauma neočekivana, da je osoba za nju nepripremljena i da nema ničeg što je osoba mogla da učini da se trauma ne desi (Jaffe, 2005). Traumatski stres se od običnog stresa razlikuje po tome koliko brzo se uznemirenje pokreće, koliko često, koliko je izvor uznemirenja zastrašujući, koliko dugo traje, koliko je potrebno vremena da dođe do smirenja. Fizički simptomi emocionalne traume po ovoj autorki su: problemi ishrane (previše ili nedovoljno), problemi spavanja (previše ili premalo), seksualna nefunkcionalnost, nizak nivo energije, hronični, neobjašnjivi bolovi. Emocionalni simptomi su: depresivnost, plač, očaj, beznade, anksioznost, panični ataci, kompulsivno i opsesivno ponašanje, gubitak kontrole, iritabilnost, emocionalna zaleđenost, povlačenje od obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Kognitivni simptomi su: greške pamćenja, teškoće u donošenju odluka,

izenadna preplavljenost slikama i emocijama vezanim za traumu, amnezija, depresija, krivica, tuga, izmenjen osećaj za vreme, nesаница, ponašanje „na oprezu“, okupiranost smrću.

Niederland, baveći se preživelim iz koncentracionih logora govori i o anhedoniji, depresiji, hipermneziji, izmenama ličnosti, telesnom oboljevanju, krivici i vulnerabilnosti. On smatra da je hipermnezija sa oštrim i neizbrisivim slikama najbolnije iskustvo preživelih, a da problemi opažaja prostora i vremena kao i identiteta mogu dostići psihotični nivo. Takve psihotične fenomene ovaj autor posmatra u kontekstu hipermnezije (Niederland, 1961).

Krystal smatra da trauma odraslog vodi u somatizaciju, fizičko razboljevanje i do nemogućnosti verbalizacije do aleksitimije a potom i kognitivne redukcije (Krystal, 1968).

Horowitz govori o traumi kao stresu za sistem procesovanja. Traumatski događaj je nova informacija koja ostavlja pečat na kognitivnu šemu koji otežava integraciju. Negaciju vidi kao odsustvo pažnje, upamćivanja, emocionalnu utrnulost. Nametanje se ogleda u ponavljajućim mislima, noćnim morama, hipervigilnosti pažnje, bolnim emocijama. To dvoje se smenjuje do uspostavljanja ravnoteže (Horowitz, 1978).

### **1.3. Posttraumatski stresni poremećaj**

Ustanovljavanje posttraumatskog stresnog poremećaja kao dijagnostičke kategorije u nomenklaturama Američke psihijatrijske asocijacije i Svetske zdravstvene organizacije predstavlja značajan korak u evoluciji koncepta traumatskog stresa, kao i zvanično prihvatanje medicinske nauke da ekstremne traume mogu rezultirati kompleksnim psihopatološkim odgovorima i dugotrajnim funkcionalnim oštećenjima (American Psychiatric Association, 1980; Amaya Jackson et al, 1999; World Health Organization, 1993; American Psychiatric Association, 1994; Qureshi et al, 2009).

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) je psihijatrijski poremećaj kod kojeg osoba, nakon izlaganja tzv. stresorima katastrofičnog intenziteta (izuzetno traumatskim, potresnim, nepovoljnim životnim događajima), razvija simptome koji obuhvataju: a)

sindrom nametanja, tj. ponovna proživljavanja traumatskog događaja u mislima, živim slikama i snovima, b) sindrom izbegavanja, tj. izbegavanje stimulusa koji podsećaju na traumatski događaj i otupelost opšte reaktivnosti, i c) sindrom uzbuđenja, tj. povišena razdražljivost, košmarni snovi, slabost koncentracije (World Health Organization, 1993; American Psychiatric Association, 1994.). Klinička slika PTSP-a odlikuje se promenljivim tokom, za šta se pretpostavlja da je u vezi sa prirodom trauma (Solomon & Mikulincer, 2006). Premda se u oko dve trećine obolelih od PTSP-a tokom vremena uspostavi kompletna remisija, kod trećine obolelih uočava se hroničan, uglavnom fluktuirajući tok (oko deset odsto slučajeva) ili se PTSP ispoljava u subkliničkoj, oligosimptomatskoj formi (kao tzv. parcijalni PTSP ili trajna izmena ličnosti nakon katastrofičnog iskustva) koja i dalje utiče na svakodnevno životno funkcionisanje (Matsunaga et al, 2006; Breslau, 2009).

Paramedicinski razlozi, kao što su mogućnost značajne finansijske dobiti ili izbegavanja krivične odgovornosti i procesnih obaveza, koji su evidentni u građansko-pravnim, odnosno krivičnim predmetima, oduvek su dovodili u pitanje pouzdanost i opravdanost dijagnoze PTSP-a i svakako su doprineli oklevanju da se on zvanično prihvati u okviru psihijatrijskih dijagnostičkih sistema i u sudskoj praksi (Pitman et al, 1996). Od kada je zvanično prihvaćen u medicini kao i u sudskoj areni, PTSP je suštinski uticao na forenzičku psihijatriju, u različitim oblastima prava, pogotovo građanskog, odštetnog prava gde dijagnoza PTSP-a predstavlja ključno priznavanje da spoljašnji događaji mogu da budu direktan uzrok teške psihičke povrede i sledstvene funkcionalne onesposobljenosti (Raifman, 1983; Stone, 1993; Jovanovic et al, 2008). Dosadašnja istraživanja nedvosmisleno su pokazala da je PTSP povezan sa značajnim profesionalnim i socioekonomskim propadanjem, ne samo zbog simptoma traumatskog stresa, nego i zbog značajnog oštećenja opšteg zdravstvenog stanja, tj. psihijatrijskog (depresija, bolesti zavisnosti) i somatskog (kardiovaskularni poremećaji, dijabetes, HIV) komorbiditeta koji su u kombinaciji sa PTSP-om izvor značajne onesposobljenosti i opterećenja zdravstvenih službi i fondova kod nas i u svetu (Qureshi et al, 2009).

Premda se PTSP, imajući u vidu težinu kliničke slike i posledice po svakodnevno funkcionisanje, najčešće nalazi u fokusu kliničke prakse, treba imati na umu da nozografija **stresogenih poremećaja**, tj. reakcija na nepovoljne životne okolnosti i sledstveni stres, pored PTSP-a, obuhvata i druge psihijatrijske poremećaje

kao što su akutna stresna reakcija, poremećaj prilagođavanja i trajna izmena ličnosti nakon katastrofičnog iskustva. U najkraćim crtama, kategorija stresogenih poremećaja razlikuje se od drugih psihijatrijskih poremećaja u tome što uključuje poremećaje koji se ne identifikuju samo po simptomatologiji i toku već i na osnovu jednog ili drugog od dva uzročna uticaja: 1) izuzetno stresogeni životni događaj – koji stvara akutnu stresnu reakciju, ili 2) značajne životne promene – koje stvaraju stalne neprijatnosti, i to rezultira poremećajem prilagođavanja (World Health Organization, 1993; American Psychiatric Association, 1994). Mada manje teški psihosocijalni stresori (nepovoljni životni događaj) mogu pokrenuti početak ili doprineti stvaranju vrlo velikog niza poremećaja telesnog, odnosno duševnog zdravlja klasifikovanih na različitim mestima u dijagnostičkim klasifikacionim sistemima, njihova etiološka važnost nije uvek jasna i u svakom slučaju može se naći uzročna veza sa individualno povećanom povredljivošću (slabošću unutrašnje prirode). Dakle, ovde stresori sadržani u nepovoljnim životnim okolnostima nisu neophodni i dovoljni da objasne pojavu i oblik poremećaja zdravlja. Nasuprot tome, smatra se da stresogeni poremećaji nastaju uvek kao direktna posledica: a) izuzetnih stresora katastrofičnog intenziteta koji kod svake prosečne osobe mogu da uzrokuju PTSP, akutnu stresnu reakciju ili trajnu promenu ličnosti posle doživljenog katastrofičnog iskustva, ili b) kontinuirano prisutnih stresora blažeg intenziteta (tj. životnih teškoća kao što su problemi u braku, sa zdravljem ili finansijama, teškoće na poslu ili tokom školovanja, zdravstveni problemi ili gubitak bliskih osoba) koji uzrokuju tzv. poremećaje prilagođavanja. Prema tome, stresni događaji ili kontinuirane neprijatne okolnosti su primarni i glavni uzročni faktor poremećaja prilagođavanja, a poremećaj se ne bi javio bez njihovih uticaja.

**Trajna promena ličnosti posle doživljene katastrofe** (katastrofičnog iskustva, teškog stresa), je promena ličnosti koja perzistira nakon katastrofičnog iskustva barem dve godine. Stres mora biti tako ekstreman da može da objasni tešku posledicu po osobu i bez lične povredljivosti. Poremećaj karakterišu neprijateljstvo ili nepoverenje prema svetu, socijalno povlačenje, osećanje praznine i bespomoćnosti, hronični doživljaj „pretećeg sloma“ (kao da postoji stalna ugroženost), apragmatizam i otuđenost. Ovom obliku promene ličnosti može da prethodi PTSP, ali se dijagnoza trajne promene ličnosti ne sme postaviti ukoliko od prestanka ispoljavanja pune kliničke slike PTSP-a nije

proteklo barem dve godine tokom kojih postoje simptomi trajne promene ličnosti (World Health Organization, 1993).

**Akutna stresna reakcija** javlja se kada je osoba (kao i kod PTSP-a ili trajne promene ličnosti) bila izložena traumatskom događaju u kome je prisutno oboje od sledećeg: osoba je doživela, bila svedok ili je bila konfrontirana sa događajem ili događajima koji su obuhvatali aktuelnu ili preteću smrt ili ozbiljnu povredu, ili pretnju fizičkom integritetu njenom ili drugih, a odgovor osobe je sadržao intenzivan strah, bespomoćnost, ili užas. Tokom doživljavanja ili nakon doživljavanja traumatskog doživljaja, osoba ima bar tri od disocijativnih simptoma: subjektivni osećaj otupelosti, otuđenosti ili odsustva emocionalne responzivnosti, redukovanu svest o sebi ili svojoj okolini, derealizaciju, depersonalizaciju, disocijativnu amneziju (tj. nesposobnost da se seti značajnih aspekata traume). Traumatski događaj se stalno preživljava na bar jedan od sledećih načina: rekurentne predstave, misli, snovi, iluzije, *flashback* epizode, osećaj kao da se (traumatsko) iskustvo ponovo doživljava; ili uznemirenje nakon izlaganja situacijama koje podsećaju na traumatski događaj. U vezi sa traumatskim događajem, izraženo je i izbegavanje stimulusa koji podstiču uspomene na traumu (razgovori, aktivnosti, mesta, ljudi). Kod akutne stresne reakcije izraženi su simptomi anksioznosti ili povećanog uzbuđenja (npr. nesanica, razdražljivost, slaba koncentracija, hipervigilnost, motorni nemir). Kod postavljanja dijagnoze akutne stresne reakcije neophodno je voditi računa o tome da poremećaj traje najmanje dva dana, a najviše četiri nedelje i da se javlja unutar četiri nedelje nakon traumatskog događaja. Ukoliko simptomi perzistiraju i dalje, dolazi u obzir dijagnostikovanje PTSP-a ili, ukoliko nije izražena slika kompletnog PTSP-a, dijagnostikovanje nekog drugog stresogenog poremećaja (npr. parcijalni PTSP ili nakon dve godine trajna izmena ličnosti). Akutna stresna reakcija uzrokuje klinički značajne tegobe ili poremećaj u socijalnoj, okupacionoj, ili drugoj važnoj oblasti funkcionisanja, ili remeti sposobnost da se obavljaju neki neophodni zadaci, kao što je onaj da se dobije neophodna pomoć ili angažuju personalni resursi saopštavanjem članovima porodice o traumatskom iskustvu. Treba voditi računa o tome da poremećaj nije izazvan direktnim fiziološkim efektima neke supstance niti nekog opšteg medicinskog stanja, niti se može svrstati u kratke reaktivne psihoze, niti je samo pogoršanje nekog dugog psihijatrijskog

poremećaja (World Health Organization, 1993; American Psychiatric Association, 1994; Beltran et al, 2009).

**Poremećaj prilagođavanja** je stanje lične patnje i emocionalne poremećenosti koje manje ili više remeti socijalno funkcionisanje i delatnost, a nastaje u periodu prilagođavanja na značajnu životnu promenu ili na stresni životni događaj. Stresor pogađa integritet socijalnog miljea ličnosti ili šire – sistem socijalnih potpora i vrednosti (migracija, izbeglištvo), ili predstavlja značajnu razvojnu promenu ili krizu (polazak u školu, dobijanje deteta, neuspeh u profesionalnoj karijeri, penzionisanje). Individualna predispozicija ili ranjivost igraju značajnu ulogu u načinu i težini ispoljavanja poremećaja prilagođavanja, ali ipak, poremećaj se ne bi javio bez delovanja stresora. Manifestacije variraju i uključuju depresivno raspoloženje, anksioznost, brigu (ili mešavinu ovoga), osećanje nesposobnosti da se bori, planira unapred ili nastavi kao do tada, kao i umanjenu sposobnost za obavljanje rutinskih poslova. Poremećaji ponašanja mogu biti usputna karakteristika, naročito kod adolescenata. Dominirajuća slika može biti kratka ili produžena depresivna reakcija ili sadržati druge emocionalne smetnje i smetnje ponašanja (World Health Organization, 1993; American Psychiatric Association, 1994).

Imajući na umu, prethodno istaknut, čest paralelizam stresogenih poremećaja povezanih sa teškim stresom i oštećenja telesnog zdravlja, doktrinarni stav sudske psihijatrije i sudske medicine jeste da veštaci neuropsihijatrijske, odnosno psihijatrijske struke takve predmete treba da veštače timski sa specijalistima somatičarima, npr. sudskim medicinarima, hirurzima itd., da bi se kasnije izbeglo odugovlačenje postupka zbog naknadnog usaglašavanja oko procene umanjenja opšte životne sposobnosti u vezi sa oštećenjem zdravlja. Sa druge strane, treba imati u vidu i činjenicu da je, u sklopu onesposobljenosti u porodičnom, širem socijalnom i profesionalnom kontekstu, disregulacija akta sa povećanim rizikom za nasilno ponašanje kod PTSP-a i trajne izmene ličnosti nakon doživljene katastrofe jedna je od najozbiljnijih i najtrajnijih posledica sa ozbiljnim sociopatološkim, odnosno krivičnopравnim implikacijama kao što su npr., nasilna dela protiv života i tela, nasilje u porodici i neovlašćeno posedovanje oružja.

U 10. reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10) PTSP razvrstan je u kategoriju neurotski, sa stresom povezani i somatoformni poremećaji kao reakcija na težak stres i poremećaj prilagođavanja (F43) (Svetska zdravstvena organizacija, 1996). Prema MKB-10, dijagnostički kriterijumi za posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) su sledeći:

- A. Pacijent mora da bude izložen stresnom događaju ili situaciji (bilo dugog, bilo kratkog trajanja) izuzetno jake ili katastrofične prirode, koji bi mogao da uzrokuje stres kod gotovo svakog,
- B. Mora da postoji prisećanje ili ponovno nametnuto redoživljavanje stresora (flash back) u živom pamćenju ili snovima ili doživljaj neprijatnog stresa kada je izložen prilikama koje podsećaju na stresor ili su sa njim udružene,
- C. Pacijent mora da izbegava ili da teži da izbegne okolnosti koje podsećaju na stresor ili koje su udružene s njim što nije postojalo pre dejstva stresora,
- D. Bilo šta od sledećeg mora da postoji:
  - nesposobnost sećanja, parcijalna ili potpuna, nekih važnih aspekata iz perioda izloženosti stresoru,
  - neprekidni simptomi pojačane psihološke osetljivosti i uzbuđenosti koji nisu postojali pre izlaganja stresoru, a što dokazuje prisustvo bilo koja dva od sledećih:
    - teškoće uspavlivanja ili održanja sna,
    - razdražljivost ili izbijanje ljutnje,
    - teškoće koncentracije,
    - preterana budnost,
    - trzanje na mali povod.
- E. Kriterijumi B, C, D moraju biti zastupljeni u roku od šest meseci od stresogenog događaja ili od kraja stresnog perioda (za neke svrhe i početak odložen više od šest meseci može da bude uključen ali to treba jasno označiti).



Rat u svojoj suštini, sa svime što ga definiše, predstavlja značajan stresor: stalna opasnost po život, suočavanje sa poginulim i ranjenim saborcima, stalna pretnja zarobljavanju (izdaja ili predaja pojedinaca i celih jedinica), veliki materijalni gubici, ekstreman umor i nespavanje.

Prvi slučaj posttraumatskog stresnog poremećaja, u literaturi opisan, pronalazimo kod Herodota, 490.godine pre nove ere,u prikazu stanja antičkog vojnika Epicelzusa u opisu bitke na Maratonu, što je pre 2500 godina.

Oboleli od PTSP-a je zaglavljnjen u prošlom traumatskom iskustvu i on na razne načine proživljava traumatsko iskustvo kao da se događa sada. U novim okolnostima „stare navike“ stečene u vreme delovanja traume predstavljaju patološku pojavu koja obolelom otežava mirnodopsko funkcionisanje.Ostajanje budnim tokom izloženosti ratnim dejstvima, povećana reaktivnost i brzo preusmeravanje pažnje (vigilnost), povišena budnost, agresivnost, pojačavanje svojih granica prema spolja, sposobnost da se obrade bolni psihički doživljaji gubitka i nastavi dalje, tada su imali svoju svrhu. U mirnodopskom periodu oni su odgovorni za probleme spavanja, razdražljivost, nisku toleranciju i slabost kontrolnih mehanizama, disocijaciju i afektivnu utrnulost, što sve skupa kompromituje odnose sa okolinom i svakodnevno funkcionisanje, generalno.

Studije populacija sa različitim traumama nalaze da se oporavak događa u prva tri meseca ili prelazi u hronični. Engdahl i saradnici nalaze da 20% obolelih od ovog poremećaja pokazuje znake oboljenja i 40 godina po prestanku traume (Engdahl et al, 1997).Kulka i saradnici smatraju da polovina američkih veterana ima hroničnu formu bolesti (Kulka et al, 1990). Kessler nalazi da trećina obolelih pokazuje znake poremećaja i nakon deset godina (Kessler et al, 1995). Davidson i saradnicinalaze da 46% pacijenata razvija hroničnu formu (Davidson et al, 1991).Helzer i saradnici navode da trećina ispitanika ima simptome poremećaja tri godine nakon postavljanja dijagnoze (Helzer et al, 1987).

Iako se u psihijatrijskoj literaturi odavno sreću opisi kliničkih slika posttraumatskog stresnog poremećaja, prvi put se ova dijagnostička kategorija definiše 1980. godine u trećem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika (DSM-III) Američke psihijatrijske asocijacije (American Psychiatric Association, 1980). Potreba za tom dijagnostičkom kategorijom proistekla je iz suočavanja sa velikim brojem

vijetnamskih veterana koji su po povratku iz rata ispoljavali specifičnu kliničku sliku koja se nije uklapala u dotadašnje klasifikacije. U četvrtom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika (DSM-IV) menja se definicija traumatskog stresora a zahteva se i postojanje određene emocionalne reakcije kod osobe koja je doživela traumu (American Psychiatric Association, 1994). Ovde su uključeni i stresori kao: životno ugrožavajuća situacija, nefizička pretnja, neprimerena seksualna iskustva u godinama razvoja, reakcija tugovanja nakon gubitka deteta, a dijagnostički kriterijumi su bolje operacionalizovani u odnosu na MKB-10 (Samardžić & Špirić 2004). Svetska zdravstvena organizacija uvodi dijagnozu posttraumatskog stresnog poremećaja tek u desetu reviziju Međunarodne klasifikacije bolesti (World Health Organization, 1993; Svetska zdravstvena organizacija, 1996).

I dok dijagnostička nomenklatura Američke psihijatrijske asocijacije navodi jednu dijagnostičku kategoriju za akutnu i hroničnu formu poremećaja kao i za oligosimptomatsku formu (tzv. parcijalni PTSP), MKB-10 govori o posttraumatskom stresnom poremećaju kodiranom alfanumeričkom šifrom F 41.3, a zatim i trajnoj promeni ličnosti nakon katastrofičnog iskustva sa šifrom F 62.0 koju za sada nomenklatura Američke psihijatrijske asocijacije tretira kao hronificiranu formu parcijalnog PTSP-a

Prateći evoluciju kliničke slike PTSP od akutnog oblika do hronične forme koja može imati fluktuirajući tok ili se ispoljavati u hronificiranoj oligosimptomatskoj formi (u terminima MKB-10, tzv. trajna izmena ličnosti nakon katastrofičnog iskustva) uočavamo promenu u vodećim simptomima, intenzitetu njihovog ispoljavanja, transformacijama, što je sve u vezi sa patoplastičnim uticajima okoline, tj. vrstom i uspešnošću lečenja, premorbidnim crtama ličnosti, porodičnom i socijalnom prilagođenoošću. U savremenoj naučnoj literaturi nozološki sastus trajne izmene ličnosti nakon katastrofično iskustva kao hronificirane, oligosimptomatske forme PTSP još je uvek diskutabilan i za sada se u istraživanjima uglavnom upotrebljava termin hronični, odnosno parcijalni PTSP (Beltran & Silove, 1999; Beltran et al, 2008; Beltran et al, 2009).

## 1.4. Kvalitet života

Razumevanje koncepta kvaliteta života prošlo je dugu evoluciju. U prošlom veku pod ovim pojmom se najčešće podrazumevao životni standard, a njime su se bavili istraživači u polju ekonomskih nauka. S povećanjem standarda istraživanja se usmeravaju na opazaj zadovoljenja potreba čime su se bavili sociolozi. Šezdesetih godina prošlog veka naglašava se razlika između objektivne i subjektivne komponente kvaliteta života. Krajem prošlog veka uvodi se značaj kvaliteta životne sredine, a poslednjih godina naglašava se značaj nauke i tehnike koji snažno utiču na živote ljudi (Milivojević et al, 2011).

Istorijski gledano dva su osnovna pristupa merenju kvaliteta života: prema prvom, on je jedinstveni kvalitet, dok je prema drugom složen konstrukt koji znači multidimenzionalnost koja potiče iz psihometrijske tradicije merenja zdravstvenog statusa koje zahteva procenjivanje brojnih dimenzija života. Mnoge tehnike procene bazirane su na upitnicima koji su zavisni od određenog kulturološkog konteksta te je teško odrediti apsolutni standard procene. Koncepti bliski jednoj kulturi ne moraju biti bliski drugoj. Seksualno funkcionisanje se u nekim kulturama apsolutno ne meri i procenjuje. Olwenysmatra da ispitaniku treba dati mogućnost da sam identifikuje područja života koja su njemu prioriteti kao i da se izjasni se o tome koliko je svako od tih područja važno za njegov opazaj kvaliteta života (Olweny, 1992).

Kvalitet života, u svakom slučaju, predstavlja teško meriv i za definisanje težak koncept. Važan je individualni opazaj i tačka posmatranja, zavisan je od sadašnjeg životnog stila, prethodnih iskustava, očekivanja od budućnosti, snova i ambicija (Calman, 1984). On mora sadržati sve oblasti življenja i iskustava i uzeti u obzir način na koji eventualno oboljenje utiče na njega. Dobar kvalitet života postoji kad se nadanja pojedinca ispunjavaju u iskustvu. U lošem kvalitetu života to nije slučaj. Kvalitet života je promenljiva kategorija i menja se vremenom. Prioriteti i ciljevi pojedinca treba da budu realni i za očekivati je da ih starosno doba i iskustvo menjaju. Za poboljšanje kvaliteta života potrebno je smanjivati raskorak između želja i mogućnosti, a cilj treba da bude takav da je dostižan. Dobar kvalitet života se, tako, izražava u terminima zadovoljstva, satisfakcije, sreće, ispunjenosti i mogućnosti da se one dostignu. Važnost ličnog razvoja je naglašena. Otuda je opaženi kvalitet života meriv u određenom

vremenskom trenutku, promenjiv i odraz je aktuelnog odnosa između ciljeva i njihovog ostvarenja.

Neki istraživači (Ajduković et al, 2007) kvalitet života vide kao psihološku kategoriju koja ne proizilazi automatski iz zadovoljenja osnovnih potreba već iz ukupne interakcije čoveka sa fizičkom i socijalnom okolinom i definisana je subjektivnim osećajem. Spencer govori o kvalitetu života kao sposobnosti izvršenja ličnih i društvenih zadataka u skladu sa starošću, polom, inteligencijom i klasnom pripadnošću (Spencer, 2006).

Ravens-Sieberer i saradnici naglašavaju opažaj pojedinca o vlastitom položaju i njegovim ličnim ciljevima i vrednosnim sistemom, odnosno zadovoljstvo svojim životom (Ravens-Sieberer et al, 2001). Oni shvataju kvalitet života kao kompleksan subjektivni osećaj zavisan od životnih okolnosti (socijalnih, materijalnih, radnih, ekoloških), ličnosti, odnosno njene interpretacije i doživljaja objektivnih okolnosti i sistema očekivanja i vrednosti.

Definicija i merenje kvaliteta života se razlikuju između ostalog i zbog toga što ga autori različito shvataju (Ćorić & Ljubotina, 2014). Neki autori naglašavaju životni standard, ekonomsko blagostanje, drugi naglašavaju zdravlje i stepen očuvanosti zdravlja, treći govore o kvalitetu života generalno (Post & Noreau, 2005).

Razlike u definiciji pojma kvaliteta života dovele su do razdvajanja subjektivnog zadovoljstva životom i objektivnih životnih okolnosti, pri čemu istraživači nalaze slabu do umerenu povezanost između ova dva pojma (Fakhoury & Priebe, 2002). Osim toga ta povezanost nije linearna. U situacijama kada su osnovne čovekove potrebe nezadovoljene čini se da je i opažaj kvaliteta života takav. Kod zadovoljenih osnovnih potreba i povećanja materijalnog blagostanja, međutim, to osećanje boljeg kvaliteta života nije proporcionalno jer „ljudi su bogatiji ali ne i sretniji“.

Savremena istraživanja pod pojmom kvaliteta života sagledavaju sveukupno blagostanje na koje utiču objektivni pokazatelji ali uz veliki značaj subjektivne percepcije i vrednovanja telesnog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja, ličnog razvoja i usmerene aktivnosti (Vuletić & Mujkić 2009). Kada se naglašava relativno zadovoljstvo životom pretpostavlja se da ne postoji apsolutni kriterijum, već da ljudi procenjuju svoj kvalitet života poredeći se sa drugima ili sopstvenim

pređašnjim životnim uslovima. Kao i bilo koji drugi stav, ova procena uključuje kognitivnu i afektivnu evaluaciju (Krizmanić & Kolesarić 1989).

Svetska zdravstvena organizacija definiše kvalitet života kao individualnu percepciju vlastitog položaja u životu u kontekstu kulture i vrednosnog sastava u kojem pojedinac živi, u odnosu prema njegovim ciljevima i očekivanjima, standardima i brigama. To je širok koncept na koji utiču fizičko zdravlje, psihičko stanje, nivo nezavisnosti, socijalni odnosi.

Različiti istraživači naglašavaju različite oblasti ali definisanje kvaliteta života ipak izdvaja neke oblasti kao univerzalne. Tako, Cummins govori o sedam osnovnih oblasti: zdravlje, emocionalno blagostanje, materijalno blagostanje, bliski odnosi sa drugim ljudima, produktivnost, društvena zajednica, sigurnost (Cummins, 1997).

Rezultati niza istraživanja rađenih na uzorku veterana rata, preživelih u terorističkim napadima ili nakon elementarnih katastrofa, upućuju na zaključak da je kvalitet života značajno narušen u populaciji obolelih od posttraumatskog stresnog poremećaja (Balayan et al, 2014). Istraživači nalaze da je dijagnoza poremećaja nezavisan i snažan prediktor kompromitovanog osećanja kvaliteta života. Ovo jasno proističe iz činjenice da je ovaj poremećaj često udružen sa različitim komorbidnim dijagnozama te zloupotrebom supstanci koje same za sebe kompromituju kvalitet života ugrozivši, pre svega, fizičko zdravlje. U skladu sa pomenutom definicijom kvaliteta života od strane Svetske zdravstvene organizacije koja naglašava lični doživljaj sopstvenog položaja pojedinca u životu u kontekstu kulture i njenog vrednosnog sistema u odnosu na ciljeve, očekivanja, standarde i zahteve, jasno je da se on odnosi na razne aspekte života koji direktno utiču na zdravlje (Ikin et al, 2010). Fokus se sa elementarne zaštite života prebacuje na promociju zdravlja i kao posledica toga kvalitet života postaje krucijalni deo evaluacije lečenja odnosno tretmana obolelog (Kesler et al, 1995; Kučukalić et al, 2007).

Pacijenti nekada ranije lečeni od posttraumatskog stresnog poremećaja izveštavaju o višem kvalitetu života od onih koji se aktuelno leče, a nižem od onih koji poremećajem nisu pogođeni (Westphal et al, 2011). Doctor i saradnici uočavaju da su vegetativna prenadraženost, anksioznost i depresivna simptomatologija najbolji prediktori nižeg kvaliteta života dok redoživljavanja i izbegavajući simptomi to nisu (Doctor et al, 2011).

Istraživanja Lappiere-a i saradnika pokazuju da veterani iz Iraka i Avganistana sa posttraumatskim stresnim poremećajem imaju niži kvalitet života od onih bez poremećaja (Lappiere et al, 2007). Štaviše, niži kvalitet života imaju i članovi njihovih porodica (Jordan et al, 1992; Zatzick et al, 1997; Zdelarević et al, 2011). Zdelarević nalazi da izolacija od ljudi, indiferentnost na dešavanja u porodici te činjenica da supruge veterana preuzimaju sve porodične obaveze zbog nekompetencije njihovih partnera, utiču na kvalitet njihovih života supruga veterana. One su, neretko, izložene verbalnom, fizičkom, emocionalnom zlostavljanju što ugrožava njihovo samopoštovanje. Život u konstantnom osećanju beznađa i nedostatku ljubavi uzrokuje depresivnost i anksioznost koje ometaju kvalitet njihovog života, bliskost među članovima porodice nestaje a pojačani zahtevi koji se pred njih postavljaju postoje paralelno sa svakim izostankom podrške i naklonosti supruga. One razvijaju simptome hroničnog bola i to je, često, jedino zbog čega traže pomoć. One tako provode godine života tražeći način da se nose sa novim uslovima življenja. Kada je o kvalitetu života reč čini se da je tuga nakon gubitka supruga (udovištvo) podnošljivija od života sa traumatizovanim gde naknadna traumatizacija ne prestaje i traje iz dana u dan.

Antičević, Kardum i Britvić u svom istraživanju nalaze statistički značajnu razliku u vrednostima na skali koja meri kvalitet života između veterana sa dijagnozom, veterana bez dijagnoze posttraumatskog poremećaja i kontrolne grupe (Antičević et al, 2012). Razlike se uočavaju o domenu fizičkog, psihičkog zdravlja, socijalnih relacija i nivoa socijalne sigurnosti. Veterani sa dijagnozom imaju niži kvalitet u svim oblastima koje čine kvalitet života. Slično prethodnim autorima, D'Ardenne nalazi da je slabiji kvalitet života u vezi je sa depresijom, anksioznošću i reakcijama izbegavanja (D'Ardenne, 2005). Nivo jačine posttraumatskog poremećaja najbolji je prediktor kvaliteta života veterana. Veterani bez dijagnoze su bolji u nošenju sa životnim teškoćama, ređe oboljevaju od psihosomatskih bolesti i stabilnijih su crta ličnosti. Richardson i saradnici nalaze značajna oštećenja mentalnog i telesnog zdravlja kod obolelih veterana (Richardson et al, 2008).

Istraživanja Ajduković, Kraljević, Penić pokazuju da je najniži kvalitet života kod depresivnih, zatim kod obolelih od posttraumatskog stresnog poremećaja i na kraju kod obolelih od anksioznog poremećaja, pri čemu oboleli od posttraumatskog stresnog

poremeća svoje psihičko i fizičko zdravlje procenjuju gorim od onih sa depresivnim poremećajem (Ajduković et al, 2007).

Rezultati brojnih istraživanja u skorije vreme nedvosmisleno pokazuju da lečenje simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja povećava opaženi kvalitet života (Foa et al, 1999; Tucker et al, 2001; Rapaport et al, 2002; Schnurr et al, 2006).

Pereira, Pedras i Lopes na uzorku portugalskih veterana iz kolonijalnog rata uočavaju statistički značajno niži kvalitet života kod veterana sa postraumatskim stresnim poremećajem u svim domenima sem u domenu fizičkog zdravlja, u odnosu na veterane bez dijagnoze, što nije u skladu sa nalazima drugih istraživača i što oni objašnjavaju visokim nivoom somatskog oboljevanja celog uzorka, generalno (Pereira et al, 2012). I oni kao i drugi istraživači nalaze visok nivo sekundarne traumatizacije supruga veterana (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2006; Pereira et al, 2012).

Braš i saradnici, na osnovu rezultata svojih istraživanja ukazuju na slabiji kvalitet života kod učesnika rata koji uz simptome posttraumatskog poremećaja imaju i hronični bol u donjem delu kičme u odnosu na učesnike rata koji imaju samo posttraumatski stresni poremećaj (Braš et al, 2011).

Giacco, Matanov i Priebe ispitujući kako pojedini klasteri simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja (intruzivnost, izbegavanje, prenadraženost) utiču na kvalitet života nalaze da su samo simptomi prenadraženosti značajno povezani sa kvalitetom života (Giacco et al, 2013).

D'Ardenne i saradnici ističu da izraženija depresivnost i anksioznost, simptomi izbegavanja, veća starost, pripadnost etničkoj manjinskoj grupi predstavljaju nezavisne prediktore nižeg kvaliteta života kod obolelih od posttraumatskog stresnog poremećaja (D'Ardenne et al, 2005).

Nastojeći da identifikuje oblasti u kojima je narušen kvalitet života, Zatzick uočava oštećenja u pet od šest oblasti: umanjeno opšte osećanje blagostanja, narušeno fizičko zdravlje, veća fizička ograničenja, veća agresivnost i viša nezaposlenost (Zatzick, 1997).

Istraživači sa prostora bivše SFRJ, takođe, nalaze da oboleli od hroničnog posttraumatskog stresnog poremećaja imaju niži kvalitet života (Bravo-Mehmedbašić et al, 2012). Prateći obolele i procenjujući ih nakon tri, pa nakon šest meseci, oni uočavaju njihovu visoku nezaposlenost i nezadovoljstvo finansijskim stanjem. Oni, takođe,

nalaze da je 29% njih zaposleno na početku ispitivanja i 31% na kraju. Takođe 31% njih je penzionisano da bi na kraju taj procenat iznosio 33%. Broj nezaposlenih pao je sa 40% na 36% do kraja studije. Ovo upućuje na zaključak o tome da zbrinjavanje obolelih nužno mora da dotakne njihovo zapošljavanje i njihov loš socio-ekonomski status. U ovom istraživanju 39% obolelih na početku i 35% na kraju istraživanja definiše svoje finansijsko stanje kao vrlo loše. Protektivna uloga porodice i bliskih prijatelja od velikog je značaja. Bolja prilagođenost, bolja kontrola impulsa i sposobnost intelektualne obrade situacija koje frustriraju u vezi su sa kvalitetom lečenja i efektima terapije (Tata-Arcel et al,1998; Bravo-Mehmedbašić et al, 2003).

Ljubotina i saradnici nalaze da su ratni veterani vrlo osetljivi na način na koji ih okolina tretira i kako društvo reaguje na njihove probleme (Ljubotina et al, 2007).

Domaći autori, u istraživanjima posvećenim veteranima rata iz 1991. godine, uočavaju povišene vrednosti tiroksina, prolaktina, luteinizirajućeg hormona, testosterona i insulina (Špirić, 2000; Samardžić & Špirić, 2004). Prema rezultatima istraživanja pomenutih autora, oboleli od hroničnog posttraumatskog stresnog poremećaja imaju povišen pritisak, povećan nivo masti u krvi, izraženiju gojaznost, svojim opštim izgledom odaju utisak starijih osoba, pri čemu se uočava da je hronična forma poremećaja povezana sa sindromom insulinske rezistencije koja predstavlja međufazu u razvoju dijabetesa i kardiovaskularnih oboljenja.

Dadić-Hero i saradnici, baveći se komorbiditetom posttraumatskog stresnog poremećaja nalaze da se uz komorbidna psihička oboljenja razvijaju i telesna, psorijaza, za koju je odavno poznato da predstavlja oboljenje koje se značajno pogoršava nakon mentalnog stresa, pri čemu klinička slika psorijaze korelira sa depresivnim statusom (Dadić-Hero et al, 2009). Kožne promene,vidljive i trajne,kod obolelih izazivaju stid, manjak samopoštovanja, izolaciju od okoline što, pak, dodatno intenzivira depresivni doživljaj i sve skupa utiče na kvalitet života obolelog (Gotovac, 2005). Novija istraživanja ukazala su i na činjenicu da psihološki distress predstavlja rizik za pojavu karcinoma, a da prisustvo psihičkog oboljenja, definitivno otežava lečenje karcinoma i predstavlja negativni prognostički faktor (Hamer et al,2009).

Zatzick i saradnici nalaze da je trpljenje obolelih od hroničnog posttraumatskog stresnog poremećaja mnogo veće od onog vidljivog u simptomima samog poremećaja (Zatzick et al, 1997). Ono prelazi te granice i ulazi u domen njihovog socijalnog



funkcionisanja i narušenog kvaliteta života. Oni govore o širokom spektru funkcionalnih oštećenja koja uključuju smanjen osećaj blagostanja, loše fizičko zdravlje, fizička ograničenja, pojavu nasilja i trenutnu nezaposlenost.

Zaključak svih ovde pomenutih istraživanja je da posttraumatski stresni poremećaj snažno utiče na kvalitet života obolelih. Istraživači naglašavaju pojedine aspekte poremećaja ili pojedine domene subjektivnog opažaja kvaliteta života i nalaze različite relacije među njima, ali ono što je svim istraživanjima rađenim u svetu zajedničko je da posttraumatski stresni poremećaj, bilo simptomima koji ga definišu poput intruzivnosti, prenadraženosti, izbegavanja, bilo komorbidnim dijagnozama koje ga prate, utiče na fizičko i psihičko stanje obolelih, odnosno na kvalitete njihovih života kao i života njihovih porodica.

## **1.5. Psihološke karakteristike ličnosti**

Nijedna definicija koju daju teoretičari ličnosti nije potpuna ali se većina njih slaže da je pojam ličnosti jedan od temeljnih pojmova psihologije. I dok dinamičke teorije posmatraju ličnost kao stalno aktivan sistem usled delovanja pokretačkih sila, bihejvioristi naglašavaju odnos između okoline i pojedinca, socijalni teoretičari se bave odnosom ličnosti i društva, a humanisti naglašavaju čoveka kao humano biće koje svesno deluje. Prvi opisi ličnosti nalaze se kod Aristotela u Nikomahovoj etici gde analizira osobe koje imaju smisla za humor, kao i istinoljubivost, hrabrost, sklonost besu, druželjubivost. Autori prvih udžbenika o ličnosti su nastojeći da je definišu posmatrali unutrašnje karakteristike pojedinca, socijalne efekte, kvalitete uma, telesne karakteristike, odnose sa drugima, unutrašnje ciljeve (Allport, 1937; Murray, 1938).

Ličnost se može definisati kao skup psihičkih osobina unutar pojedinca koje su organizovane i relativno trajne i koje utiču na njegove interakcije i adaptaciju. Psihičke osobine se ovde posmatraju kao načini na koji se ljudi razlikuju među sobom. Psihički mehanizmi ponašanja prostekli iz psiholoških karakteristika snažno utiču na ponašanje čoveka, zapravo ga determinišu, te će se osoba određenih psiholoških karakteristika na sličan način ponašati u svim situacijama koje su pod njihovim uplivom (agresivan čovek će se u situacijama koje provociraju agresivno ponašanje ponašati slično i bitno

drugačije od onog koji to nije). Psihološke karakteristike čine ljude osjetljivim na određenu vrstu informacija iz okoline, utiču na njihovo razmišljanje o određenim opcijama i vode ponašanje prema određenim kategorijama reagovanja.

Psihološke osobine su relativno trajne i konzistentne u različitim situacijama. Ipak, snažne spoljne situacije mogu promeniti psihološke karakteristike (trauma, npr.). Karakteristike ličnosti utiču na živote ljudi jer utiču na ponašanje, na to kako vidimo sebe i druge, kako se osećamo, kako biramo okolinu, kojim ciljevima težimo. One su odgovorne za to da su ljudi u određenim aspektima: jednaki svima (nivo ljudske prirode), jednaki nekim drugima (nivo individualnih i grupnih razlika), različiti od svih drugih (nivo individualne jedinstvenosti) (Kluckhohn & Murray 1948).

Obzirom na sudejstvo između psiholoških karakteristika i spoljnih činilaca, odnosno faktora okoline, kao i na to da unutrašnje promene nastale nakon snažnih izmena u okolini značajno utiču na psihološke karakteristike ličnosti, evidentno je da učešće u borbenim dejstvima kao i posttraumatski stresni poremećaj koji se nakon toga javlja kod velikog broja učesnika, utiču na promenu psiholoških karakteristika a ove, potom, na kompletnu interakciju veterana i okoline, njihovo ponašanje, prilagođavanje, život, generalno.

Istražujući promene u psihološkim karakteristikama ličnosti kod obolelih od posttraumatskog stresnog poremećaja istraživači nalaze: **povišenu agresivnost** (Lasko et al, 1994; Chemtob et al, 1994; Byrne & Riggs, 1996; Yehuda et al, 1998; Freeman & Roca, 2001; Kotler et al, 2001; Begić, 2001; Calhon et al, 2002; Dekel et al, 2005; Dekel & Solomon 2006; O'Donnell et al, 2006; Jakupak et al, 2007; Taft et al, 2007; Carlson et al, 2008; Dyer et al, 2009; Tull et al, 2009; Taft et al, 2009; Teten, 2010), **povišenu depresivnost** (Erickson et al, 2001; Kilpatrick et al, 2003; Black et al, 2004; Ikin et al, 2007; Yarvis & Schiess 2008; Simonović et al, 2008; Ikin et al, 2009; Sher, 2009; Ginzburg et al, 2010; Dobry & Sher, 2012; Byers & Jaffe, 2014), **povišenu nepoverljivost** (Kimerling et al 2002; Husar & Bogović 2008; Ochs, 2011), **otuđenost** (Brende & McDonald 1989; Ehlers et al, 2000; Wilson, 2014), **narušeno samozaštitno ponašanje** (Johnson, 2009; Frueh et al, 2012), **slabu socijalnu integritanost** (Ruscio et al, 2002; Milenković, 2003; Pavlović, 2004; King et al, 2006; Frančišković et al, 2007; Sayers et al, 2009), **sklonost povlačenju i izolaciji** (Schnurr 1991; Goldstein, 2001;

Galovski & Lyons 2004; Monson et al, 2009; Lawhorne et al, 2010; McDermott et al, 2012; Wilson et al, 2012; Deitz, 2014).

Svaka od uočenih izmena u ličnosti utiče na interakciju obolelog sa okolinom i menjajući njegovo ponašanje u smislu nove vrste odgovora na spoljne draži ili pak privlačenja novih okolnosti, menja njegov život u celini kao i živote onih u njegovom najbližem okruženju odnosno onih čiji su životi sa njegovim najpovezaniji.

## **2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA**

1. Utvrditi da li postoji razlika u kvalitetu života između veterana sa hroničnim posttraumatskim stresnim poremećajem i bez njega.
2. Utvrditi da li postoji razlika u psihološkim karakteristikama između veterana sa hroničnim posttraumatskim stresnim poremećajem i bez njega.

### **3. METODOLOGIJA**

#### **3.1. Ispitanici, mesto, vreme i instrumenti istraživanja**

Ukupno 60 ispitanika ove studije sačinjavaju učesnici oružanih sukoba na Kosovu tokom 1999. godine, pripadnici rezervnog sastava vojske i policije, muškarci, srpske nacionalnosti, koji su u periodu od juna do decembra 1999. godine lečeni na Klinici za mentalno zdravlje Kliničkog centra u Nišu od simptoma akutnog posttraumatskog stresnog poremećaja. Istraživanje je koncipirano kao prospektivna kohortna studija po tipu panel studije, a izvedeno je od juna do decembra 2014. godine na Klinici za mentalno zdravlje Kliničkog centra u Nišu.

S obzirom da dizajn panel studije podrazumevareevaluaciju uzorka istim mernim instrumentima nakon dužeg, obično višegodišnjeg vremenskog perioda, ispitanici ove studije su prvo, u periodu od juna do decembra 1999. godine, a zatim u periodu od juna do septembra 2014. Godine, na Klinici za mentalno zdravlje Kliničkog centra u Nišu, evaluirani pomoću strukturisanog intervjua koji je obuhvatao:

1) Sociodemografski upitnik, tj. ad hoc strukturisani upitnik sa relevantnim sociodemografskim varijablama;

2) Modul za dijagnozu PTSP u okviru Strukturisanog kliničkog intervjua za poremećaje na I osi (na engleskom: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; skraćeno: SCID-I) IV revizije Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje Američke psihijatrijske asocijacije (na engleskom: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> revision; skraćeno: DSM-IV);

3) Profil Indeks Emocija (PIE) za ispitivanje psiholoških karakteristika ličnosti;

4) Upitnik o kvalitetu života Svetske zdravstvene organizacije (na engleskom: World Health Organisation Quality of Life; skraćeno: WHOQoL-BREF).

Tokom reevaluacije, 15 godina nakon prve evaluacije i sa osipanjem od početnog uzroka po stopi od 24%, izdvojeno je 30 sukcesivnih ispitanika koji su i dalje ispoljavali simptome hronificiranog PTSP (PTSP) i 30 sukcesivnih ispitanika kod kojih je tokom vremena došlo do povlačenja simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja (Bez PTSP).

Svi ispitanici su dali informativni pristanak za istraživanje, direktor Klinike za mentalno zdravlje i Etički komitet Kliničkog centra dali su svoju saglasnost, takođe. Ispitivanje je sprovedeno uz puno poštovanje anonimnosti učesnika koji su se potpisivali šifrom koju su sami izabrali.

## **3.2. Opis instrumenata**

### **3.2.1. Sociodemografski upitnik**

Sociodemografski upitnik je strukturisani ad hoc upitnik koji je sadržao podatke o starosti, profesionalnom statusu tokom oružanih sukoba, obrazovanju, mestu stanovanja, bračnom statusu. Ispitanicima je, u ovom delu istraživanja, takođe, postavljeno pitanje o tome da li smatraju da su njihove tegobe prolazne.

### **3.2.2. Strukturisani klinički intervju za poremećaje na I osi IV revizije Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (SCID-I)**

SCID-I predstavlja strukturiranu formu kliničkog intervjuja za dijagnozu poremećaja po DSM-IV klasifikaciji. Korišćena je istraživačka verzija moodula za dijagnozu PTSP koja sadrži ajteme koji odgovaraju DSM-IV kriterijumima za dijagnozu posttraumatskog stresnog poremećaja (American Psychiatric Association, 1994; First et al, 1997). SCID-I je poslužio za utvrđivanje da li u aktuelnom trenutku postoje elementi za utvrđivanje dijagnoze poremećaja.

### **3.2.3. Profil Indeks Emocija (PIE)**

Profil Indeks Emocija (Plutchik, Kellerman 1974; Baškovac-Milinković, 1983; Lamovec, 1988; Kostić, 2003) je standardni upitnik za ispitivanje karakteristika ličnosti. Sadrži 62 ajtema preko kojih se ispituje izraženost osam primarnih emocija ispoljenih kroz sledeće prototipove ponašanja koji predstavljaju osnovne varijable instrumenta: Inkorporacija (ponašanje u kome se iz spoljne sredine prima neka draž ili se pridružuje sopstvenoj socijalnoj grupi); Nekonrolisanost (reagovanje na nepoznatu draž,

preorijentisanost); Samozaštita (ponašanje kojim se izbegava opasnost); Deprivacija (ponašanje povezano sa osećanjem gubitka); Opozicionalnost (ponašanje kojim se neko ili nešto odstranjuje); Eksploracija (ponašanje koje podrazumeva predviđanje i upoznavanje okoline); Agresivnost (ponašanje koje ima za cilj odstranjivanje prepreke koja sprečava zadovoljenje neke potrebe); Reprodukcijska (ponašanje kretanja ka okolini).

Relativna snaga izraženosti ovih dimenzija predstavljena je kružnim profilom sa percentilnim vrednostima (radar dijagram) što omogućava njihovo poređenje i otkrivanje konflikata među njima. Kontrolna skala Bias meri tendenciju instrumentalizacije testa odnosno predstavljanja sebe u socijalno poželjnom svetlu.

### **3.2.4. Upitnik o kvalitetu života Svetske zdravstvene organizacije**

Upitnik o kvalitetu života Svetske zdravstvene organizacije (WHOQOL - BREF) predstavlja upitnik za samoprocenu kvaliteta života kreiran od strane Svetske Zdravstvene Organizacije koji je, zbog psihometrijskih i praktičnih razloga, nastao skraćivanjem prethodne verzije, WHOQOL-100, koja je obuhvatala 100 ajtema (The WHOQOL Group, 1994; WHO, 1996). WHOQOL - BREF je standardizovan za našu populaciju (Janković, 2012) i obuhvata 26 pitanja koje pokrivaju samoprocenu ispitanika koji se tiče kvaliteta njegovog života u domenima koji su označeni kao: Fizičko zdravlje, Psihičko zdravlje, Socijalne relacije, Okolina i Opšte stanje (zdravlja i kvaliteta života). Domen fizičkog zdravlja tiče se sposobnosti za obavljanje svakodnevnih aktivnosti, zavisnosti od medicinske pomoći, energije, umora, pokretljivosti, sna i odmora, prisustva bola i potencijala za rad. Domen psihološkog zdravlja tiče se samoprocene izgleda, negativnih i pozitivnih osećanja, samopouzdanja, sposobnosti koncentracije. Socijalni odnosi tiču se relacija sa okruženjem, ličnih odnosa, seksualnosti, doživljene socijalne podrške. Domen okoline u vezi je sa prihodima, slobodom, sigurnošću i bezbednošću, zdravstvenom zaštitom u smislu dostupnosti i kvaliteta, stambenim uslovima, slobodnim vremenom, transportom, mogućnostima za dobijanje novih informacija. Domen opšteg stanja obuhvata dva ajtema koji se odnosi na zadovoljstvo zdravljem, odnosno kvalitetom života uopšte. Odgovori se boduju petostepenom Likertovom skalom, ali su ajtemi iz pojedinih domena pomešani uz reverzno skorovanje za pojedine ajteme da bi se smanjila

„providnost“ instrumenta i mogućnost instrumentalizacije testa. Zbog različitog broja ajtema u okviru pojedinih domena, za svaki od domena skor može da se izračunava kao prosečan skor svih ajtema u okviru tog domena (što je i ovde primenjeno) ili može da se vrši transformacija u stostepenu skalu.

### **3.3. Statistička obrada**

Kao osnovna mera centralne tendencije korišćena je aritmetička sredina, a od mera varijabiliteta korišćene su standardna devijacija, minimalna i maksimalna vrednost.

U analizi rezultata, u zavisnosti od postavljenih ciljeva, korišćen je t-test za uparene uzorke i t-test za nezavisne uzorke, a za proveru prognostičkih modela primenjena je linearna regresiona analiza.

Za kreiranje matrice podataka i obradu statističkih podataka korišćen je statistički program za obradu podataka SPSS.



## 4. REZULTATI

### 4.1. Sociodemografske karakteristike uzorka

Prosečna starost ispitanika iznosila je 33 godine kod prve evaluacije (minimum – 21 godina, maksimum 50), odnosno 48 godina tokom druge evaluacije (minimum – 36 godina, maksimum 65 godina). Ispitanici su bili uglavnom oženjeni, sa završenom srednjom školom i živeli u gradu, a većina je bila u penziji ili nezaposlena (Tabela 1).

**Tabela 1** Sociodemografske karakteristike ispitanika

		bez PSTP		sa PTSP		Ukupno	
		N	%	N	%	N	%
<b>Profesionalni status</b>	zaposlen	11	36,7%	15	50,0%	26	43,3
	nezaposlen	15	50,0%	9	30,0%	24	40,0
	penzioner	4	13,3%	6	20,0%	10	16,7
<b>Obrazovanje</b>	osnovno	3	10,0%	3	10,0%	6	10,0
	srednje	26	86,7%	22	73,3%	48	80,0
	više/visoko	1	3,3%	5	16,7%	6	10,0
<b>Boravište</b>	selo	4	13,3%	8	26,7%	12	20,0
	grad	26	86,7%	22	73,3%	48	80,0
<b>Bračni status</b>	oženjen	22	73,3%	17	56,7%	39	65,0
	neoženjen	5	16,7%	8	26,7%	13	21,7
	razveden	3	10,0%	5	16,7%	8	13,3

Sociodemografske karakteristike ispitivane populacije ukazuju na to da je radni status ispitanika većinom regulisan (43,3 %), u nešto manjem procentu bez aktivnog zaposlenja (40,0 %) i u najmanjem procentu sa statusom penzionera (16,7 %). Najveći deo uzorka je, po obrazovanju, završio srednju školu (80,0 %), dok je osnovno i visoko obrazovanje zastupljeno u istom procentu (10,0 %). Statistički značajno više ispitanika dolazi iz gradske sredine (80,0 %), dok preostali dolaze iz seoske sredine (20,0 %) –  $p < 0,001$ . Većina ispitanika je oženjena (65,0 %), neoženjenih je nešto manje (21,7 %), dok je najmanje razvedenih ispitanika (13,3 %).

Grupe sa i bez PTSP ne razlikuju se statistički značajno po sociodemografskim karakteristikama, te sociodemografske karakteristike neće determinisati eventualne razlike ostalih ispitivanih parametara između grupa.

## **4.2. Prikaz srednjih vrednosti i standardnog odstupanja svih varijabli merenja; rezultati poređenja psiholoških karakteristika ličnosti i kvaliteta života pre i sada**

### **4.2.1. Deskriptivna statistika osnovnih dimenzija ličnosti merenih Plutchikovim Profilom indeksom emocija (PIE)**

Deskriptivna statistika osnovnih dimenzija ličnosti merenih Plutchikovim Profilom indeksom emocija (PIE) prilikom pređašnje (pre) evaluacije za kohortu u celini prikazana je na Tabeli 2.

**Tabela 2** Deskriptivni pokazatelji dimenzija PIE kod prethodne (pre) evaluacije

<b>Dimenzija</b>	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>AS</b>	<b>SD</b>
<b>Inkorporacija – pre</b>	<b>60</b>	<b>4</b>	<b>96</b>	<b>57,43</b>	<b>26,16</b>
Nekontrolisanost – pre	60	5	95	49,67	20,14
Samozaštita – pre	60	11	89	53,77	22,26
Deprivacija – pre	60	5	100	55,58	24,75
<b>Opozicionalnost – pre</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>85</b>	<b>38,05</b>	<b>22,16</b>
Eksploracija – pre	60	3	75	44,65	15,38
Agresija – pre	60	3	91	48,77	26,19
<b>Reprodukcija – pre</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>100</b>	<b>56,50</b>	<b>29,76</b>
Bias - pre	60	12	92	53,27	21,47

Interdimenzionalno upoređivanje rezultata prilikom prve evaluacije, na osnovu aritmetičkih sredina, pokazuje Opozicionalnost kao najmanje izraženu osobinu (najmanje AS) sličnosti ispitanika, dok su Inkorporacija i Reprodukcija osobine koje su najistaknutije kod svih ispitanika. Ovo ukazuje da je kod prethodne (pre) evaluacije veoma izraženo ponašanje u skladu sa okolinom, te pripadnost sopstvenoj socijalnoj grupi, dok je odstranjivanje nekoga ili nečega marginalna osobina u ovom periodu.

**Tabela 3** Deskriptivni pokazatelji dimenzija PIE prilikom sadašnje (sad) evaluacije

<b>Dimenzija</b>	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>AS</b>	<b>SD</b>
Inkorporacija – sad	60	4	100	58,47	24,90
Nekontrolisanost – sad	60	5	80	46,92	18,52
Samozaštita – sad	60	7	93	53,17	21,90
<b>Deprivacija – sad</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>100</b>	<b>61,25</b>	<b>25,53</b>
<b>Opozicionalnost – sad</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>70</b>	<b>33,83</b>	<b>21,35</b>
Eksploracija – sad	60	3	78	43,30	17,61
Agresija – sad	60	9	94	49,02	24,55
Reprodukcija – sad	60	0	100	58,42	26,22
Bias - sad	60	10	86	52,53	19,38

Deskriptivna statistika osnovnih dimenzija ličnosti merenih Plutchikovim Profil indeksom emocija (PIE) prilikom sadašnje (sad) evaluacije za kohortu u celini prikazana je na Tabeli 3. Interdimenzionalno upoređivanje rezultata prilikom najnovije evaluacije, na osnovu aritmetičkih sredina, pokazuju da je Opozicionalnost i dalje najmanje izražena osobina ličnosti kod svih ispitanika, što govori o konstantnosti ove osobine i nakon višegodišnjeg perioda. Deprivacija, odnosno ponašanje povezano sa osećajem gubitka, ističe se kao dominantna osobina ličnosti.

#### **4.2.2. Poređenja prosečnih skorova na osnovu dimenzija ličnosti merenim Plutchikovim Profil indeksom emocija (PIE) prilikom sadašnje i prethodne evaluacije**

Primenom T testa za uparene uzorke, ispitana je razlika u vrednostima na osnovnim dimenzijama PIE prilikom sadašnje (sad) i prethodne (-pre) evaluacije za kohortu u celini (Tabela 4) kao i u svakoj od stratifikacionih grupa, tj. u grupi ispitanika koji su ispoljavali simptome hroničnog posttraumatskog stresnog poremećaja (Tabela 5) i u stratifikacionoj grupi ispitanika kod kojih je u međuvremenu došlo do povlačenja simptome posttraumatskog stresnog poremeća (Tabela 6).

**Tabela 4.** Poređenja prosečnih skorova na osnovnim dimenzijama PIE prilikom sadašnje (sad) i prethodne (pre) evaluacije za celu kohortu

	<b>Grupe</b>	<b>N</b>	<b>AS</b>	<b>SD</b>	<b>t</b>	<b>ss</b>	<b>p</b>
<b>Par 1</b>	Inkorporacija - sad	60	58,47	24,90	0,31	59	> 0,05
	Inkorporacija - pre	60	57,43	26,15			
<b>Par 2</b>	Nekontrolisanost – sad	60	46,92	18,52	1,07	59	> 0,05
	Nekontrolisanost – pre	60	49,67	20,14			
<b>Par 3</b>	Samozaštita - sad	60	53,17	21,90	0,21	59	> 0,05
	Samozaštita - pre	60	53,77	22,26			
<b>Par 4</b>	Deprivacija- sad	60	61,25	25,53	1,63	59	> 0,05
	Deprivacija-pre	60	55,58	24,75			
<b>Par 5</b>	Opozicionalnost - sad	60	33,83	21,35	1,61	59	> 0,05
	Opozicionalnost - pre	60	38,05	22,15			
<b>Par 6</b>	Eksploracija – sad	60	43,30	17,61	0,64	59	> 0,05
	Eksploracija – pre	60	44,65	15,38			
<b>Par 7</b>	Agresivnost – sad	60	49,02	24,55	0,07	59	> 0,05
	Agresivnost –pre	60	48,77	26,18			
<b>Par 8</b>	Reprodukcija – sad	60	58,42	26,22	0,57	59	> 0,05
	Reprodukcija – pre	60	56,50	29,76			
<b>Par 9</b>	Bias – sad	60	52,53	19,38	0,26	59	> 0,05
	Bias - pre	60	53,27	21,47			

Rezultati poređenja prikazani na tabeli 4, pokazuju da kod uzorka u celini nisu dobijene statistički značajne razlike između prosečnih skorova na osnovnim dimenzijama PIE dobijenih prilikom sadašnje i prethodne evaluacije. Poređenjem vrednosti PIE prilikom sadašnje i prethodne evaluacije uz izraženu konstantnost većine karakteristika osnovnih dimenzija PIE, treba ipak ukazati na, iako statistički bez značaja, izvesno sniženje karakteritika nekontrolisanosti, u nešto većem većem intenzitetu i opozicionalnosti, ali pre svega pojačanu karakteristiku deprivacije kod ispitanika.

**Tabela 5.** Poređenja prosečnih skorova na osnovnim dimenzijama PIE prilikom sadašnje (sad) i prethodne (pre) evaluacije u stratifikacionoj grupi ispitanika sa hroničnim posttraumatskim stresnim poremećajem

	<b>Grupe</b>	<b>N</b>	<b>AS</b>	<b>SD</b>	<b>t</b>	<b>ss</b>	<b>p</b>
<b>Par 1</b>	Inkorporacija - sad	30	56,47	24,92	0,83	29	> 0,05
	Inkorporacija - pre	30	52,57	28,46			
<b>Par 2</b>	Nekontrolisanost – sad	30	47,67	18,65	0,61	29	> 0,05
	Nekontrolisanost – pre	30	45,67	20,03			
<b>Par 3</b>	Samozaštita - sad	30	53,60	21,35	-0,70	29	> 0,05
	Samozaštita - pre	30	56,83	20,91			
<b>Par 4</b>	Deprivacija - sad	30	62,33	24,05	0,55	29	> 0,05
	Deprivacija -pre	30	59,83	24,61			
<b>Par 5</b>	Opozicionalnost - sad	30	33,50	21,12	-1,30	29	> 0,05
	Opozicionalnost - pre	30	39,13	24,94			
<b>Par 6</b>	Eksploracija – sad	30	45,20	19,82	-0,96	29	> 0,05
	Eksploracija – pre	30	48,53	13,56			
<b>Par 7</b>	Agresivnost – sad	30	49,17	25,64	0,13	29	> 0,05
	Agresivnost –pre	30	48,50	27,39			
<b>Par 8</b>	Reprodukcija – sad	30	55,83	24,10	0,99	29	> 0,05
	Reprodukcija – pre	30	51,33	29,91			
<b>Par 9</b>	Bias – sad	30	52,87	18,74	0,39	29	> 0,05
	Bias - pre	30	51,33	23,32			

Skraćenice: N – broj ispitanika; AS aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; t – vrednost T testa za uparene uzorke; ss- stepeni slobode; p – verovatnoća nulte hipoteze

Kao što je prikazano na Tabeli 5, u okviru stratifikacione grupe ispitanika sa hroničnim PTSP, nisu dobijene statistički značajne razlike između prosečnih skorova na osnovnim dimenzijama PIE dobijenih prilikom sadašnje i prethodne evaluacije. Ipak, na osnovu vrednosti koje su prikazane, kod osoba sa PTSP valja napomenuti izvestan porast inkorporacije, još izražaniji reprodukcije, ali, pre svega, smanjenje opozicionalnosti.

**Tabela 6.** Poređenja prosečnih skorova na osnovnim dimenzijama PIE prilikom sadašnje (sad) i prethodne (pre) evaluacije u stratifikacionoj grupi ispitanika kod kojih je u periodu od prethodne evaluacije došlo do povlačenja simptoma PTSP

	<b>Grupe</b>	<b>N</b>	<b>AS</b>	<b>SD</b>	<b>t</b>	<b>ss</b>	<b>p</b>
<b>Par 1</b>	Inkorporacija - sad	30	60,47	25,14	0,40	29	> 0,05
	Inkorporacija - pre	30	62,30	23,08			
<b>Par 2</b>	Nekontrolisanost – sad	30	46,17	18,69	1,96	29	> 0,05
	Nekontrolisanost – pre	30	53,67	19,78			
<b>Par 3</b>	Samozaštita - sad	30	52,73	22,79	0,60	29	> 0,05
	Samozaštita - pre	30	50,70	23,48			
<b>Par 4</b>	Deprivacija - sad	30	60,17	27,30	1,67	29	> 0,05
	Deprivacija - pre	30	51,33	24,56			
<b>Par 5</b>	Opozicionalnost - sad	30	34,17	21,93	0,94	29	> 0,05
	Opozicionalnost - pre	30	36,97	19,34			
<b>Par 6</b>	Eksploracija – sad	30	41,40	15,18	0,26	29	> 0,05
	Eksploracija – pre	30	40,77	16,31			
<b>Par 7</b>	Agresivnost – sad	30	48,87	23,85	0,03	29	> 0,05
	Agresivnost – pre	30	49,03	25,39			
<b>Par 8</b>	Reprodukcija – sad	30	61,00	28,35	0,13	29	> 0,05
	Reprodukcija – pre	30	61,67	29,19			
<b>Par 9</b>	Bias – sad	30	52,20	20,31	0,75	29	> 0,05
	Bias - pre	30	55,20	19,65			

Iz Tabele 6 se vidi da ni kod ispitanika bez PTSP-a nisu uočene statistički značajne razlike između prosečnih skorova na osnovnim dimenzijama PIE dobijenih prilikom sadašnje i prethodne evaluacije. Uz relativnu konstantnost ostalih dimenzija PIE, treba uočiti i pažljivo analizirati smanjenje intenziteta dimenzije nekontrolisanosti, a istom periodu i još intenzivnije pojačanu deprivaciju kod ispitanika kod kojih je u prethodnom periodu došlo do povlačenja simptoma PTSP.

#### 4.2.3. Deskriptivna statistika i relijabilnost osnovnih dimenzija kvaliteta života merenih korišćenim Upitnika o kvalitetu života Svetske zdravstvene organizacije (WHOQOL-BREF)

Deskriptivna statistika, tj. broj ispitanika (N), minimum (Min), maksimum (Max), aritmetička sredina (AS) i standardna devijacija (SD) kao i relijabilnost (Cronbach-alpha) osnovnih dimenzija kvaliteta života (Fizičko zdravlje, Psihičko zdravlje, Socijalne relacije, Okolina, Opšte stanje) merenih korišćenjem Upitnika o kvalitetu života Svetske zdravstvene organizacije (WHOQOL-BREF) prilikom prethodne (pre) i sadašnje (sad) evaluacije za kohortu u celini prikazana je na Tabelama 7 i 8.

**Tabela 7.** Deskriptivna statistika i relijabilnost osnovnih dimenzija kvaliteta života merenih korišćenjem Upitnika o kvalitetu života Svetske zdravstvene organizacije (WHOQOL-BREF) prilikom prve evaluacije za kohortu u celini (N=60)

	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>AS</b>	<b>SD</b>	<b>Cronbach alpha</b>
Fizičko zdravlje – pre	2,00	5,00	3,03	0,78	0,84
Psihičko zdravlje – pre	1,17	4,50	3,07	0,81	0,87
<b>Socijalne relacije – pre</b>	1,00	4,67	<b>3,18</b>	0,81	<b>0,64</b>
Okolina – pre	1,25	4,38	2,87	0,80	0,85
<b>Opšte stanje - pre</b>	1,00	4,50	<b>2,72</b>	0,98	0,82

Deskriptivna statistika osnovnih dimenzija na Upitniku o kvalitetu života Svetske zdravstvene organizacije kod prve evaluacije za kohortu u celini, pokazuje najviše skorove na dimenziji Socijalne relacije, a najniži na proceni Opšteg stanja, međutim, u slučaju dimenzije Socijalne relacije nije utvrđena i pouzdanost ove subskale. Značajna pouzdanost ispitivanih subskala nađena je na dimenzijama Psihičkog zdravlja (0,87), Okoline (0,85), Fizičkog zdravlja (0,84) i Opšteg stanja (0,82).

**Tabela 8.** Deskriptivna statistika i relijabilnost osnovnih dimenzija kvaliteta života merenih korišćenjem Upitnika o kvalitetu života Svetske zdravstvene organizacije (WHOQOL-BREF) prilikom reevaluacije za kohortu u celini (N=60)

	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>AS</b>	<b>SD</b>	<b>Cronbach alpha</b>
Fizičko zdravlje – sad	1,71	4,57	3,00	0,68	0,74
Psihičko zdravlje – sad	1,00	4,17	2,90	0,74	0,82
Socijalne relacije – sad	1,00	5,00	3,10	0,91	0,75
Okolina – sad	1,25	4,25	2,85	0,63	0,75
Opšte stanje - sad	1,00	4,50	2,61	0,84	0,87

Deskriptivna statistika osnovnih dimenzija na Upitniku o kvalitetu života Svetske zdravstvene organizacije prilikom sadašnje evaluacije, za kohortu u celini, takođe pokazuje najviše skorove na dimenziji Socijalne relacije a najniže na proceni Opšteg Stanja. Značajna pouzdanost je utvrđena je kod svih podskala, tj. dimenzija: Opšteg stanja (0,87), Psihičkog zdravlja (0,82), Socijalne relacije (0,75), Okoline (0,75) i Fizičkog zdravlja (0,74).

#### **4.2.4. Poređenje prosečnih skorova na osnovnim dimenzijama kvaliteta života prilikom sadašnje i prethodne evaluacije**

Kao i kod dimenzija PIE, primenom t-testa za uparene uzorke, ispitane su razlike između prosečnih vrednosti na dimenzijama kvaliteta života merenih korišćenjem Upitnika o kvalitetu života Svetske zdravstvene organizacije (WHOQOL-BREF) prilikom sadašnje i prethodne evaluacije. Poređenja su ispitana na celom uzorku, tj. kohorti u celini kao i posebno u svakoj od stratifikacionih grupa (Tabele 9, 10 i 11).



**Tabela 9.** Poređenja prosečnih skorova na osnovim dimenzijama Upitnika o kvalitetu života Svetske zdravstvene organizacije (WHOQOL-BREF) prilikom sadašnje (sad) i prethodne (pre) evaluacije za celu kohortu

	<b>Grupe</b>	<b>N</b>	<b>AS</b>	<b>SD</b>	<b>t</b>	<b>ss</b>	<b>p</b>
<b>Par 1</b>	Fizičko zdravlje - sad	60	3,00	0,67	0,25	59	> 0,05
	Fizičko zdravlje - pre	60	3,03	0,77			
<b>Par 2</b>	Psihičko zdravlje – sad	60	2,90	0,73	1,37	59	> 0,05
	Psihičko zdravlje – pre	60	3,06	0,80			
<b>Par 3</b>	Socijalne relacije - sad	60	3,10	0,90	0,70	59	> 0,05
	Socijalne relacije - pre	60	3,17	0,81			
<b>Par 4</b>	Okolina - sad	60	2,85	0,62	0,13	59	> 0,05
	Okolina -pre	60	2,86	0,79			
<b>Par 5</b>	Opšte stanje - sad	60	2,61	0,84	0,81	59	> 0,05
	Opšte stanje - pre	60	2,71	0,98			

Skraćenice: N – broj ispitanika; AS aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; t – vrednost T testa za uparene uzorke; ss- stepeni slobode; p – verovatnoća nulte hipoteze

Kao što se vidi iz prethodne tabele, na nivou kohorte, gledano u celini nisu uočene statistički značajne razlike ni u jednom aspektu kvaliteta života. Ostvarene promene po svim osnovnim dimenzijama su u smeru smanjenja njihovog intenziteta, minimalne su, a najveća promena je u dimenziji psihičkog zdravlja.

**Tabela 10.** Poređenja prosečnih skorova na osnovnim dimenzijama Upitnika o kvalitetu života Svetske zdravstvene organizacije (WHOQOL-BREF) prilikom sadašnje (sad) i prethodne (pre) evaluacije u stratifikacionoj grupi ispitanika sa hroničnim posttraumatskim stresnim poremećajem

	<b>Grupe</b>	<b>N</b>	<b>AS</b>	<b>SD</b>	<b>t</b>	<b>ss</b>	<b>p</b>
<b>Par 1</b>	Fizičko zdravlje - sad	30	2,82	0,49	1,18	29	> 0,05
	Fizičko zdravlje - pre	30	2,69	0,56			
<b>Par 2</b>	Psihičko zdravlje – sad	30	2,75	0,77	0,12	29	> 0,05
	Psihičko zdravlje – pre	30	2,73	0,83			
<b>Par 3</b>	Socijalne relacije - sad	30	2,96	1,01	0,06	29	> 0,05
	Socijalne relacije - pre	30	2,96	0,83			
<b>Par 4</b>	Okolina - sad	30	2,81	0,63	0,42	29	> 0,05
	Okolina -pre	30	2,76	0,75			
<b>Par 5</b>	Opšte stanje - sad	30	2,48	0,84	0,83	29	> 0,05
	Opšte stanje - pre	30	2,35	0,87			

Skraćenice: N – broj ispitanika; AS aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; t – vrednost T testa za uparene uzorke; ss- stepeni slobode; p – verovatnoća nulte hipoteze

U stratifikacionoj grupi ispitanika sa hroničnim posttraumatskim stresnim poremećajem nisu uočene statistički značajne razlike u prosečnim skorovima na dimenzijama kvaliteta života merenih prilikom sadašnje (sad) i prethodne (pre) evaluacije.

**Tabela 11.** Poređenja prosečnih skorova na osnovim dimenzijama Upitnika o kvalitetu života Svetske zdravstvene organizacije (WHOQOL-BREF) prilikom sadašnje (sad) i prethodne (pre) evaluacije u stratifikacionoj grupi ispitanika kod kojih je u periodu od prethodne evaluacije došlo do povlačenja simptoma PTSP

	<b>Grupe</b>	<b>N</b>	<b>AS</b>	<b>SD</b>	<b>t</b>	<b>ss</b>	<b>p</b>
<b>Par 1</b>	Fizičko zdravlje - sad	30	3,18	0,79	1,08	29	> 0,05
	Fizičko zdravlje - pre	30	3,37	0,81			
<b>Par 2</b>	Psihičko zdravlje – sad	30	3,06	0,67	<b>2,43</b>	<b>29</b>	<b>&lt; 0,05</b>
	Psihičko zdravlje – pre	30	3,40	0,62			
<b>Par 3</b>	Socijalne relacije - sad	30	3,25	0,77	0,95	29	> 0,05
	Socijalne relacije - pre	30	3,38	0,74			
<b>Par 4</b>	Okolina - sad	30	2,88	0,62	0,55	29	> 0,05
	Okolina-pre	30	2,95	0,83			
<b>Par 5</b>	Opšte stanje - sad	30	2,75	0,82	1,86	29	> 0,05
	Opšte stanje - pre	30	3,08	0,95			

Skraćenice: N – broj ispitanika; AS aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; t – vrednost T testa za uparene uzorke; ss- stepeni slobode;

p – verovatnoća nulte hipoteze

Kao što se vidi iz Tabele 11, u stratifikacionoj grupi ispitanika kod kojih je u periodu od prethodne evaluacije došlo do povlačenja simptoma PTSP, u odnosu na prethodnu evaluaciju, prilikom sadašnje evaluacije uočen je značajno niži prosečan skor na dimenziji psihičko zdravlje.

Detaljnijom analizom ispitivanih vrednosti dimenzija iz upitnika o kvalitetu života iz tabela 10 i 11, uočava se da su u PTSP grupi na reevaluaciji u odnosu na prvu evaluaciju evidentirane veoma male, ali ipak pozitivne promene intenziteta svih dimenzija, dok su kod ispitanika kod kojih je došlo do povlačenja PTSP promene negativne, uz to i većeg intenziteta, a promena dimenzije psihičkog zdravlja je čak statistički značajno opala po intenzitetu.

Kako veći skorovi označavaju bolje dimenzije upitnika i ukupnog kvaliteta života, može se reći da je kod ispitanika kod kojih su se povukli simptoma PTSP u odnosu na prvu evaluaciju na reevaluaciji došlo do slabljenja fizičkog i psihičkog zdravlja, slabijih socijalnih relacija i odnosa sa okoliom te ukupnog kvaliteta života.

### 4.3. Poređenje stratifikacionih grupa, tj. grupe ispitanika koji su ispoljavali simptome hronificiranog posttraumatskog stresnog poremećaja i grupe ispitanika kod kojih je u periodu između prve evaluacije i reevalucije došlo do povlačenja simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja, u odnosu na dimenzije kvaliteta života i karakteristike ličnosti

U cilju testiranja prve hipoteze, tj. hipoteze o postojanju značajnih razlika u kvalitetu života kod ispitanika koji su ispoljavali simptome hronificiranog posttraumatskog stresnog poremećaja u odnosu na ispitanike kod kojih je u periodu između prve evaluacije i reevalucije došlo do povlačenja simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja primenjen je T test za nezavisne uzorke ispitanika.

**Tabela 12.** Poređenje stratifikacionih grupa, tj. grupe ispitanika koji su ispoljavali simptome hronificiranog posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) i grupe ispitanika kod kojih je u periodu između prve evaluacije i reevalucije došlo do povlačenja simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja (Bez PTSP), u odnosu na dimenzije kvaliteta života prilikom prve evaluacije

	Grupa	N	AS	SD	t	ss	p																																												
<b>Fizičko zdravlje</b>	Bez PTSP	30	3,37	0,81	3,77	58	< 0,05																																												
	PTSP	30	2,69	0,56				<b>Psihičko zdravlje</b>	Bez PTSP	30	3,40	0,62	3,53	58	< 0,05	PTSP	30	2,73	0,83	<b>Socijalne relacije</b>	Bez PTSP	30	3,38	0,74	2,06	58	< 0,05	PTSP	30	2,96	0,83	<b>Okolina</b>	Bez PTSP	30	2,95	0,83	0,92	58	> 0,05	PTSP	30	2,76	0,75	<b>Opšte stanje</b>	Bez PTSP	30	3,08	0,95	3,10	58	< 0,05
<b>Psihičko zdravlje</b>	Bez PTSP	30	3,40	0,62	3,53	58	< 0,05																																												
	PTSP	30	2,73	0,83				<b>Socijalne relacije</b>	Bez PTSP	30	3,38	0,74	2,06	58	< 0,05	PTSP	30	2,96	0,83	<b>Okolina</b>	Bez PTSP	30	2,95	0,83	0,92	58	> 0,05	PTSP	30	2,76	0,75	<b>Opšte stanje</b>	Bez PTSP	30	3,08	0,95	3,10	58	< 0,05	PTSP	30	2,35	0,87								
<b>Socijalne relacije</b>	Bez PTSP	30	3,38	0,74	2,06	58	< 0,05																																												
	PTSP	30	2,96	0,83				<b>Okolina</b>	Bez PTSP	30	2,95	0,83	0,92	58	> 0,05	PTSP	30	2,76	0,75	<b>Opšte stanje</b>	Bez PTSP	30	3,08	0,95	3,10	58	< 0,05	PTSP	30	2,35	0,87																				
<b>Okolina</b>	Bez PTSP	30	2,95	0,83	0,92	58	> 0,05																																												
	PTSP	30	2,76	0,75				<b>Opšte stanje</b>	Bez PTSP	30	3,08	0,95	3,10	58	< 0,05	PTSP	30	2,35	0,87																																
<b>Opšte stanje</b>	Bez PTSP	30	3,08	0,95	3,10	58	< 0,05																																												
	PTSP	30	2,35	0,87																																															

Skraćenice: N – broj ispitanika; AS aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; t – vrednost T testa za nezavisne uzorke; ss- stepeni slobode; p – verovatnoća nulte hipoteze

Kao što se vidi iz prethodne i sledeće tabele (Tabela 12 i 13), poređenjem stratifikacionih grupa ustanovljene su statistički značajno viši skorovi na pojedinim dimenzijama kvaliteta života u okviru grupe ispitanika kod kojih je u periodu između prve evaluacije i reevalucije došlo do povlačenja simptoma posttraumatskog stresnog

poremećaja, prilikom prve evaluacije po dimenzijama: Psihičko zdravlje, Fizičko zdravlje, Socijalno relacije i na kraju Opšte stanje, a pri reevaluaciji statistički je značajno veća vrednost dimenzije fizičko zdravlje ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 13.** Poređenje stratifikacionih grupa, tj. grupe ispitanika koji su ispoljavali simptome hronificiranog posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) i grupe ispitanika kod kojih je u periodu između prve evaluacije i reevalucije došlo do povlačenja simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja (Bez PTSP), u odnosu na dimenzije kvaliteta života prilikom reevaluacije

	Grupa	N	AS	SD	t	ss	p
<b>Fizičko zdravlje</b>	Bez PTSP	30	<b>3,18</b>	0,79	<b>2,06</b>	<b>58</b>	<b>&lt; 0,05</b>
	PTSP	30	<b>2,82</b>	0,49			
<b>Psihičko zdravlje</b>	Bez PTSP	30	3,06	0,67	1,62	58	> 0,05
	PTSP	30	2,75	0,77			
<b>Socijalne relacije</b>	Bez PTSP	30	3,25	0,77	1,24	58	> 0,05
	PTSP	30	2,96	1,01			
<b>Okolina</b>	Bez PTSP	30	2,88	0,62	0,41	58	> 0,05
	PTSP	30	2,81	0,63			
<b>Opšte stanje</b>	Bez PTSP	30	2,75	0,82	1,23	58	> 0,05
	PTSP	30	2,48	0,84			

Skraćenice: N – broj ispitanika; AS aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; t – vrednost T testa za nezavisne uzorke; ss- stepeni slobode; p – verovatnoća nulte hipoteze

Radi testiranja druge hipoteze, tj. hipoteze o postojanju razlika u psihološkim karakteristikama kod ispitanika sa hroničnim posttraumatskim stresnim poremećajem u odnosu na ispitanike kod kojih je u periodu između prve evaluacije i reevalucije došlo do povlačenja simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja, primenjen je takođe T test za nezavisne uzorke.

**Tabela 14.** Poređenje stratifikacionih grupa, tj. grupe ispitanika koji su ispoljavali simptome hronificiranog posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) i grupe ispitanika kod kojih je u periodu između prve evaluacije i reevalucije došlo do povlačenja simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja (Bez PTSP), u odnosu na psihološke karakteristike ličnosti prilikom prve evaluacije

	<b>Grupe</b>	<b>N</b>	<b>AS</b>	<b>SD</b>	<b>t</b>	<b>ss</b>	<b>p</b>
<b>Inkorporacija</b>	Bez PTSP	30	62,30	23,09	1,45	58	> 0,05
	PTSP	30	52,57	28,46			
<b>Nekontrolisanost</b>	Bez PTSP	30	53,67	19,78	1,56	58	> 0,05
	PTSP	30	45,67	20,03			
<b>Samozaštita</b>	Bez PTSP	30	50,70	23,48	1,07	58	> 0,05
	PTSP	30	56,83	20,91			
<b>Deprivacija</b>	Bez PTSP	30	51,33	24,56	1,34	58	> 0,05
	PTSP	30	59,83	24,62			
<b>Opozicionalnost</b>	Bez PTSP	30	36,97	19,34	0,38	58	> 0,05
	PTSP	30	39,13	24,95			
<b>Eksploracija</b>	Bez PTSP	30	40,77	16,31	2,00	58	> 0,05
	PTSP	30	48,53	13,57			
<b>Agresivnost</b>	Bez PTSP	30	49,03	25,39	0,08	58	> 0,05
	PTSP	30	48,50	27,39			
<b>Reprodukcija</b>	Bez PTSP	30	61,67	29,19	1,35	58	> 0,05
	PTSP	30	51,33	29,91			
<b>Bias</b>	Bez PTSP	30	55,20	19,65	0,69	58	> 0,05
	PTSP	30	51,33	23,32			

Skraćenice: N – broj ispitanika; AS aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; t – vrednost T testa za nezavisne uzorke; ss- stepeni slobode; p – verovatnoća nulte hipoteze

**Tabela 15.** Poređenje stratifikacionih grupa, tj. grupe ispitanika koji su ispoljavali simptome hronificiranog posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) i grupe ispitanika kod kojih je u periodu između prve evaluacije i reevalucije došlo do povlačenja simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja (Bez PTSP), u odnosu na psihološke karakteristike ličnosti prilikom re-evaluacije

	<b>Grupe</b>	<b>N</b>	<b>AS</b>	<b>SD</b>	<b>t</b>	<b>ss</b>	<b>p</b>
<b>Inkorporacija</b>	Bez PTSP	30	60,47	25,14	0,61	58	> 0,05
	PTSP	30	56,47	24,92			
<b>Nekontrolisanost</b>	Bez PTSP	30	46,17	18,69	0,31	58	> 0,05
	PTSP	30	47,67	18,65			
<b>Samozaštita</b>	Bez PTSP	30	52,73	22,79	0,15	58	> 0,05
	PTSP	30	53,60	21,35			
<b>Deprivacija</b>	Bez PTSP	30	60,17	27,30	0,32	58	> 0,05
	PTSP	30	62,33	24,05			
<b>Opozicionalnost</b>	Bez PTSP	30	34,17	21,93	0,12	58	> 0,05
	PTSP	30	33,50	21,12			
<b>Eksploracija</b>	Bez PTSP	30	41,40	15,18	0,83	58	> 0,05
	PTSP	30	45,20	19,82			
<b>Agresivnost</b>	Bez PTSP	30	48,87	23,85	0,04	58	> 0,05
	PTSP	30	49,17	25,64			
<b>Reprodukcija</b>	Bez PTSP	30	61,00	28,35	0,76	58	> 0,05
	PTSP	30	55,83	24,10			
<b>Bias</b>	Bez PTSP	30	52,20	20,31	0,13	58	> 0,05
	PTSP	30	52,87	18,74			

Skraćenice: N – broj ispitanika; AS aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; t – vrednost T testa za nezavisne uzorke; ss- stepeni slobode; p – verovatnoća nulte hipoteze

Kao što se vidi iz rezultata prikazanih u Tabelama 14 i 15 poređenjem stratifikacionih grupa, u odnosu na psihološke karakteristike ličnosti nisu dobijene statistički značajne razlike ni za jednu karakteristiku. Dakle, grupe ispitanika sa PTSP i kod kojih su se simptomi PTSP povukli se nisu razlikovale na osnovu psiholoških karakteristikama ni na prvoj ni na re-evaluaciji, odnosno druga hipoteza ovog istraživanja nije potvrđena.

Model logističke regresije je primenjen u cilju određivanja interakcija varijabli karakteristika ličnosti i kvaliteta života ispitivanih tokom prve evaluacije (pre) kao i izdvajanja onih koje će se pokazati kao značajni prediktori pripadništva stratifikacionom grupama. Prema modelu logističke regresije moguće je direktno proceniti verovatnoću nekog ishoda (u konkretnom slučaju, verovatnoću pripadnosti nekoj od stratifikacionih grupa. Za više nezavisnih varijabli (u konkretnom slučaju to su bile karakteristike ličnosti i dimenzije kvaliteta života ispitane prilikom prve evaluacije) model se može predstaviti formulom  $P$  (verovatnoća) =  $1/(1+ e^{-Z})$ , gde je  $e$  vrednost prirodnog logaritma (2,718), a  $Z$  je linerana kombinacija po formuli  $Z = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + \dots + B_pX_p$  za konstantu  $B_0$  i varijable od  $X_1$  do  $X_p$ .

U grupi varijabli koje su se odnosile na karakteristike ličnosti, logističkom regresijom izdvojile su se - Eksploracija i Bias, a od varijabli kvaliteta života – Okolina i Fizičko zdravlje (Tabela 16). Pomenute varijable su se pokazale kao značajni prediktori pripadništva stratifikacionim grupama. U konkretnom slučaju, pozitivna, odnosno negativna vrednost koeficijenta  $B$ , tj. parcijalnog koeficijenta logističke regresije označava smisao povezanosti sa pripadnošću stratifikacionim grupama koje su ovde bile kodirane sa 0 za odustvo hroničnog PTSP i sa 1 za postojanje hroničnog PTSP, tj. negativan  $B$  znači da niži skorovi korespondiraju većoj verovatnoći za pripadnost grupi sa PTSP. Na osnovu modela u konkretnom slučaju bilo je moguće korektno predviđanje pripadnosti stratifikacionim grupama u 82% slučajeva. (Tabela 17).



**Tabela 16.** Varijable u jednačini logističke regresije

	<b>B</b>	<b>S.E.</b>	<b>Wald</b>	<b>SS</b>	<b>Sig.</b>
Korak 1 <sup>a</sup> Inkorporacija - pre	0,00	0,06	0,00	1	0,9924
Nekontrolisanost - pre	-0,07	0,06	1,20	1	0,2724
Samozaštita - pre	0,02	0,07	0,12	1	0,7201
Depresija - pre	-0,04	0,07	0,40	1	0,5235
Opozicionalnost - pre	0,11	0,11	0,99	1	0,3184
Eksploracija - pre	0,10	0,05	4,04	1	0,0443
Agresivnost - pre	0,12	0,08	2,35	1	0,1247
Reprodukcija - pre	0,02	0,07	0,11	1	0,7332
Bias - pre	0,16	0,07	4,68	1	0,0304
Fizičko zdravlje - pre	-2,80	1,32	4,45	1	0,0348
Psihološko zdravlje - pre	-3,15	1,70	3,40	1	0,0648
Socijalne relacija - pre	-2,30	1,29	3,15	1	0,0756
Okolina - pre	5,81	2,06	7,93	1	0,0049
Opšte stanje - pre	-1,34	0,93	2,06	1	0,1509
Konstanta	-7,90	16,75	0,22	1	0,6368

<sup>a</sup> Sve varijable su uvedene u simultano (u jednom koraku) u jednačinu. Skraćenice: N - broj slučajeva uvrštenih logističku regresiju; B - parcijalni koeficijent logističke regresije; SE - standardna greška koeficijenta B; Wald - Waldov test; SS - stepeni slobode; Sig. - značajnost Waldovog testa

Statistička značajnost Waldovog testa primenjenog u logističkoj regresiji pokazala je posebno isticanje varijabli Eksploracije i Bias-a u okviru primenjene PIE tehnike ispitivanja, dok je statistička značajnost istog testa u okviru primenjene tehnike Upitnika o kvalitetu života Svetske zdravstvene organizacije pokazala isticanje dimenzija Fizičkog zdravlja i Okoline.

Parcijalni koeficijent logističke regresije pokazao se značajnim za predviđanje pripadnosti stratifikacionim grupama, te se na osnovu istaknutih varijabli Eksploracije i Bias-a, u okviru PIE tehnike, može se zaključiti da ove varijable prejudiciraju kasniju pripadnost grupi ispitanika kod kojih dolazi do povlačenja simptoma PTSD-a.

Parcijalni koeficijent logističke regresije, u okviru primenjene tehnike Upitnika o kvalitetu života Svetske zdravstvene organizacije, pokazuje da dimenzija Fizičkog zdravlja predviđa da će ispitanici sa nižim skorom na prvoj evaluaciji, kasnije razviti hroničnu formu PTSD-a. Dimenzija Okoline, pak pokazuje da niži skorovi na ovoj

subskali, prilikom prve evaluacije, predviđaju da kasnije dolazi do povlačenja simptoma PTSD-a.

**Tabela 17.** Klasifikaciona tabela logističke regresije

			Predviđeno		Tačno%
			PTSP		
Opservirano			nema	ima	
Korak 1 <sup>a</sup>	PTSP	nema	24	6	80%
		Ima	5	25	83%
Svega					82%

<sup>a</sup> Sve varijable su uvedene simulatano (u jednom koraku) u jednačinu

Klasifikaciona tabela logističke regresije (Tabela 16) pokazuje da su u 80 % slučajeva primenjene tehnike bile u stanju da potvrde odsustvo ili povlačenje simptoma PTSD-a, dok su u 83% slučajeva bile u mogućnosti da predvide prisustvo hronificiranog PTSD-a. U celini, 82% slučajeva primenjene tehnike su bile u mogućnosti da, na osnovu dobijenih rezultata, predvide pripadnost odgovarajućim stratifikacionim grupama.

## 5. DISKUSIJA

Osnovni cilj ovog istraživanja bio je da se utvrdi postoje li statistički značajne razlike u kvalitetu života i psihološkim karakteristikama između veterana obolelih od hroničnog posttraumatskog stresnog poremećaja i onih bez hronične forme poremećaja.

Populaciju za istraživanje činilo je 79 učesnika rata kod kojih je po dolasku na našu Kliniku postavljena dijagnoza posttraumatskog stresnog poremećaja, 1999. godine. Nakon više od deset godina ti su ispitanici ponovo sagledani da bi se ustanovilo kod kojih od njih i sada postoje elementi za postavljanje dijagnoze poremećaja (PTSP) što se, obzirom na protok vremena od trenutka izloženosti traumi, definiše kao hronična forma poremećaja. U teorijskom delu objašnjeno je da je zbog lakšeg poređenja sa stranim istraživanjima i u ovom istraživanju korišćen termin „hronični posttraumatski stresni poremećaj, a ne trajna izmena ličnosti nakon katastrofičnog iskustva“ čiji nozološki i taksološki status na osnovu dosadašnjih longitudinalnih studija, uprkos uvođenja u klasifikacioni sistem MKB-9, ostaje i dalje vrlo diskutabilan. Primenom SCID I (modul za posttraumatski stresni poremećaj) izdvojen je uzorak od 30 ispitanika kod kojih i sada postoje elementi za postavljanje dijagnoze, dakle grupa sa hroničnim oblikom poremećaja, kojoj je pridružena grupa iste veličine, od preostalih ispitanika, kod kojih aktuelno nema elemenata poremećaja, grupa bez hroničnog poremećaja. Tako je uzorak za istraživanje sveden na ukupno 60 ispitanika, po 30 u svakoj grupi.

Prosečna starost ispitanika u celom uzorku bila je 48 godina pri čemu je najmlađi ispitanik imao 36, a najstariji 65 godina. U momentu postavljanja dijagnoze akutne forme poremećaja svi ispitanici bili su 15 godina mlađi.

Kada je o profesionalnom statusu reč, kompletan uzorak je bio podeljen na 3 grupe. Prvu, koju su činili zaposleni, drugu nezaposleni i treću grupu koju su činili penzioneri (Tabela 1).

Što se obrazovanja tiče, uzorak je podeljen na grupe sa završenom osnovnom, srednjom i višom/visokom školom. Najviše je bilo srednjoškolaca po obrazovanju (80%), dok je onih sa osnovnom i višom/visokom bilo po 10% u odnosu na ceo uzorak (Tabela 1).

Najveći broj ispitanika dolazio je iz grada (80%), pri čemu je njihov broj ujednačeniji kada se grupe porede međusobno (22 ispitanika iz grada sa dijagnozom hroničnog PTSP i 26 ispitanika iz grada bez dijagnoze hroničnog PTSP naspram 8 ispitanika iz sela sa dijagnozom hroničnog PTSP i 4 ispitanika iz sela bez dijagnoze hroničnog PTSP. (Tabela 1)

U odnosu na bračni status uzorak je podeljen na grupu onih koji žive sa partnerom u bračnoj ili vanbračnoj zajednici (oženjeni), grupu razvedenih i onih koji nisu zasnivali zajednicu (Tabela 1). Najveći broj ispitanika živi u zajednici (65%) od toga veći broj u grupi bez hronične forme bolesti. Iako je broj razvedenih ispitanika u uzorku relativno mali (8) nešto je veći u grupi sa hroničnom formom bolesti. Od ukupnog broja razvedenih ispitanika u našem istraživanju najveći broj njih se razveo nakon rata, 1999. godine (75%), što bi na većem uzorku bilo verovatno i statistički značajno povećanje broja razvoda nakon ratnih dešavanja a to, pak, govori o problemima u bračnom i partnerskom funkcionisanju koje opisuju i drugi istraživači.

Generalno, grupe sa i bez hronične forme nisu statistički značajno različite u pogledu sociodemografskih karakteristika te se može pretpostaviti da navedene karakteristike neće determinisati eventualne razlike ostalih ispitivanih parametara.

U pogledu bračnog statusa kao jedne od sociodemografskih karakteristika naša su zapažanja da su partneri ispitanika koji su učestvovali u istraživanju u velikom broju tražili psihološko-psihiatrijsku pomoć, nezavisno, nekada čak i ranije od svojih supružnika, zbog problema u zajedničkom životu sa njima. O brojčanoj dimenziji te vrste sekundarne traumatizacije nemamo podatke ali je naš utisak da to predstavlja veliki problem i u tom smislu naše istraživanje poput onih u svetu prepoznaje narušene partnerske relacije kao problem. Čini se da zajedništvo ima protektivnu ulogu (veći broj oženjenih u grupi bez hronične forme), a da hronicitet ometa kako sklapanje braka tako i njegov opstanak. Magruder nalazi niži intenzitet poremećaja kod veterana koji žive sa nekim, ali ne statistički značajan (Magruder, 2004). Najmlađi učesnik našeg istraživanja ima 36 godina, a u celom uzorku je petina njih (21%) koja nije do sada formirala zajednicu što bi se realno očekivalo obzirom na njihovu starost.

Nezavisno od toga da li problem posmatramo psihoanalitički kao nemogućnost mobilizacije mentalne ekonomike u novim situacijama i u seksualnost u stanju kada organizam kao sistem zatvara granice prema spolja i sve kapacitete stavlja u službu

održanja ravnoteže (Fenichel, 1961) ili kao alijenaciju, zaleđenost, smanjenje emotivnih kapaciteta, činjenica je da veterani izgledaju emocionalno „zamrznuti“ u nekoj vremenskoj tački i oštećenih afektivnih kapaciteta. Naš je utisak, iz velikog broja razgovora, koji smo sa našim ispitanicima obavili kako za potrebe ovog istraživanja tako i u kontekstu našeg terapijskog rada sa njima tokom lečenja na našoj klinici, da depresivni korelati njihovog ponašanja (povlačenje, izolacija, pad volje i inicijative, redukcija kontakata, prestanak interesovanja za stvari i aktivnosti koje su to ranije bile, smanjen opšti životni tonus) otežavaju afektivne relacije smanjujući kapacitet za afektivno vezivanje i sprečavajući formiranje partnerskih relacija ili, pak, komplikujući i usložnjavajući relacije koje već postoje.

S druge strane, i mi kao i drugi istraživači, tokom razgovora, dobijamo podatke o ozbiljno narušenim porodičnim relacijama. Riggs nalazi da 70% veterana ima ozbiljno narušene partnerske relacije, kao i da veterani sa PTSP-om češće od onih bez njega preuzimaju korake ka odvajanju od partnera (Riggs, 2005). Byrne i Riggs nalaze fizičku agresivnost u 63% slučajeva u toku zadnjih godinu dana (Byrne & Riggs, 1996). Simptomi vegetativne prenadraženosti smatraju se važnim prediktorom agresivnosti (Taft, 2007). Evans govori o problemu besa, depresivnosti i zloupotrebe alkohola kao faktorima koji remete bračnu zajednicu (Evans, 2003).

Kada je o zloupotrebi alkohola reč, naši ispitanici i njihove supruge različito izveštavaju o tome i dok oni negiraju ili minimiziraju povećanu upotrebu alkohola, njihove supruge se žale da je to veliki problem. Cosgrove govori o narušenom seksualnom funkcionisanju veterana (Cosgrove, 2002), a neki autori izveštavaju da se čak 48% brakova veterana iz vijetnamskog rata razvelo u prvih šest meseci po njihovom povratku iz rata (Price et al, 2014). Naš je zaključak da učesnici rata koriste alkohol kao vid samomedikacije koji umesto lekova ili u kombinaciji sa njima usložnjava njihove probleme kroz narušene socijalne odnose generišući sukobe (u braku, na poslu, sa roditeljima, sa zakonom).

Takođe, ono što smo приметili tokom lečenja obolelih od hroničnog oblika PTSP-a je da se bračne relacije često formalno održavaju kroz fizičko razdvajanje partnera (bez formalnog prekida zajednice) pri čemu se naši pacijenti odlučuju za samotarski oblik življenja (selo, vikendica) naglašavajući kapacitet „prirode“ da leči u smislu mira koji tamo nalaze. Svi oni naglašavaju odsustvo stimulusa ali i ređe

interakcije sa ljudima kao pozitivne faktore njihovog mira što upućuje na vegetativnu prenadraženost i pokušaj zaštite kroz redukciju spoljnih nadražaja.

Isto tako, u grupi sa hroničnim PTSP-om najveći je broj angažovanih po službenoj dužnosti (16 ispitanika u grupi sa hroničnim PTSP prema 8 u grupi bez, ostalo su mobilisani ili dobrovoljci) što može upućivati na to da je hronifikacija tegoba jedan vid komunikacije sa okolinom u smislu nezadovoljstva svojim aktuelnim statusom koji može predstavljati razlog za konzerviranje tegoba i hronifikaciju. Naime, veliki broj učesnika rata je posle rata izgubio posao ili su se njihovi prihodi smanjili (što je refleksija generalnih tokova u tranzicionoj državi posle rata) a to je dodatno otežalo njihovo posleratno ekonomsko, a potom i svako drugo, funkcionisanje. U takvoj situaciji, iz razgovora sa njima vidljiva je ogorčenost i nezadovoljstvo koje komplikuje poremećaj i produbljuje jaz veterana sa okolinom koji nalaze i drugi istraživači na našem podneblju (Samardžić, 2003). Tada hronifikacija postaje njihov način komunikacije sa svetom koji, neki svesno, neki bez svesne namere, ne mogu da prekinu.

Utisak je da smetnje koje perzistiraju dovode veterane u sukob sa okolinom čineći ih pojačano osetljivim, vulnerabilnim te su njihove reakcije prejake u intenzitetu ili neprimerene u kvalitetu na šta onda okolina reaguje još većim odbacivanjem i pritiskom što, pak, provocira još snažniju dekompenzaciju veterana čime se krug zatvara i gde više nije jasno šta je uzrok a šta posledica.

Najveći broj ispitanika smatra da tegobe koje imaju neće nestati nikad (čak 63% u ukupnom uzorku) a četvrtina njih je nesigurna u vezi sa tim. Ispitanici sa hroničnom formom poremećaja prednjače u stavu da su njihove tegobe trajne, što je u skladu sa hronifikacijom tegoba i njihovim ličnim iskustvom. Takođe, ovakav stav može biti u vezi sa navedenim načinom komunikacije sa okolinom.

Što se interdimenzionalnog upoređivanja tiče, na Plutchikovom Profil Index emocija testu, na prvoj evaluaciji, u ukupnoj populaciji ispitanika, opozicionalnost kao crta je najmanje izražena, dok su inkorporacija i reprodukcija najistaknutije kod svih ispitanika (Tabela 2) što je nalaz sličan onom u normalnoj populaciji (Kostić, 2003). Ipak, raspon vrednosti koji ide od jako niskih do jako visokih govori o velikim međusobnim razlikama između ispitanika u izraženosti pojedinih dimenzija ličnosti.

Interdimenzionalno upoređivanje, na reevaluaciji za kohortu u celini, na istom testu pokazuje da je opozicionalnost i dalje najmanje izražena osobina ličnosti kod svih

ispitanika a deprivacija najizraženija. I ovde postoji veliki raspon vrednosti pojedinih dimenzija između ispitanika uz generalni rast depresivnosti na reevaluaciji (Tabela 3).

Poređenje prosečnih skorova na PIE testu prilikom merenja u dva vremenski različita trenutka za celu kohortu pokazuje da na uzorku u celini nisu dobijene statistički značajne razlike između prosečnih skorova (Tabela 4). Može se konstatovati diskretan trend povišenja deprivacije sa protokom vremena kao i sniženja opozicionalnosti i nekontrolisanosti koji bi na većem uzorku možda bio statistički značajan. U svakom slučaju, stiže se utisak da je sa proticanjem vremena osećaj gubitka nešto viši, kao i da se uspostavlja nešto bolja kontrola ponašanja uz manje opozicione tendencije na uzorku u celini.

Poređenje prosečnih skorova grupe sa hroničnom formom poremećaja u pogledu osnovnih dimenzija na PIE prilikom sadašnje i prethodne evaluacije nije dalo potvrdu statističke značajnosti razlika (Tabela 5). Ipak, na osnovu prikazanih vrednosti uočava se diskretan porast inkorporacije i reprodukcije (nešto bolja uključenost u okolinu) sada kao i smanjenje opozicionalnosti što, generalno, govori o nešto malo boljoj prilagođenosti u odnosu na pre.

Poređenje prosečnih skorova grupe bez hronične forme PTSP u pogledu osnovnih dimenzija na PIE, sada i ranije, takođe ne ukazuje na postojanje statističke značajnosti (Tabela 6). Diskretan rast deprivacije sada u odnosu na ranije može da uputi na „razrešenje“ tegoba kroz opšti pad raspoloženja i osećanje gubitka koje dolazi na njihovo mesto kao da se tegobe poremećaja „prelivaju“ u osećanje gubitka što bi na većem uzorku možda bilo izraženije. Ovo, takođe, asocira na komorbiditet između PTSP i depresije o kome govore istraživači s ovog podneblja (Simonović, 2011).

Naši istraživači ovog poremećaja upoređujući vrednosti na PIE kod standardnog uzorka, ranjenika i veterana nalaze da ratnici imaju znatno nižu reprodukciju, samozaštitu i bias a povišenu nekontrolisanost i deprivaciju (Trlaja et al, 1997). Ovi autori smatraju da „ako emocije služe prilagođavanju i pomažu organizmu da se suoči sa ključnim problemima opstanka“ (Plutchik) onda su promene ponašanja ratnika uzrokovane potrebom da se prilagode borbi i ratištu. Zato su oni manje konformirani, više samosvojni (niži bias), manje okrenuti ljudima i vezivanju (reprodukcija), manje u strahu i više skloni rizičnim ponašanjima (zaštita i nekontrolisanost), a zbog istrgnutosti

iz uobičajenog društvenog miljea osećaju se napušteno i sebi prepušteni - deprivacija (Tabela 18).

**Tabela 18** Vrednosti dimenzija PIE na celom uzorku istraživanja Trlaja, Kostić, Dedić

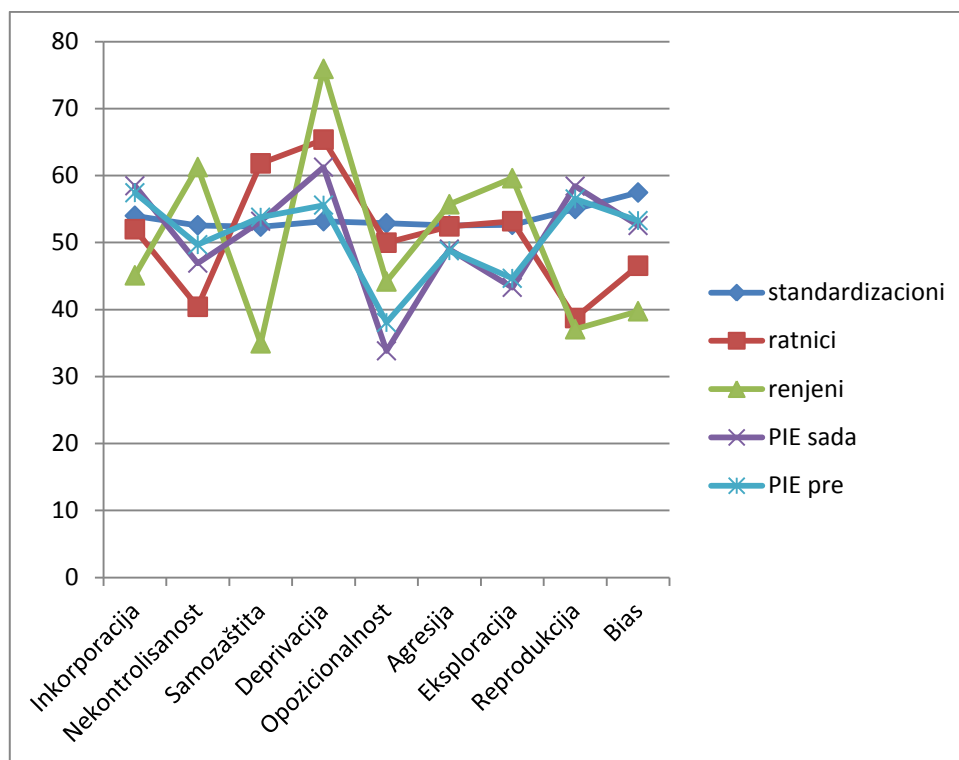
Dimenzija	Standardiz.		Ratnici		Ranjeni		Značajnost	
	AS	SD	AS	SD	AS	SD	AS	SD
Inkorporacija	53,99	30,13	51,98	29,75	45,10	27,89	1,15	1,45
Nekontrolisanost	52,57	29,15	40,40	25,00	61,26	28,20	7,91	4,41
Samozaštita	52,37	28,94	61,81	26,10	34,95	30,77	5,98	5,21
Deprivacija	53,18	28,27	65,36	24,50	75,92	23,03	8,10	2,69
Opozicionalnost	52,87	28,50	49,97	28,69	44,18	32,17	1,73	1,07
Eksploracija	52,64	28,64	53,18	26,60	59,60	29,33	0,34	1,30
Agresija	52,55	28,35	52,41	24,11	55,71	28,84	0,10	0,68
Reprodukcija	55,00	30,55	38,72	28,73	37,05	31,01	9,51	0,32
Bias	57,46	33,32	46,53	28,18	39,74	27,08	6,27	1,48

Napravili smo poredenje sa našim rezultatima (Tabela 19, Grafik 1)



**Tabela 19** Razlike na dimenzijama ličnosti između uzorka iz istraživanja Trlaja, Kostić, Dedić (1997), standardizacionog, ratnika i ranjenika i uzorka iz našeg istraživanja

Grupe		Ink.	Nekon	Sam.	Depr	Opoz.	Agres.	Ekspl.	Repr.	Bias
Standard.	AS	53.99	52.57	52.37	53.18	52.87	52.55	52.64	55.00	57.46
PIE sada	AS	58.47	46.92	53.17	61.25	33.83	49.02	43.3	58.42	52.53
	t	1.335	<b>2.201</b>	0.304	<b>2.360</b>	<b>6.554</b>	1.070	<b>3.808</b>	0.970	1.812
	p	>0.05	<b>&lt;0.05</b>	>0.05	<b>&lt;0.05</b>	<b>&lt;0.05</b>	>0.05	<b>&lt;0.05</b>	>0.05	>0.05
Standard.	AS	53.99	52.57	52.37	53.18	52.87	52.55	52.64	55.00	57.46
PIE pre	AS	57.43	49.67	53.77	55.58	38.05	48.77	44.65	56.5	53.27
	t	0.979	0.434	0.463	0.743	<b>4.933</b>	1.079	<b>3.648</b>	0.378	1.410
	p	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<b>&lt;0.05</b>	>0.05	<b>&lt;0.05</b>	>0.05	>0.05
Ratnici	AS	51.98	40.4	61.81	65.36	49.97	52.41	53.18	38.72	46.53
PIE sada	AS	58.47	46.92	53.17	61.25	33.83	49.02	43.3	58.42	52.53
	t	1.839	<b>2.428</b>	<b>2.786</b>	1.172	<b>5.218</b>	1.002	<b>3.772</b>	<b>5.375</b>	<b>2.101</b>
	p	>0.05	<b>&lt;0.05</b>	<b>&lt;0.05</b>	>0.05	<b>&lt;0.05</b>	>0.05	<b>&lt;0.05</b>	<b>&lt;0.05</b>	<b>&lt;0.05</b>
Ratnici	AS	51.98	40.4	61.81	65.36	49.97	52.41	53.18	38.72	46.53
PIE pre	AS	57.43	49.67	53.77	55.58	38.05	48.77	44.65	56.5	53.27
	t	1.483	<b>3.227</b>	<b>2.557</b>	<b>2.866</b>	<b>3.741</b>	1.017	<b>3.595</b>	<b>4.374</b>	<b>2.178</b>
	p	>0.05	<b>&lt;0.05</b>	<b>&lt;0.05</b>	<b>&lt;0.05</b>	<b>&lt;0.05</b>	>0.05	<b>&lt;0.05</b>	<b>&lt;0.05</b>	<b>&lt;0.05</b>
Ranjenici	AS	45.1	61.26	34.95	75.92	44.18	55.71	59.6	37.05	39.74
PIE sada	AS	58.47	46.92	53.17	61.25	33.83	49.02	43.3	58.42	52.53
	t	<b>2.408</b>	<b>2.775</b>	<b>3.174</b>	<b>2.943</b>	1.682	1.195	<b>3.118</b>	<b>3.522</b>	<b>2.529</b>
	p	<b>&lt;0.05</b>	<b>&lt;0.05</b>	<b>&lt;0.05</b>	<b>&lt;0.05</b>	>0.05	>0.05	<b>&lt;0.05</b>	<b>&lt;0.05</b>	<b>&lt;0.05</b>
Ranjenici	AS	45.1	61.26	34.95	75.92	44.18	55.71	59.6	37.05	39.74
PIE pre	AS	57.43	49.67	53.77	55.58	38.05	48.77	44.65	56.5	53.27
	t	<b>2.182</b>	<b>2.201</b>	<b>3.265</b>	<b>4.135</b>	1.030	1.201	<b>2.897</b>	<b>3.071</b>	<b>2.604</b>
	p	<b>&lt;0.05</b>	<b>&lt;0.05</b>	<b>&lt;0.05</b>	<b>&lt;0.05</b>	>0.05	>0.05	<b>&lt;0.05</b>	<b>&lt;0.05</b>	<b>&lt;0.05</b>



**Grafik 1** Vizuelni prikaz vrednosti aritmetičkih sredina u oba istraživanja

Poređenje između naših ispitanika (ceo uzorak) i veterana u ovom radu govori o tome da sada postoji statistička značajnost razlika u izraženosti nekontrolisanosti, reprodukcije i biasa (viši na našem uzorku) i samozaštite, opozicionalnosti, eksploracije (viši kod veterana iz pomenutog rada) kao i ranije, gde ostaje isti odnos odnosno viša nekontrolisanost, reprodukcija, bias na našem uzorku i viša samozaštita, opozicionalnost, eksploracija ali i depresivnost kod veterana iz pomenutog rada. Pomenute razlike mogu biti posledica protoka vremena koji je ublažio samozaštitu, opozicionalnost, eksploraciju našeg uzorka (prethodno istraživanje objavljeno 1997. godine, naše izvršeno 2013-2014).

U jednom drugom radu istraživača s prostora bivše SFRJ, autori nalaze visoke vrednosti na agresivnosti, deprivaciji, opozicionalnosti a niske na dimenzijama inkorporacije, reprodukcije, eksploracije i bias (Mršić-Husar & Bogović 2008).

Analiza deskriptivne statistike osnovnih dimenzija na Upitniku o kvalitetu života Svetske zdravstvene organizacije na prvoj evaluaciji za uzorak u celini pokazuje najviše skorove na subskali Socijalne relacije, a najniže na proceni Opšteg stanja. Takođe,

značajna je pouzdanost ispitivanih subskala nađena na dimenzijama Psihičko zdravlje (0,87), Opažaj okoline (0,85), Fizičko zdravlje (0,84) i Opšte stanje (0,82). Niska vrednost subskale Socijalne relacije govori o smanjenoj pouzdanosti ove skale na ovoj populaciji (cela kohorta) u ovom vremenskom trenutku (Tabela 7).

Slično je dobijeno i analizom deskriptivne statistike osnovnih dimenzija na ovom upitniku u sadašnjem trenutku na celoj kohorti uz bolju pouzdanost subskale Socijalne relacije koja sada bolje meri ovu dimenziju u odnosu na prethodnu evaluaciju (0,75 prema 0,64 ranije) te se dobijene vrednosti mogu smatrati pouzdanijim. Značajna pouzdanost ostalih subskala (Opšte stanje, Fizičko zdravlje, Psihičko zdravlje, Opažaj okoline) potvrđena je i na reevaluaciji (Tabela 8).

Poređenje prosečnih skorova na osnovnim dimenzijama Upitnika o kvalitetu života sad i ranije na uzorku u celini pokazuje da nema statističke značajnosti razlika ni u jednom aspektu kvaliteta života. Ostvarene promene, na nivou celog uzorka, minimalne su, a najveća je u domenu Psihičkog zdravlja (Tabela 9).

U stratifikacionoj grupi ispitanika sa hroničnim PTSP nisu uočene statistički značajne razlike u prosečnim dimenzijama na Upitniku o kvalitetu života između prethodne i sadašnje evaluacije (Tabela 10), ali je kod grupe bez hroničnog PTSP sada uočen značajno niži prosečan skor na dimenziji psihičko zdravlje u odnosu na pre. To može biti indikator „prelivanja“ patologije akutnog poremećaja u slabiju samoprocenu, niže samopouzdanje, slabiju koncentraciju sada, a što je sadržano u dimenziji psihičkog zdravlja (Tabela 11). Obzirom da se registruju niže vrednosti i na ostalim parametrima kvaliteta života (iako nisu statistički značajne kao što je slučaj sa Psihičkim zdravljem), nameće se zaključak o generalnom padu kvaliteta života u odnosu na pre kod grupe bez PTSP što može da predstavlja ekvivalent hronifikaciji na drugom nivou, ne kao hronični PTSP već kao trajno smanjen kvalitet života u odnosu na ranije.

Poređenje dveju grupa, sa i bez hroničnog PTSP, u trenutku prve evaluacije pokazuje da je grupa koja će kasnije razviti hroničnu formu poremećaja, tada, u prvom trenutku, lošije procenjivala svoj kvalitet života, konkretno svoje Fizičko i Psihičko zdravlje, Opšte stanje i Odnose sa okolinom ( $p < 0,05$ ) (Tabela 12). Grupa bez hroničnog PTSP pokazuje, takođe, u ovom trenutku, statistički značajnu razliku u pogledu opažaja kvaliteta života u odnosu na grupu kod koje postoji hronifikacija poremećaja (Tabela 13).

Ovi rezultati mogu ukazivati na to da se već tada, u trenutku postavljanja dijagnoze poremećaja u njegovom akutnom obliku, može na osnovu izvesnih mehanizama ličnosti, koji se vrlo verovatno tiču individualne rezilijentnosti, a koji su sadržani u opažaju kvaliteta života koji je subjektivan doživljaj, predvideti hoće li poremećaj razviti hroničnu formu. Ovo je u skladu sa sličnim nalazima drugih autora (Talbert et al, 1993; Lauterbach & Vrana, 2001). Ispitanici koji su tada opažali svoj kvalitet života u domenu psihičkog i fizičkog zdravlja boljim kao i svoje socijalne relacije bili su, na neki način, „zaštićeniji“ od produblivanja svog stanja iako je dijagnoza akutnog poremećaja bila tada i kod njih postavljena. Ovo otvara pretpostavku da se potencijal za hronifikaciju nalazi u načinu na koji ispitanik posmatra sebe, svoje zdravlje, svoje relacije obzirom da je postignuće na upitniku koji meri kvalitet života dobrim delom odraz subjektivnog stava o tom kvalitetu i rezultat je samoprocene. Takođe, ovaj nalaz potvrđuje neka druga istraživanja u kojima je uočen protektivni značaj socijalnih faktora, odnosno socijalnu podršku u smanjivanju štete koju je načinio posttraumatski stresni poremećaj (Kotler et al, 2001; Samardžić, 2003; Klarić et al, 2008).

Rezultati našeg istraživanja koji govore o narušenom fizičkom zdravlju i narušenom kvalitetu života u tom domenu kod hronično obolelih, **potvrđuju našu prvu hipotezu o postojanju razlike u kvalitetu života između grupe sa i grupe bez hronične forme bolesti**. Dobijeni zaključak u skladu je sa nalazima drugih naših i stranih istraživača koji nalaze narušeno fizičko zdravlje i narušen kvalitet života iz tog razloga.

Oštećeno fizičko zdravlje kod hronične forme poremećaja opisuju Špirić i Samardžić koji nalaze psihogenu etiologiju endokrinog disbalansa obzirom da postojanje povrede glave nije uticalo na nivo hormona kod traumatizovanih (Špirić & Samardžić, 2004).

Antičević i saradnici nalaze lošiji kvalitet života veterana u svim domenima u odnosu na kontrolnu grupu. Jačina simptoma poremećaja visoko korelira sa kvalitetom života veterana. Ipak i veterani bez hronične forme imaju oštećeno funkcionisanje i kvalitet života generalno u odnosu na kontrolnu grupu što govori o lošem uticaju ratnog angažovanja nezavisno od dijagnoze (Antičević et al, 2012).

Zatzick i saradnici na uzorku veterana nalaze značajnu razliku u kvalitetu života kod hronične forme poremećaja u odnosu na onu koja to nije između ostalog i u domenu fizičkog zdravlja (Zatzick et al, 1997).

Schnurr i saradnici nalaze jasnu povezanost jačine posttraumatskog stresnog poremećaja i slabijeg kvaliteta života i u tom smislu intenzitet poremećaja je snažan prediktor kvaliteta života. Kada je fizičko zdravlje u pitanju, ta veza nije tako jaka, i jačina poremećaja, nalaze ovi istraživači, nije tako pouzdan prediktor fizičkog zdravlja (Schnurr et al, 2006).

Magruder zaključuje da izraženi simptomi poremećaja uzrokuju slab fizički i mentalni status, a slično nalazi i Richardson sa saradnicima koji kaže da veterani sa posttraumatskim stresnim poremećajem imaju niži mentalni i fizički kvalitet života što objašnjavaju depresivnošću veterana (Magruder et al, 2004; Richardson et al, 2008).

Hoge i saradnici na studiji ratnih veterana iz Iraka godinu dana nakon povratka iz rata nalaze snažnu vezu između posttraumatskog stresnog poremećaja i problema sa fizičkim zdravljem. Oni konstatuju da skoro 17% njih i sada ispunjava kriterijume za dijagnozu i da je ona vezana za niži nivo opšteg zdravlja, više poseta lekaru, veći broj izgubljenih radnih dana i ozbiljnije somatske simptome, a Kang i saradnici govore o vezi između hronične forme poremećaja i hroničnog umora (Kang et al, 2002; Hoge et al, 2007).

Mnogi autori nalaze vezu između kardiovaskularnih oboljenja i dugotrajnog posttraumatskog poremećaja (Falger et al 1992; Kagan et al, 1999; Bedi & Arora, 2007; Boscarino, 2008). dok Solter i saradnici analizom lipida u serumu nalazi rizik za arteriosklerozu asociranu sa ovim poremećajem (Solter et al, 2002). Vieweg govori o povećanoj gojaznosti kod veterana (Vieweg, 2006).

Ajduković i saradnici nalaze da osobe sa posttraumatskim stresnim poremećajem uzrokovanim ratom procenjuju svoje fizičko i psihičko zdravlje lošijim od pacijenata sa depresijom (Ajduković et al, 2007).

U domenu fizičkog zdravlja i naši ispitanici su u velikoj meri imali probleme koji se tiču spavanja. Upoređivanjem aritmetičkih sredina na delu upitnika o kvalitetu života koji se tiče kvaliteta spavanja, i u prošlom i u sadašnjem trenutku, uočeno je da je kvalitet spavanja bolji kod grupe bez hronične forme poremećaja s tim što je ta razlika i

statistički značajna u prethodnom merenju. Ovo govori o prediktivnoj moći kvaliteta spavanja u odnosu na hronifikaciju.

Neylan i saradnici izveštavaju o visokoj učestalosti noćnih mora kod veterana koji aktuelno imaju simptome poremećaja, pri čemu iskustvo učestvovanja u borbi visoko korelira sa učestalošću noćnih mora, umereno sa problemima spavanja (teškoće sa uspavlivanjem) i slabije sa narušenim tokom spavanja. Noćne more su, ovi istraživači kažu, najtipičnije za posttraumatski stresni poremećaj ratne geneze (Neylan et al, 1998). Slični su nalazi Inmana i saradnika koji govore o tome da su noćne more i insomnia centralni i dugotrajni simptomi poremećaja. Oni su poredeći nesanicu grupe veterana koja sada ispunjava kriterijume poremećaja i onu grupu koja ne ispunjava našli da prva grupa uz insomniju ispoljava anksioznost i agitaciju. Noćne more u ovoj grupi su se ponavljale i bile ozbiljniji remetilacki faktor za spavanje nego kod nesаницe grupe bez poremećaja. Grupa sa poremećajem, takođe, izveštava o umoru tokom većeg dela dana i o većem nivou anksioznosti prilikom buđenja (Inman et al, 1989).

Endaghl i saradnici opisuju značajnu razliku između veterana sa poremećajem i bez njega u pogledu kvaliteta spavanja koji je niži kod obolelih (Endaghl et al, 2000). Germain i Nielsen smatraju noćne more odgovornim za učestala buđenja u toku noći (Germain & Nielsen, 2003). Spoomaker i Montgomery smatraju da je fokusiranje na tretman problema sa spavanjem kod veterana od izuzetnog značaja jer noćne more predstavljaju bit poremećaja a ne sekundarni simptom (Spoomaker & Montgomery, 2008).

**Naša druga hipoteza bila je da postoje razlike u psihološkim karakteristikama između ispitanika sa i bez hronične forme poremećaja.** Ta razlika u sadašnjem trenutku nije nađena, čime ova **hipoteza nije potvrđena.** (Tabele 14, 15). Uočena je, međutim, razlika u prosečnim skorovima aritmetičkih sredina pri čemu grupa koja je razvila hroničnu formu PTSP ima veće vrednosti na skalama samozaštite, deprivacije, eksploracije a niže na skalama inkorporacije, nekontrolisanosti, reprodukcije što prevedeno na jezik ponašanja znači da su depresivniji, oprezniji a manje društveni, spontani. Interesantno je da su prosečni skorovi koji mere agresivnost prilično ujednačeni što se može objasniti kao trajna izmena nakon postavljanja dijagnoze PTSP nezavisno od toga da li je ili nije došlo do hronifikacije. Utisak je da rat

i ratno angažovanje menjaju intenzitet agresivnosti ali nam za validnije zaključivanje treba veći uzorak i kontrolna grupa (ispitanici koji nisu učestvovali u ratu i nemaju dijagnozu PTSP).

Moguće je da PIE nije mogao da dovoljno dobro diskriminiše razlike među grupama u pogledu karakteristika ličnosti ali je moguće i da iskustvo borbenog angažovanja i jednom postavljena dijagnoza PTSP menja ličnost bez obzira na aktuelno prisustvo ili odsustvo simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja o čemu postoji potvrda u literaturi (Milenković, 2003).

Modelom logističke regresije pokušali smo da razjasnimo interakciju karakteristika ličnosti i kvaliteta života odnosno ustanovimo *postoji li i koja je prirode veza između pojedinih dimenzija ličnosti i prognoziranog kvaliteta života* odnosno kakav je njihov prediktivni potencijal za pripadnost određenoj stratifikacionoj grupi. Za više nezavisnih varijabli (karakteristike ličnosti i kvalitet života ispitanih pri prvoj evaluaciji) primenom modela logističke regresije izdvojile su se Eksploracija i Bias (karakteristike ličnosti) i Opažaj okoline i Fizičkog zdravlja (kvalitet života) (Tabela 16). Pomenute varijable pokazale su se kao značajni prediktori pripadnosti stratifikacionim grupama. Prevedeno na jezik ponašanja ovo znači da bolji odnosi sa okolinom, pokušaj razumevanja i ovladavanja sredinskim faktorima, bolji opažaj socijalne podrške i bolji opažaj sopstvenog fizičkog zdravlja znače manju verovatnoću za nastanak hroniciteta. Praktične implikacije takvog zaključka ponovo nas vraćaju na značaj socijalne podrške, ali i kvalitetne zdravstvene zaštite, osećaja egzistencijalne sigurnosti, stalnih prihoda i ostalih faktora koji su u nadležnosti države, u prevenciji razvoja hroničnog PTSP.

U klasifikacionoj tabeli logističke regresije (Tabela 17) vidi se da su primenjene tehnike u 80% slučajeva u stanju da potvrde odsustvo ili povlačenje simptoma PTSP, dok su u 83% bile u stanju da potvrde prisustvo PTSP. U celini u 82% slučajeva primenjene tehnike su bile u mogućnosti da na osnovu dobijenih rezultata potvrde pripadnost odgovarajućoj stratifikacionoj grupi.

Slabost našeg istraživanja koja se ogleda u relativno malom uzorku, mi smo probali da nadomestimo longitudinalnošću, te smo grupe međusobno poredili kako u sadašnjem vremenskom trenutku, tako i ranije (po horizontali). Takođe, grupe smo poredili unutar sebe, te smo obe grupe poredili sa svojim postignućima od pre više od deset godina (po vertikali).

U odnosu na hipoteze naše istraživanje je **potvrdilo pretpostavku o narušenom kvalitetu života** i to u domenu **fizičkog zdravlja kod veterana sa hroničnom formom poremećaja** što se slaže sa nalazima drugih istraživača koje smo naveli u ovom radu.

Grupa koja nije vremenom razvila hroničnu formu opazala je ranije, u momentu postavljanja dijagnoze akutnog poremećaja, svoj kvalitet života boljim u odnosu na drugu grupu, što govori o faktorima ličnosti, individualnoj rezilijenciji kao važnom činiocu koji odlučuje o hronifikaciji. Ovo ostavlja pretpostavku da se potencijal za hronifikaciju nalazi u osnovnom stavu, da je „seme hronifikacije“ posađeno još u trenutku inicijalne dijagnoze i da je zavisno od unutrašnjih konstelativnih faktora jer su veterani obe grupe sa istom dijagnozom akutnog poremećaja i žive u istom društvu.

Značaj socijalno protektivnih faktora, vidljiv u (ne)zadovoljstvu socijalnim relacijama, dobijen je i na našem istraživanju. Takođe, hronicitet i fiksacija mogu biti odabrani „modus vivendi“ odnosno način komunikacije sa okolinom što je primećeno kao trend ponašanja kod nekih naših pacijenata.

Ono što smo uočili tokom 15 godina rada sa traumatizovanimima je različit tok poremećaja i različiti načini na koji su se oni adaptirali na nove/stare uslove života u civilstvu. Neki od njih su napustili tretman među kojima ima onih kojima je bolje ali i onih koje, čini se, jedva da smo tretmanom dotakli.

Oni su došli po pomoć u prvom, najakutnijem trenutku, kada su njihove tegobe bile neizdržive i kada su zbog intenziteta trpljenja bili prinuđeni da traže pomoć. Problem spavanja, noćnih mora, dnevnih „flash back“ epizoda, problem kontrole agresije, uznemiravajuća disocijativna stanja, neprilagođenost na mirnodopski život, problemi u emocionalnim relacijama (partnerstvo, roditeljstvo), bili su razlog dolaska na lečenje. Kasnije kada su prestali akutni simptomi koji su ustupili mesto dubokim promenama u ličnosti od kojih su neke radikalno izmenile njihove živote (razvod, gubitak posla) oni su nastavljali da žive, ne dolazeći više, uspostavivši psihološku ravnotežu na nekom novom, često patološkom, nivou.



Oni koji i sada dolaze kod nas, dolaze da sa nama podele neke događaje iz svojih života, svoju ogorčenost koja je često oterala njihove najbliže od njih, ljutnju na državu s kojom, često, započinju sudske procese sa ciljem da ostvare tzv. nematerijalnu štetu delom zbog ljutnje, delom zbog egzistencijalnih problema u kojima su se našli (što je refleksija opštih društvenih tokova).

Neki od njih imaju tegobe vezane za hronicitet a koje se tiču: problema sa spavanjem (simptom koji se najduže održava), problema odnosa sa okolinom (konfliktnost, netolerancija, impulsivnost), problema izazvanih prekomernom konzumacijom alkohola koji je prvo bio način samomedikacije, kasnije je ometao medikaciju, a na kraju, kod nekih, postao način prilagođavanja.

Grupa bez dijagnoze hroničnog poremećaja ipak je ranije bila zadovoljnija svojim psihološkim zdravljem te je slabljenje u ovom domenu jedan vid hronifikacije. Oni nisu razvili hroničnu formu (po kriterijumima) ali se trpljenje „preliva“ u taj deo kvaliteta života i kao da je to njihov supstitut za hronifikaciju. Hronična forma, paradoksalno, sada bolje opaža kvalitet života nego ranije, te se postavlja pitanje da li je to zato što im je tada bilo mnogo loše ili što je izveštavanje o hroničnosti vid komunikacije.

Protektivnost suživota sa partnerom vidljiva je kroz veliki broj razvedenih u hroničnoj grupi. Taj broj bi, sasvim sigurno, dostigao nivo statističke značajnosti, ali na ovom istraživanju nije zbog veličine uzorka. Naš je utisak da bračne relacije veterana izuzetno trpe pritisak njihovog stanja i u zajednicama koje nisu prekinute i da one opstaju zahvaljujući toleranciji supruga koja često dobija formu psihijatrijskog oboljevanja - mnoge supruge učesnika ovog istraživanja su naši pacijenti i to upravo iz razloga koje izvanredno opisuju neki, u uvodu pomenuti, autori (Zdelarević, 2011). Broj neoženjenih veterana koji na celom uzorku iznosi petinu, takođe nije zanemarljiv.

Osim toga, iako naši učesnici minimiziraju ili negiraju zloupotrebu alkohola, upadljivo je da njihove supruge izveštavaju o tome kao velikom problemu i tu se njihove izjave ne slažu. Naš je utisak da veterani imaju problem alkoholizma koji im dodatno komplikuje funkcionisanje ali se ovo istraživanje nije time detaljno bavilo.

Naša druga hipoteza pretpostavljala je da **postoji razlika u psihološkim karakteristikama između grupa sa i bez hronične forme poremećaja**. Mi tu hipotezu nismo dokazali što može govoriti o tome da iskustvo rata i dijagnoza PTSP

trajno menjaju obolele nezavisno od toga da li će oni razviti hroničnu formu poremećaja.

Naš generalni utisak je da smo samo delom osvetlili problem hronifikacije posttraumatskog stresnog poremećaja i da smo, držeći se nužno pravila koja naučno istraživanje mora da zadovolji, negde morali da žrtvujemo deo autentičnosti izlaganja naših ispitanika, naš unutrašnji osećaj koji se ne može operacionalizovati, opis odnosa koji smo s njima razvili sve ovo vreme njihovog tretmana, kao i naš snažan opšti doživljaj tog poremećaja, jer smo čuli ogroman broj iskustava, a svaki od naših pacijenata je imao samo ono svoje, lično.

Moramo priznati da naši najteži pacijenti nisu pristali da budu učesnici našeg istraživanja. Njihovi životi i priče nisu mogli da budu operacionalizovani i provučeni kroz stroge uniformne kriterijume nauke. Ono što oni nose je, nama se čini, najbliže suštini poremećaja i nama je bilo od pomoći da njihovom merom izmerimo težinu stanja kod svih veterana koje smo videli: kod kojih je on lakšeg a kod kojih je težeg stepena. Njihov otpor testiranju (a svako testiranje je simulacija realnosti) deo je njihovog otpora generalno svakom konformizmu i oni to nisu hteli da promene čak ni nakon što su sa nama razvili vrlo blizak odnos u kome dolaze samo da nas vide, nešto nam kažu, pohvale se, požale.

Tu najmaligniju formu poremećaja nismo često uspeli da obuhvatimo našim istraživanjem iz razloga njihove izolacije koja može biti uzrokovana različitim razlozima: odustajanjem od sebe i života, odsustvom nade da im može biti bolje, besom i ogorčenjem, dubokim osećajem da su drugačiji, željom da bliske ljude zaštite od svojih košmara, snažnim osećanjem krivice jer su u ratu prelazili granice koje nisu verovali da mogu, povlačenjem od svih stimulusa (što znači ljudi i kontakata sa njima) i bekstvom u prirodu (što mnogi opisuju kao najlekovitije). Mnogi od njih koje smo tada videli nisu više naši pacijenti. Da li su izlečeni, zalečeni ili su odustali, ne znamo pouzdano. Ispitanici koji čine naš uzorak su oni na konstantnom tretmanu, medikamentoznom ili psihoterapijskom, ali uključeni u institucionalne oblike lečenja i, samim tim, ne najteži.

Na kraju, radeći na ovom istraživanju, ali i lečeći naše ispitanike, bivše i one koji su i sada na tretmanu, razgovarajući sa njihovim porodicama koje su bile pomagači u lečenju, susreli smo se sa velikim brojem „skrivenih žrtava“ rata koje se sastoje

prvenstveno u suprugama i deci naših pacijenata. Izmene u ličnosti koje su nastupile kod veterana a koje se odnose na emocionalno udaljavanje, izolaciju, često i fizičku, gubitak interesovanja za svakodnevni život koji je, kako reče jedan od ispitanika „izgubio boju“, neprimerena grubost u komunikaciji, nefunkcionalnost u obavljanju svakodnevnih rutinskih poslova koji su od značaja za život porodice, uticale su na snažne potrese koji su radikalno menjali dinamiku njihovih porodičnih odnosa.

Supruge veterana su, često, klinički depresivne, u stanju produžene anksioznosti, osciluju između krivice, ljutnje, nemoći, suočene sa odsustvom prisutnog partnera do kojeg ne mogu da dopru, preuzimaju sve aktivnosti na sebe, žive u izolaciji koja im je nametnuta, lišene svega što bi partnerski odnos trebalo da predstavlja.

Deca naših ispitanika suočena sa roditeljskom nekompetencijom svojih očeva na svoje načine pokušavaju da prevaziđu nedostatak očinske figure, razvijajući mehanizme prilagođavanja koji su nekada društveno neprihvatljivi, nekada takvi da ih vode u depresivnost i izolaciju. Tako se trauma multiplicira do nivoa koji je nemoguće pretpostaviti. Takvo produženo i višeslojno njeno dejstvo predstavlja najozbiljniji deo hroničnog posttraumatskog poremećaja u smislu toga da na nevidljiv način ugrožava opšte zdravlje društva u osetljivim godinama iza rata. Otuda je potrebno punu pažnju posvetiti prepoznavanju sekundarno traumatizovanih i njihovom uključivanju u tretman ali ne samo kao pomagača već i kao onog kome, takođe, treba pomoć.

## 6. ZAKLJUČCI

Zaključci istraživanja su:

1. Grupa obolelih od hroničnog posttraumatskog stresnog poremećaja **se razlikuje** od grupe bez hronične forme u kvalitetu života i to u segmentu fizičkog zdravlja gde je grupa sa hroničnom formom slabijeg kvaliteta života u tom domenu, što se slaže sa nalazima drugih istraživača.
2. Istraživanjem **nismo potvrdili** da se na osnovu psiholoških karakteristika koje daje Plutchik-ov Profil Indeks Emocija može predvideti razvoj hronificiranog posttraumatskog poremećaja. Ovo može govoriti u prilog stabilosti bazičnih crta ličnosti kroz vreme nezavisno od ratnog iskustva veterana, odnosno razvoja hronificiranog posttraumatskog stresnog poremećaja.

## 7. LITERATURA

1. Ajduković D, Kraljević R, Penić S. Kvaliteta života osoba pogođenih ratom. *Ljetopis socijalnog rada*. 2007; 14/3:505-526.
2. Allport GW. The Functional Autonomy of Motives. *American Journal of Psychology*. 1937; 50:141-156.
3. Amaya Jackson L, Davidson JR, Hughes DS et al. Functional impairment and utilization of services associated with post traumatic stress in the community. *Journal of Traumatic Stress*. 1999;12:709-24.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association; 1980.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
6. Antičević V, Kardum G, Britvić D. War Veterans Quality of Life: The Impact of Lifetime Traumatic Experiences, Psychological Physical and Health-Related Characteristics. *Društvena istraživanja*. 2012; 20: 4.
7. Balayan K, Kahloon M, Tobia G, Postolova A, Peek H, Akopyan A, Lord M, Brownstein A, Aziz A, Nwabueze U, Blackmon B, Steiner A.J, López E, Waguih W. The impact of posttraumatic stress disorder on the quality of life: a systematic review. *International Neuropsychiatric Disease Journal*. 2014.
8. Barrett D. *Trauma and Dreams*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996.
9. Bašković-Milinković A. *Profil indeks emocija Priručnik*. Ljubljana: Center za psihodijagnostična sredstva; 1987.
10. Bedi US, Arora R. Cardiovascular manifestations of posttraumatic stress disorder. *Journal of the National Medical Association*. 2007; 99:642–649.
11. Begić D. Aggressive behavior in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Military Medicine*. 2001; 166:671–676.
12. Beltran RO, Silove D. Expert opinions about the ICD-10 category of enduring personality change after catastrophic experience. *Comprehensive Psychiatry*. 1999;40:396-403.

13. Beltran RO, Silove D, Llewellyn GM. Comparison of ICD-10 diagnostic guidelines and research criteria for enduring personality change after catastrophic experience. *Psychopathology*. 2009;42:113-8.
14. Beltran RO, Llewellyn GM, Silove D. Clinicians' understanding of International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision diagnostic criteria: F62.0 enduring personality change after catastrophic experience. *Comprehensive Psychiatry*. 2008;49:593-602.
15. Benyaminy Y, Ein Dor T, Ginsburg K, Solomon Z. Trajectories of Self-rated Health among Veterans: A Latent Growth Curve Analysis of the Impact of Post-traumatic Symptoms. *Psychosomatic Medicine*. 2009; 71:345-352.
16. Black DW, Carney CP, Forman-Hoffman VL, Letuchy E, Peloso P, Woolson RF, Doebbeling BN. Depression in veterans of the first Gulf War and comparable military controls. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2004; 16:53-61.
17. Boscarino JA. A prospective study of PTSD and early-age heart disease mortality among Vietnam veterans: Implications for surveillance and prevention. *Psychosomatic Medicine*. 2008; 70b, p.668-76.
18. Bravo-Mehmedbašić A, Kučukalić A, Popović S. (2003): Group Psychotherapy of torture survivors including victims of sexual torture. In: Tata-Arcel L, Popović S, Kučukalić A, Bravo-Mehmedbašić A. Treatment of torture and trauma survivors in a post-war society. Centre for torture victims, Sarajevo. 2003; p.246-254 .
19. Bravo-Mehmedbašić A, Kucukalić A, Kulenović A.D, Suljić E. Impact of chronic Posttraumatic Stress Disorder on the Quality of life of war survivors. *Psychiatria Danubina*. 2012; 22:430-5.
20. Braš M, Milunović V, Boban M, Brajković L, Benković V, Dorđević V, Polašek O. Quality of life in Croatian Homeland war (1991-1995) veterans who suffer from post-traumatic stress disorder and chronic pain. *Health and quality of life outcomes*. 2011; 9/7, p.56-1-56-8.
21. Bremner JD. Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*. 1993; 150:235-239.
22. Brende J, McDonald E. Post-traumatic spiritual alienation and recovery in Vietnam combat Veterans. *Spirituality Today*. 1989; 41:319-340.

23. Breslau N. The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma Violence Abuse*. 2009; 10:198-210
24. Breslau N. Psychiatric sequelae of low birth weight. *Epidemiological reviews*. 1995; 17:96-106.
25. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*. 1998; 55:626 – 632.
26. Boehnlein J, Kinzie D, Sekiya U, Riley C, Pou K, Rosborough B. One-Year Follow-Up Study of Posttraumatic Stress Disorder Among Survivors of Cambodian Concentration Camps. *American Journal of Psychiatry*. 1985; 142:956-959.
27. Byers AL, Yaffe, K. Depression and dementias among military veterans. *Alzheimers and Dementia*. 2014; 10/3, p.166-73.
28. Byrne CA, Riggs DS. The cycle of trauma; relationship aggression in male Vietnam veterans with symptoms of posttraumatic stress disorder. *Violence and Victims*. 1996;11/3, p.213-25.
29. Calhoun P, Beckham J, Feldman M, Barefoot J, Haney T, Bosworth H. Partners' ratings of combat veterans' anger. *Journal of Traumatic Stress*. 2002; 15/2, p.133-136
30. Calman K.C. Quality of life in cancer patients - an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*. 1984; 10/3, 124-7.
31. Carlson JG, Chemtob CM, Resnka K, Hedlund NL, Muraoka MY. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 1998; 11:3–24.
32. Chemtob C, Hamada R, Roitblat H, Muraoka M. Anger, impulsivity, and anger control in combat-related Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1994; 62/4:827-832.
33. Cosgrove D, Gordon Z, Bernie JE, Hami S, Montoya D, Stein MB, Monga M. Sexual dysfunction in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Urology*. 2002; 60/5:881-4.
34. Cummins RA. Assessing quality of life. In Brown R.I, editor. *Quality of life for people with disabilities: Models, research and practice*. Cheltenham, UK: Stanley Thornes Ltd; 1997; p. 116-150.

35. Ćorić O, Ljubotina D. Kvaliteta života ratnih veterana s tjelesnim invaliditetom koji igraju sjedeću odbojku. *Ljetopis socijalnog rada*. 2014; 20/3:387-414.
36. D'Ardenne P, Capuzzo N, Ruaro L, Priebe S. One size fits all? Cultural sensitivity in a psychological service for traumatised refugees. *Diversity in Health and Social Care*. 2005; 2:29-36.
37. Dadić-Hero E, Torić I, Ružić K, Medved P, Graovac M. Comorbidity –A troublesome factor in PTSD treatment. *Psychiatria Danubina*. 2009; 21:420 – 424.
38. Davidson J, Swartz M, Storck M, Krishnan RR, Hammett E. A diagnostic and family study of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1985; 142/1:90-3.
39. Davidson J, Hughes D, Blazer DG, George LG. Post-traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychological Medicine*. 1991; 21:713-721.
40. Deitz F. Explaining Combat Related Posttraumatic Stress Disorder: An Integrated Mental Illness and Military Process Model. *Electronic Theses and Dissertations*. 2014; Paper 2318.
41. Dekel R, Solomon Z, Bleich A. Emotional distress and marital adjustment of caregivers: Contribution of level of impairment and appraised burden. *Anxiety, Stress, and Coping*. 2005; 18:71–82.
42. Dekel R, Solomon Z. Marital relations among former POWs: Contribution of PTSD, aggression and sexual satisfaction. *Journal of Family Psychology*. 2006; 20/4:709-712.
43. Desimirović V. Trauma i traumatsko iskustvo. In: Vlajković J, Psihologija izbegništva. Beograd: Nauka. 1997; p. 59-69.
44. Dobry Y, Sher L. Post-traumatic stress disorder, associated medical illnesses, and suicidal behavior: Plenty of room for new research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2012; 46/7:684.
45. Dyer K, Dorahy M, Hamilton G, et al. Anger, aggression, and self-harm in PTSD and complex PTSD. *Journal of Clinical Psychology*. 2009; 65/10:1099-1114.
46. Eberly R, Engdahl B. Prevalence of somatic and psychiatric disorders among former prisoners of war. *Hospital and Community Psychiatry*. 1991; 42, 807-813.



47. Ehlers A, Maercker A, Boos A. Posttraumatic stress disorder following political imprisonment: the role of mental defeat, alienation, and perceived permanent change. *Journal of Abnormal Psychology*. 2000; 109/1:45-55.
48. Engdahl B, Dikel TN, Eberly R, Blank A. Posttraumatic stress disorder in a community group of former prisoners of war: a normative response to severe trauma. *American Journal of Psychiatry*. 1997; 154:1576-1581.
49. Engdahl B, Eberly R, Hurwitz T, Mahowald M, BlakeJ. Sleep in a community sample of elderly war veterans with and without posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*. 2000; 47:520–525.
50. Erickson D, Wolfe J, King D, King L, Sharkansky E. Posttraumatic stress disorder and depression symptomatology in a sample of Gulf War veterans: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2001; 69:41– 49.
51. Evans L, McHugh T, Hopwood M, Watt C. Chronic posttraumatic stress disorder and family functioning of Vietnam veterans and their partners. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2003; 37:765-772.
52. Fakhoury W, Priebe S. Subjective quality of life: its association with other constructs. *International Review of Psychiatry*. 2002; 14:219 –225.
53. Falger P, Op den Velde W, Hovens J, Schouten E, De Groen J, Van Duijn H. Current posttraumatic stress disorder and cardiovascular disease risk factors in Dutch Resistance veterans from World War II. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1992; 57:164–71.
54. Fenichel O. Psihoanaliticka teorija neuroza (The Psychoanalytic Theory of Neuroses). Beograd – Zagreb: Medicinska knjiga. 1961.
55. First, MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders. Washington DC: American Psychiatric Press, 1997.
56. Foa E, Dancu C, Hembree E, Jaycox L, Meadows E, Street G. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999; 67:194–200.
57. Folnegović Šmalc V. Posttraumatski stresni poremećaj. *Medix*. 2010; 89/90:134-7

58. Freeman T, Roca V. Gun use, attitudes toward violence, and aggression among combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. 2001; 189:317-320.
59. Freud S. *Introductory lectures on psychoanalysis XVII*, Standard Edition. London: Hogarth Press. 1917.
60. Frueh B, Smith J. Suicide, alcoholism, and psychiatric illness among union forces during the U.S. Civil War. *Journal of Anxiety Disorders*. 2012; 26:769–775.
61. Galovski T, Lyons J. Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior*. 2004; 9:477-501.
62. Germain A, Nielsen T. Sleep pathophysiology in PTSD and Idiopathic nightmare sufferers. *Biological Psychiatry*. 2003; 54:1092-1098.
63. Giacco D, Matanov A, Priebe S. Symptoms and Subjective Quality of Life in Post-Traumatic Stress Disorder: A Longitudinal Study. *Plos One*. 2013; 8/4:60991.
64. Ginzburg K, Ein-Dor T, Solomon Z. Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: a 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective Disorders*. 2010; 123:249-57.
65. Goenian A, Naarian L, Pynoos R, et al. Posttraumatic stress reactions after a single and double trauma. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994; 90:214-221.
66. Goldstein J. *War and Gender: How Gender Shapes the War System and Vice Versa*. Cambridge: Cambridge University Press. 2001.
67. Goldstein G, van Kammen W, Shelly C, Miller D, van Kammen D. Survivors of imprisonment in the Pacific Theater during World War II. *American Journal of Psychiatry*. 1987; 144:1210 – 1213.
68. Gotovac K. *Određivanje imunoreaktivnosti i hormonskog sustava u ljudi s posttraumatskim stresnim poremećajem*. Doktorska disertacija. Sveučilište u Zagrebu. 2005.
69. Grinker R, Spiegel H. *War neurosis*. New York: Blakiston. 1945.
70. Hamer M, Chida G. Psychological distress and cancer mortality. *Journal of psychosomatic Research*. 2009; 66:255-8.
71. Kang H, Natelson B, Mahan C, Lee M, Murphy F. Post-Traumatic Stress Disorder and Chronic Fatigue Syndrome-like Illness among Gulf War Veterans: A

- Population-based Survey of 30,000 Veterans. *American Journal of Epidemiology*. 2003; 157/2:141-148.
72. Helzer J, Robins L, McEvoy L. Posttraumatic stress disorder in the general population: Findings of the epidemiologic catchment area survey. *New England Journal of Medicine*. 1987; 317:1630-1634.
  73. Hendin H. Combat never ends: The paranoid adaptation to posttraumatic stress. *American Journal of Psychotherapy*. 1984; 38/1:121—131.
  74. Hoge C, Terhakopian A, Castro C, Messer S, Engel C. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *American Journal of Psychiatry*. 2007; 164:150-153.
  75. Horowitz M. *Stress Response Syndromes*. Northvale: Aronson. 1976.
  76. Horowitz M. *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson. 1978.
  77. Ikin J, Sim M, McKenzie P, et al. Anxiety, post-traumatic stress disorder and depression in Korean War veterans 50 years after the war. *British Journal of Psychiatry*. 2007; 190/6:475-483.
  78. Ikin J, Sim M, McKenzie D, Horsley K, Wilson E, Harrex W, et al. Life satisfaction and quality in Korean War veterans five decades after the war. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2009; 63:359-365.
  79. Ikin J, Creamer M, Sim M, McKenzie D. Comorbidity of PTSD and depression in Korean War veterans: prevalence, predictors, and impairment. *Journal of Affective Disorders*. 2010; 125/1-3:279-86.
  80. Inman D, Silver S, Doghramji K. Sleep disturbance in posttraumatic stress disorder: a comparison with non-PTSD insomnia. *Journal of Traumatic Stress*. 1990; p.429–436.
  81. Ispanović-Radojković V. Efekti ratne traume na decu. *Psihijatrija danas*. 1993; 25/1-2:33-54.
  82. Ispanović-Radojković V. Factors Influencing the Outcome of Traumatic Experiences in Childhood. In: *Health Hazards of Organized Violence in Children, II. Coping and Protective Factors*, ed: L. van Willigen. Stichting Pharos. 2000; p.83-92.
  83. Jaffe J, Segal J. *Post-traumatic stress disorder (PTSD): Symptoms, types and treatment*. Helpguide Mental Health Issues. 2005.

84. Jakupak M, Conybeare D, Phelps L, Hunt S, Holmes H, Felker B, McFall M. Anger, hostility, and aggression among Iraq and Afghanistan war veterans reporting PTSD and subthreshold PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 2007; 20:945–954.
85. Janet P. *Les Obsessions et la Psychasthénie*. Paris: Felix Alcan. 1903.
86. Janet P. L Amnesie et la dissociation des souvenirs par emotion. *Journal of Psychology*. 1904; 1:417-453.
87. Janet P. L *Etat mental des hystériques*. Paris: Félix Alcan. 1911.
88. Janković S. Dostupnost validnih instrumenata za merenje kvaliteta života istraživačima iz balkanskih zemalja: uticaj na razvoj farmakoeconomike. *ISPOR BH Newsletter*. 2012; 10:12.
89. Johnson D, Zlotnick C. Hope for battered women with PTSD in domestic violence shelters. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2009; 40:234-241.
90. Jordan B, Marmar C, Fairbank J, Schlenger W, Kulka R, Hough R, et al. Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992; 60:916–926.
91. Jovanović A. Porodične relacije pacijenata sa posttraumatskim stresnim poremećajem. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu. 1995.
92. Jovanović A, Jasović Gasić M, Ivković M, Milovanović S, Damjanović A. Reliability and validity of DSM-IV axis V scales in a clinical sample of veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatria Danubina*. 2008;20:286-300.
93. Kagan B, Leskin G, Haas B, Wilkins J, Foy D. Elevated lipid levels in vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*. 1999; 45/3:374–377.
94. Kang H, Bullman T, Taylor J. Risk of selected cardiovascular diseases and posttraumatic stress disorder among former World War II prisoners of war. *Annals of Epidemiology*. 2006; 16/5:381-6.
95. Kardiner A. *The traumatic neuroses of war*. New York: Paul B. Hoeber. 1941.
96. Kardiner A, Spiegel H. *War, Stress and Neurotic Illness*. New York: Paul B. Hoeber. 1947.

97. Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1995; 52/12:1048-60.
98. Kilpatrick D, Ruggiero K, Acierno R, Saunders B, Resnick H, Best C. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003; 71/4:692-700.
99. Kimerling R, Ouimette P, Wolfe J. *Gender and PTSD*. New York: Guilford. 2002.
100. King D, et al. Prewar factors in combat-related posttraumatic stress disorder: Structural equation modeling with a national sample of female and male Vietnam veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996; 64:520-531.
101. King D, Taft C, King L, Hammond C, Stone E. Directionality of the association between social support and posttraumatic stress disorder: A longitudinal investigation. *Journal of Applied Social Psychology*. 2006; 36:2980–2992.
102. Klarić M, Francisković T, Klarić B, Kresić M, et al. Social support and PTSD symptoms in war-traumatized women in Bosnia and Herzegovina. *Psychiatria Danubina*. 2008; 20/4:466-473.
103. Kluckhohn C, Murray H. Personality in nature, society and culture. *Journal of Clinical Psychology*. 1949; 5/1:105.
104. Kluznik J, Speed N, Van Valkenburg C, McGraw R. Forty-year follow-up of United States prisoners of war. *American Journal of Psychiatry*. 1986; 143:1443-1446.
105. Kolb L, Multalipassi L. The conditioned emotional response: a sub-class of the chronic and delayed post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Annals*. 1982; 12:979–987.
106. Kostić P. *Priručnik PIE-JRS*. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju. 1997.
107. Kotler M, Iancu I, Efroni R, Amir M. Anger, impulsivity, social support and suicide risk in patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. 2001; 189:162–167.
108. Krystal H. *Massive Psychic Trauma*. New York: International Universities Press. 1968.
109. Krizmanić M, Kolesarić V. Pokušaj konceptualizacije pojma kvalitete života, *Primijenjena psihologija*. 1989; 10:179-184.

110. Kucukalić A, Džubur-Kulenović A, Mehmedika-Suljić E. Relapse prevention in schizophrenia - new therapeutic challenges. *Psychiatria Danubina*. 2007; 19/4:362–366.
111. Kulka R, Schlenger W, Fairbank J, Hough R, Jordan B, Marmar C, et al. Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment study. New York: Bruner/Mazel. 1990.
112. Lamovec T. Emotions and defense mechanisms. Ljubljana: Zavod RS za produktivna dela. 1988.
113. Lapierre C, Schwegler A, LaBauve B. Posttraumatic Stress and Depression Symptoms in Soldiers Returning from Combat Operations in Iraq and Afghanistan. *Journal of Traumatic Stress*. 2007; 20/6:933–943.
114. Lasko N, Gurvits T, Kuhne A, Orr S, Pitman R. Aggression and its correlates in Vietnam veterans with and without chronic posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 1994; 35:373-381.
115. Lauterbach D, Vrana S. The relationship among personality variables, exposure to traumatic events, and severity of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress*. 2001; 14:29-45.
116. Lawhorne C, Philpott D. Combat-Related Traumatic Brain Injury and PTSD: A Resource and Recovery Guide. *Military Life*. Lanham, MD: Government Institutes. 2010.
117. Lifton R. *Death in Life: Survivors of Hiroshima*. New York City: Random House. 1968.
118. Lipničević Radić A. Psihološki aspekti amputacije. In: Psihosocijalne posljedice rata. Simpozij Filozofskog fakulteta, Sarajevo. 2000; p.104-109.
119. Ljubotina D, Pantić Z, Frančičković T, Mladic M, Priebe S. Treatment outcomes and perception of social acknowledgment in war veterans: follow-up study. *Croatian Medical Journal*. 2007; 48:157-166.
120. Magruder K, Frueh B, Knapp R, Johnson M, Vaughan J, Carson T, Powell D, Hebert R. PTSD symptoms, demographic characteristics, and functional status among veterans treated in VA primary care clinics. *Journal of Traumatic Stress*. 2004; 17/4:293–301.

121. Margolies L. Understanding the Effects of Trauma: Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). Psych Central. 2010.
122. Matsunaga C, Ristic D, Niregi M. Long-term effects of traumatic experience. Comparison study in the adolescent IDPs in Serbia. *Psychiatria Danubina*. 2006; 18:177-82.
123. McDermott K, Malte C, Martinez M, Simpson T. Association of participation in a mindfulness program with measures of PTSD, depression and quality of life in a veteran sample. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 68/1:101-116.
124. Merriam Webster Dictionary. <http://www.merriam-webster.com/dictionary/trauma> Accessed 15 Oct 2014.
125. Milenković T. Psihološke karakteristike učesnika rata obolelih od posttraumatskog stresnog poremećaja. Magistarska teza. Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu. 2003.
126. Milivojević J, Tonic N, Grubor S, Kokić-Arsić A, Savović I. Filozofija kvaliteta u funkciji novih znanja. *Kvalitet*. 2011; 21/7-8:79-82.
127. Mollica R. The trauma story: the Psychiatric Case of Refugee Survivors of Violence and Torture. In Ochberg F, editor: *Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence*. New York: Brunner/Mazel. 1987; p.295-314.
128. Monson C, Taft C, Fredman S. Military-related PTSD and Intimate Relationships: From Description to Theory-Driven Research and Intervention Development. *Clinical Psychology Review*. 2009; 29/8:707–714.
129. Mršić Husar S, Bogović A. Pie profil kod veterana domovinskog rata s kroničnim PTSP-om. *Suvremena psihologija*. 2008; 11:273-285.
130. Murray H. *Explorations in Personality*. New York: Oxford University Press. 1938.
131. Nastović I. *Neurotski sindromi*. Gornji Milanovac: Dečije Novine; 1984; p.312-3.
132. Neylan T, Marmar C, Metzler T, Weiss D, Zatzick D, Delucchi K, et al. Sleep disturbances in the Vietnam generation: Findings from a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*. 1998; 155:929–933.
133. Niederland W. The Problem of the Survivor. *Journal of the Hillside Hospital*. 1961; 10:233-47.
134. Ochs R. Decade later, trauma haunts 9/11 survivors. *Newsday*. 2011.

135. O'Donnell M, Creamer M, Bryant R, Schnyder U, Shalev A. Posttraumatic Disorders Following Injury: Assessment and Other Methodological Considerations. *Psychological Knowledge in Court*. 2006; p.70-84.
136. Olweny C. Quality of life in developing countries. *Journal of Palliative Care*. 1992; 8/3:25-30.
137. Pavlović S. Kognitivno-emocionalne promjene kod ratnih veterana sa razvijenim posttraumatskim stresnim poremećajem nakon rata u Bosni i Hercegovini. Doktorska disertacija. Filozofski fakultet, Univerzitet u Sarajevu. 2004.
138. Pereira M, Monteiro-Ferreira J. The After-effects of War: Long Term Consequences for Veterans, Spouses and Children. IV World Congress on Traumatic Stress, Buenos Aires. 2006.
139. Pereira M, Pedras S, Lopes C. Post Traumatic Stress, Psychological Morbidity, Psychopathology, Family Functioning and Quality of Life in Portuguese War Veterans. *Traumatology*. 2012; 18:49-58.
140. Pitman RK, Sparr LF, Saunders LS, McFarlane AC. Legal Issues in posttraumatic stress disorder. In: Bassel A, van der Kolk, McFarlane AC, Weisaeth L, editors. *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, Body, and society..* New York: The Guilford Press; 1996).
141. Plutchik R, Kellerman H. *Emotions Profile Index - Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services. 1974.
142. Post M, Noreau L. Quality of life after spinal cord injury. *Journal of Neurologic Physical Therapy*. 2005; 29/3:139-46.
143. Price M, Kearns M, Houry D, Rothbaum B. Emergency department predictors of posttraumatic stress reduction for trauma-exposed individuals with and without an early intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2014; 82:336–341.
144. Qureshi SU, Pyne JM, Magruder KM, Schulz PE, Kunik ME. The link between post-traumatic stress disorder and physical comorbidities: a systematic review. *Psychiatr Q*. 2009; 80:87-97).
145. Radoman V. Uloga psihičke traume i stresa u razvoju jezičkog poremećaja. Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Univerzitet u Beogradu. 2010.



146. Raifman LJ. Problem of diagnosis and legal causation in courtroom use of post-traumatic stress disorder. *Behav Sci Law*. 1983; 1:115-31.
147. Ramsay R, Gorst-Unsworth C, Turner S. Psychiatric morbidity in survivors of organised state violence including torture. A retrospective series. *British Journal of Psychiatry*. 1993; 162:55-59.
148. Rapaport M, Endicott J, Clary C. Posttraumatic stress disorder and quality of life: Results across 64 weeks of sertraline treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2002; 63:59–65.
149. Ravens-Sieberer U, Gosch A, Abel T, Auquier P, Bellach B, Bruil J, Dür W, Power M, Rajmil L. Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Sozial und Präventive medizine*. 2001; 46/5:294-302.
150. Richardson J, Long M, Pedlar D, Elhai J. Posttraumatic Stress Disorder and Health Related Quality Of Life (HRQol) among a Sample of Treatment- and Pension-Seeking deployed Canadian Forces Peacekeeping Veterans. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2008; 53:594-600.
151. Riggs D, Byrne C, Weathers F, et al. The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: problems associated with posttraumatic stress disorders. *Journal of traumatic stress*. 2008; 11:87-101.
152. Ruscio A, Ruscio J, Keane T. The latent structure of posttraumatic stress disorder: A taxometric investigation of reactions to extreme stress. *Journal of Abnormal Psychology*. 2002; 111:290-301.
153. Samardžić R. Risk factors for the development of chronic posttraumatic stress disorder in 1991 war veterans in Yugoslavia. Dissertation. Beograd: Vojnomedicinska akademija. 2003.
154. Samardžić R, Špirić Ž. Posttraumatski stresni poremećaj. *Vojnosanitetski pregled*. 2004; 61/1:47-57.
155. Sayers S, Farrow V, Ross J, Oslin D. Family problems among recently returned military veterans referred for a mental health evaluation. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2009; 70/2:163-170.
156. Schnurr P. PTSD and combat-related psychiatric symptoms in older veterans. *PTSD Research Quarterly*. 1991; 2:1–6.

157. Schnurr P, Friedman M, Rosenberg S. Premilitary MMPI scores as predictors of combat-related PTSD symptoms. *American Journal of Psychiatry*. 1993; 150:479-483.
158. Schnurr P, Hayes A, Lunney C, McFall M, Uddo M. Longitudinal analysis of the relationship between symptoms and quality of life in veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006; 74/4:707-13.
159. Schwartz S, Ponz A, Poryazova R, Werth E, Boesiger P, Khatami R, Bassetti C. Abnormal activity in hypothalamus and amygdala during humour processing in human narcolepsy with cataplexy. *Brain – a journal of Neurology*. 2005; p.514-522.
160. Sher L. Model of suicidal behavior in war veterans with posttraumatic mood disorder. *Medical Hypotheses*. 2009; 73/2:215–9.
161. Simonović M. Uticaj komorbidnog posttraumatskog stresnog poremećaja na kliničku prezentaciju depresivne epizode. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet, Univerzitet u Nišu. 2011.
162. Simonović M, Grbeša G, Milenković T, Radisavljević M. Procena kliničke depresije udružene sa posttraumatskim stresnim poremećajem. *Vojnosanitetski pregled*. 2008; 65/3:189-264.
163. Solomon Z, Mikulincer M. Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study. *Am J Psychiatry*. 2006; 163:659-66.
164. Solter V, Thaller V, Karlović D, Crnković D. Elevated Serum Lipids in Veterans with Combat-related Chronic Posttraumatic Stress Disorder. *Croatian Medical Journey*. 2002; 43/6:685-689.
165. Speed N, et al. Posttraumatic stress disorder as a consequence of the POW experience. *The Journal of nervous and mental disease*. 1989; 177/3:147-153.
166. Spencer E. Quality improvement in European healthcare. *Update Magazine*, Centre for Public Policy and Management, Manchester Business School. 2006.
167. Spoomaker V, Montgomery P. Disturbed sleep in post-traumatic stress disorder: Secondary symptom or core feature? *Sleep Medicine Reviews*. 2008; 12:169-184.
168. Stone AA. Posttraumatic stress disorder and the law: Critical review of the new frontier. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1993.

169. Streiner D. Global rating scales. In Neufeld V, Norman G. *Assesing Clinical Competence*. 1985; p.119-1419.
170. Svetska zdravstvena organizacija. *Međunarodna klasifikacija bolesti, MKB-10*. Beograd: Savezni zavod za zaštitu i unapređenje zdravlja, Savremena administracija; 1996.
171. Špirić Ž. *Characteristics of neuroendocrine status in persons with chronic posttraumatic stress disorder*. Master's thesis; Beograd: Vojnomedicinska akademija. 2000.
172. Špirić Ž, Samardžić R. Komorbidnost posttraumatskog stresnog poremećaja i blage zatvorene povrede glave kod ratnih veterana: endokrinološke i psihološke karakteristike. *Vojnosanitetski pregled*. 2005; 62:17-25.
173. Taft C, Vogt D, Marshall A, Panuzio J, Niles B. Aggression among combat veterans: Relationships with combat exposure and symptoms of posttraumatic stress disorder, dysphoria, and anxiety. *Journal of Traumatic Stress*. 2007; 20:135–145.
174. Taft C, Weatherill R, Woodward H, Pinto L, Watkins L, Miller M, et al. Intimate partner and general aggression perpetration among combat veterans presenting to a posttraumatic stress disorder clinic. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2009; 79:461–468.
175. Talbert F, Braswell L, Albrecht J, Hyer L, Boudewyns P. NEO-PI profiles in PTSD as a function of trauma level. *Journal of Clinical Psychology*. 1993; 49:663-669.
176. Tata Arcel L, Folnegović-Šmalc V, Tocilj Šimunković G, Kozarić-Kovačić D, Ljubotina D. Ethnic Cleansing and Post-Traumatic Coping-War Violence, PTSD, Depression, Anxiety and Coping in Bosnian and Croatian Refugees. A transactional Approach. In: Tata Arcel L, Tocilj Šimunković G. *War Violence, Trauma and the Coping Process*. International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT), Copenhagen, Denmark. 1998; p.45-78.
177. Teten A, Schumacher J, Taft C, Stanley M, Kent T, Bailey S, Dunn N, White D. Intimate partner aggression perpetrated and sustained by male Afghanistan, Iraq, and Vietnam veterans with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Interpersonal Violence*. 2010; 25:1612–1630.
178. The WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health* 1994;23(3):24-56.

179. Trlaja Lj, Kostić P, Dedić G. Posttraumatski stresni poremećaj ratnih ranjenika. *Psihologija*. 1997; 30/4:425-436.
180. True W, Rice J, Eisen S, Heath A, Goldberg J, Lyons M, Nowak J. A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Archives of General Psychiatry*. 1993; 50:257–264.
181. Tucker P, Zaninelli R, Yehuda R, et al. Paroxetine in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder: results of a placebo controlled, flexible dosage trial. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001; 62:860 -868.
182. Tull M, Trotman A, Duplinsky M, Reynolds E, Daughters S, Potenza M, Lejuez C. The effect of posttraumatic stress disorder on risk-taking propensity among crack/cocaine users in residential substance abuse treatment. *Depression and Anxiety*. 2009; 26:1158-1164.
183. Van der Kolk B. The Compulsion to Repeat the Trauma: Re-enactment, Revictimization, and Masochism. *Psychiatric Clinics of North America*. 1989; 12/2:389-411.
184. Van der Kolk B, Ducey C. The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 1989; 2:259-274.
185. Vieweg V, Julius D, Fernandez A, Tassone D, Narla N, Pandurangi A. Posttraumatic Stress Disorder in Male Military Veterans With Comorbid Overweight and Obesity: Psychotropic, Antihypertensive, and Metabolic Medications. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006; 8/1:25–31.
186. Vlajković J, Srna J, Kondić K, Popović M. *Psihologija izbeglištva*. Beograd: IP Žarko Albulj. 2000.
187. Vujaklija M. *Rečnih stranih reči i izraza*. Beograd: IP Prosveta. 1980.
188. Vuletić G, Mujkić A. Što čini osobnu kvalitetu života: Studija na uzorku Hrvatske gradske populacije. Škola narodnog zdravlja “A. Štampar”, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. 2009.
189. Westphal M, Olfson M, Gameroff M, Wickramaratne P, Pilowsky D, Neugebauer R, Lantigua R, Shea S, Neria Y. Functional impairment in adults with past posttraumatic stress disorder: findings from primary care. *Depression and Anxiety*. 2011; 28/8:686-95.

190. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Diagnostic Criteria for Research. Geneva:World Health Organization, 1993.
191. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Diagnostic Criteria for Research. Geneva:World Health Organization, 1993.12:709-24.
192. World Health Organization. WHOQOL-BREF, introduction, administration, scoring, and generic version of the assessment - field trial version. Geneva: World Health Organization, Programme on Mental Health; 1996.
193. Yarvis J, Schiess L. Subthreshold posttraumatic stress disorder (PTSD) as a predictor of depression, alcohol use, and health problems in veterans. *Journal of Workplace Behavioral Health*. 2008; 23:395–424.
194. Yehuda R, Kahana B, Schmeidler L, Southwick S, Wilson S, Giller E. Impact of cumulative lifetime trauma and recent stress on current posttraumatic stress disorder symptoms in Holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry*. 1995; 152:1815-1818.
195. Yehuda R, Schmeidler J, Wainberg M, Binder-Brynes K, Duvdevani T. Vulnerability to posttraumatic stress disorder in adult offspring of Holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry*. 1998; 155:1163–1171.
196. Zarrabi K, Najafi M, Shirazi H, Farahi F, Nazifi M, Tadrizi Z. The Impact of Posttraumatic Stress Disorders on Partner of Iranian Veterans. *Acta Medica Iranica*. 2008; 46/ 2:120.
197. Zatzick D, Marmar C, Weiss D, et al. Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*. 1997; 154:1690–1695.
198. Zatzick D, Weiss D, Marmar C, et al. Posttraumatic Stress disorder and functioning and quality of life outcomes in female Vietnam veterans. *Military Medicine*. 1997; 162:661–665.
199. Zđelarević A, Komar Z, Lončar M, Dijanić I, Plašć I, Hrabac P, Groznica I, Marcinko D. Quality of Life in Families of Croatian Veterans 15 Years after the War. *Collegium Antropologicum*. 2011; 35/1:281–286.

## SPISAK SKRAĆENICA

PTSP	Posttraumatski stresni poremećaj
SCID	Strukturisani klinički intervju za poremećaje na I osi
DSM IV	IV revizija Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje Američke psihijatrijske asocijacije
PIE	Profil Indeks Emocija
WHO-QOL BREF	Upitnik o kvalitetu života Svetske zdravstvene organizacije
PTSD	Posttraumatic stress disorder

## **BIOGRAFIJA AUTORA**

Rođena u Mostaru 1962. godine, u Nišu završila osnovnu i srednju školu. Diplomirala na Filozofskom fakultetu na Grupi za psihologiju 1986. Godine i iste godine dobila Oktobarsku nagradu kao najbolji student u toj godini. Magistrirala na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu 2003. odbranivši magistarsku tezu iz oblasti posttraumatskog stresnog poremećaja. Specijalistički ispit iz Medicinske psihologije položila na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Nišu 2005. godine. Radove objavljuje u našim i stranim časopisima. Predavač je na kontinuiranoj Medicinskoj edukaciji Medicinskog fakulteta u Nišu, saradnik u nastavi na predmetima Psihologija kriminala i Klinička psihologija na fakultetu „Lazar Vrkatić“ u Novom Sadu. Stalni je sudski veštak za Medicinsku psihologiju i član Sudsko-medicinskog odbora Medicinskog fakulteta u Nišu. Zapošljena na Klinici za mentalno zdravlje Kliničkog centra u Nišu. Posttraumatskim stresnim poremećajem se intenzivno bavi od 1999. godine.

# PRILOZI

Prilog 1.

## Izjava o autorstvu

Potpisani-a Tatjana Milenković

broj upisa 5603/2

### Izjavljujem

da je doktorska disertacija pod naslovom

„Analiza kvaliteta života i psiholoških karakteristika ratnih veterana obolelih od hroničnog posttraumatskog stresnog poremećaja“

- 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.

U Beogradu, 31.03.2016

Potpis doktoranda

T. Milenković



**Izjava o istovetnosti štampane i elektronske verzije  
doktorskog rada**

Ime i prezime autora Tatjana Milenković

Broj upisa 5603/2

Studijski program \_\_\_\_\_

Naslov rada „Analiza kvaliteta života i psiholoških karakteristika ratnih veterana  
obolelih od hroničnog posttraumatskog stresnog poremećaja“

Mentor Prof. dr Aleksandar Jovanović

Potpisani Tatjana Milenković

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, 31.03.2016.

M. Trajčević

**Prilog 3.**

## **Izjava o korišćenju**

Ovlašćujem Univerzitetsku biblioteku „Svetozar Marković“ da u Digitalni repozitorijum Univerziteta u Beogradu unese moju doktorsku disertaciju pod naslovom:

*Analiza kvaliteta života i psiholoških karakteristika ratnih veterana obolelih od hroničnog posttraumatskog stresnog poremećaja\**

koja je moje autorsko delo.

Disertaciju sa svim prilogima 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.

1. 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

(Molimo da zaokružite samo jednu od šest ponuđenih licenci, kratak opis licenci dat je na poleđini lista).

U Beogradu, 31.03.2016.

**Potpis doktoranda**

*M. Jovanović*