

UNIVERZITET U BEOGRADU

FILOZOFSKI FAKULTET

Sandrina I. Špeh Vujadinović

**POLNE RAZLIKE U RELACIJAMA IZMEĐU  
RATNOG TRAUMATSKOG ISKUSTVA,  
RANE TRAUMATIZACIJE I POST-  
TRAUMATSKOG POREMEĆAJA**

doktorska disertacija

Beograd, 2016.

UNIVERSITY OF BELGRADE

FACULTY OF PHILOSOPHY

Sandrina I. Špeh Vujadinović

**SEX DIFFERENCES IN RELATIONS  
BETWEEN WAR TRAUMATIC  
EXPERIENCE, EARLY TRAUMATIZATION  
AND POST-TRAUMATIC DISORDER**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2016

Mentor:

dr Goran Knežević, redovni profesor  
Univerzitet u Beogradu  
Filozofski fakultet  
Odeljenje za psihologiju

Ko-mentor:

dr Danka Savić, viši naučni saradnik  
Institut Vinča Beograd  
Laboratorija za teorijsku fiziku i fiziku kondenzovane materije

Član komisije:

dr Milanko Čabarkapa, vanredni profesor  
Univerzitet u Beogradu  
Filozofski fakultet  
Odeljenje za psihologiju

Datum odbrane:

*Zahvaljujem se mentoru profesoru dr Goranu Kneževiću, kao i mentorki dr Danki Savić, koja mi je studioznim čitanjem rada, korisnim sugestijama i pre svega pruženom velikom moralnom podrškom, umnogome olakšala proces izrade disertacije. Na korisnim predlozima za poboljšanje rada zahvaljujem se i profesoru dr Milanku Čabarkapi.*

*Doktorsku disertaciju posvećujem svojim roditeljima Mili i Ivanu Špeh, a najveću posvetu i zahvalnost upućujem svojim momcima Branku, Rastku i Aleksi koji je strpljivo čekao da se rodi kad mama završi doktorat. Hvala Vam na ogromnoj podršci, motivaciji i snazi koje ste mi dali da istrajem u ovom nimalo lakom poslu!*

*Beograd, 2016.*

# **Polne razlike u relacijama između ratnog traumatskog iskustva, rane traumatizacije i post-traumatskog poremećaja**

## **Rezime**

Iako literatura o PTSP-u generalno sugerira veću vulnerabilnost žena po pitanju ovog kliničkog entiteta, veza pola i posttraumatskog stresnog poremećaja je kompleksna, a nalazi studija često kontradiktorni i nedovoljno pouzdani usled metodoloških nedostataka. U cilju boljeg razumevanja posttraumatskog stresnog poremećaja i sličnosti i razlika koje postoje između muškaraca i žena u vezi sa njim, doktorska studija je imala za cilj utvrđivanje polnih razlika u izloženosti ratnim stresorima i ranim traumatskim događajima, kao i razlika u težini posttraumatskog stresnog poremećaja i izraženosti pojedinih grupa simptoma koje čine ovaj sindrom. Studijom je proveravana i struktura glavnih koncepata (PTSP, ratne i rane traume) i relacije koje postoje među njima, odnosno utvrđivano postojanje polnih razlika u tim domenima.

Istraživanje je deo projekta "Psihobiologija posttraumatskom stresnog poremećaja" (INCO-CT-2004-509213), rađeno na uzorku od 559 ispitanika (muškarci – 280, žene – 279). Grupe su činili ispitanici starosti od 20 do 65 godina. Oba polno definisana poduzorka su činile osobe traumatizovane ratom, pri čemu su u približno jednakoj meribili obuhvaćene osobe sa aktuelnim PTSP, osobe sa PTSP u toku života i osobe sa ratnim iskustvima bez istorije PTSP. Za procenu su korišćeni instrumenti: CAPS (Klinička skala za procenu PTSP), UPRS-R (Upitnik za procenu ratnih stresora) i ETISR-SF (skraćena verzija Inventara za samoprocenu ranih trauma).

Rezultati studije ukazuju na znatno veću izloženost muškaraca svim tipovima ratnih stresora (veći broj stresora i učestalija izloženost). Posebno velike razlike između muškaraca i žena su prisutne u pogledu ratnih događaja koji podrazumevaju aktivnije učešće u borbenim dejstvima (kod muškaraca dominiraju ovi stresori, dok su kod žena zastupljenije „pozadinske“ traume). Polne razlike u izloženosti ranim traumama ukazuju na veće prisustvo fizičkog kažnjavanja kod muškaraca, a veću izloženost žena emocionalnom

zlostavljanju. Suprotno nalazima brojnih studija, po pitanju ranog seksualnog zlostavljanja nisu dobijene polne razlike. Poređenje muškaraca i žena pokazuje postojanje jačeg posttraumatskog stresnog poremećaja kod muškaraca, ali se ispostavlja da je jači PTSP posledica veće izloženosti ratnim stresorima - polne razlike se gube kad se uvede kontrola ove varijable. Konfirmatornom faktorskom analizom dobijeno je da je struktura koncepata (latentni konstrukti PTSP-a, ratnih i ranih trauma) ista kod muškaraca i žena, iako postoje razlike u konfiguraciji dimenzija kao i u varijansi indikatora koja nije objašnjena latentnim faktorima. Po pitanju relacija između PTSP, ratnih i ranih trauma, polne razlike postoje i ukazuju na to da su kod žena i rane i ratne traume u vezi sa PTSP u odraslom dobu, kao i da ženama iskustvo ranih trauma povećava verovatnoću da će kasnije doživeti više ratnih stresora. Kod muškaraca nije uočena veza ranih trauma ni sa kasnijom ratnom traumatizacijom, niti sa ratnim PTSP u odraslom dobu. Kod oba pola, što je jača ratna traumatizacija, jači je i posttraumatski stresni poremećaj, pri čemu je uticaj ratnih stresora na PTSP ipak nešto veći kod žena.

U radu su razmatrane i implikacije dobijenih nalaza na dijagnostičko-terapijsku praksu i dalja istraživanja.

**Ključne reči:** *PTSP, posttraumatski stresni poremećaj, polne razlike, traumatski događaji, ratni stresori, rane traume*

Naučna oblast: psihologija

Uža naučna oblast: klinička psihologija

UDK broj: 159.9:355.4:616.89(043.3)

# **Sex Differences in relations between war traumatic experience, early traumatization and post-traumatic disorder**

## **Summary**

Although the PTSD literature generally suggests greater vulnerability of women in terms of this clinical entity, the relationship between sex and post-traumatic stress disorder is complex, and research findings are often contradictory and insufficiently reliable due to methodological shortcomings. In order to better understand the post-traumatic stress disorder and the similarities and differences that exist between men and women with regard to it, this doctoral study aimed at determining sex differences in exposure to war stressors and early traumatic events, as well as differences in the severity of post-traumatic stress disorder and prominence of certain groups of symptoms that make up this syndrome. The study also examined the structure of the main concepts (PTSD, war and early trauma) and relations which exist between them, and identified the presence of sex differences in these domains.

The study was a part of the project “Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder” and it was conducted on a sample of 559 subjects (males – 280, females – 279). Groups consisted of subjects aged 20 to 65. Both sub-samples (defined by sex) included war-traumatized subjects, with the approximately same number of people with current PTSD, people with life-time PTSD and war-traumatized people without the history of PTSD. The following instruments were used for the assessment: CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV), UPRS-R (War Stressors Assessment Questionnaire) and ETISR-SF (Early Trauma Inventory- Self Report- Short Form).

The study results indicate a significantly greater exposure of males to all types of war stressors (greater number of stressors and more frequent exposure). Especially large differences between males and females are present with regard to war events that involve active participation in combat operations (these stressors dominate in males, while the

"background" traumas are more represented among females). Sex differences in exposure to early traumas indicate a greater presence of physical punishment among men and greater exposure to emotional abuse among women. Contrary to the findings of numerous studies, concerning early sexual abuse, no sex differences were identified. Comparison of male and female samples showed the existence of a stronger PTSD in men, which turned out to be a consequence of their greater exposure to war stressors - after controlling for the influence of the level of exposure, sex differences regarding the severity of post-traumatic symptomatology were not found. Confirmatory factor analysis showed that the structure of concepts (latent constructs of PTSD, war traumas and early traumas) is the same in men and women, although there are differences in the configuration of dimensions as well as in the variance of indicators which is not explained by the latent factors. Regarding the relationship between PTSD, war traumas and early traumatization, sex differences exist and they indicate that in women both early and war traumas are related to PTSD in adulthood, as well as that early traumas affect the probability of women's increased future exposure to war stressors. In men, no correlation of early trauma with either future war traumatization or the PTSD in adulthood was identified. Both in men and women, higher level of war traumatization leads to more severe post-traumatic symptomatology, although this influence is somewhat stronger among females.

The implications of the obtained findings for diagnostic and therapeutic practice and further research are also discussed.

**Key words:** *PTSD, posttraumatic stress disorder, sex differences, traumatic events, war stressors, early traumas*

Scientific field: Psychology

Subfield: Clinical psychology

UDC number: 159.9:355.4:616.89(043.3)



# SADRŽAJ

UVOD.....	1
TEORIJSKI DEO .....	3
Trauma i posttraumatski stresni poremećaj .....	3
Istorijski pregled.....	3
Pregled studija o prevalenci PTSP kod određenih tipova traumatskih događaja .....	8
Rane traume i PTSP.....	11
Ratne traume i PTSP .....	13
Posledice PTSP.....	16
Faktori rizika / vulnerabilnosti za razvoj PTSP.....	18
Klinička slika PTSP.....	20
Osvrt na DSM-V klasifikaciju i kriterijume za dijagnozu PTSP .....	22
Lečenje PTSP .....	24
Pol, tipovi traumatskih događaja i PTSP .....	26
Kompleksnost odnosa pol i PTSP .....	26
Polne razlike i rizik od razvoja PTSP.....	26
Polne razlike u izloženosti ratnim traumama i PTSP .....	28
Izloženost istoj kategoriji traumatskih događaja i polne razlike u karakteru tih događaja.....	30
Pol, izloženost traumama u detinjstvu i PTSP u odraslom dobu.....	31
Odnos tipa traume, pola i grupa simptoma PTSP.....	34
Polne razlike u socijalnim ulogama i njihova veza sa PTSP .....	34
Polne razlike u peritraumatskim i posttraumatskim kognitivnim reakcijama (doživljaju događaja, sebe, sveta).....	35
Polne razlike u koping strategijama primenjivanim tokom ili neposredno nakon izloženosti traumatskom događaju .....	36
Biološke razlike muškaraca i žena i njihova veza sa PTSP.....	36
Ograničenja postojećih studija i saznanja u vezi sa odnosom pola i PTSP .....	37
Prednosti studije rađene za potrebe doktorske teze .....	38
EMPIRIJSKI DEO .....	39
METODOLOŠKI DEO .....	39
Problem i ciljevi istraživanja .....	39
Hipoteze.....	41

Istraživački uzorak.....	42
Varijable istraživanja.....	45
Instrumenti.....	47
Obrada podataka.....	56
Procedura istraživanja .....	57
<b>PRIKAZ REZULTATA ISTRAŽIVANJA.....</b>	<b>59</b>
Deskriptivne statističke mere .....	59
Polne razlike u celokupnom uzorku ispitanika.....	62
Polne razlike u grupi osoba sa istorijom posttraumatskog stresnog poremećaja .....	70
Polne razlike ispitanika sa ratnim traumama koji nisu razvili PTSP (grupa rezilijentnih) .....	72
Struktura odnosa između ranih trauma, ratnih iskustava i PTSP .....	75
Profil maksimalnog razlikovanja grupa.....	83
<b>DISKUSIJA DOBIJENIH REZULTATA .....</b>	<b>85</b>
Glavni istraživački nalazi .....	85
Polne razlike u ukupnom stepenu izloženosti ratnim stresorima .....	85
Tipovi ratnih događaja i pol .....	86
Polne razlike u izloženosti različitim tipovima ranih traumatskih događaja.....	87
Pol, rane traume i PTSP u odraslom dobu.....	88
Polne razlike u jačini ukupne PTSP simptomatologije .....	89
Polne razlike u izraženosti pojedinih grupa PTSP simptoma.....	90
Pol i struktura koncepata (PTSP, ratne traume, rane traume) .....	91
Pol i relacije između ranih trauma, ratnih trauma i PTSP .....	92
Metodološke prednosti rada.....	94
Ograničenja istraživanja i preporuke za naredne studije .....	95
Nalazi istraživanja i doprinos kliničkoj praksi .....	98
<b>ZAKLJUČAK.....</b>	<b>101</b>
<b>LITERATURA .....</b>	<b>103</b>
<b>PRILOZI.....</b>	<b>133</b>
Prilog 1 .....	133
Prilog 2 .....	136
Prilog 3 .....	140

## UVOD

Motivacija za ovaj rad je proistekla iz činjenice da je tokom devedesetih godina prošlog veka veliki broj ljudi sa prostora bivše Jugoslavije bio izložen ratnim traumatskim iskustvima što je neretko rezultovalo razvojem posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) - prevalenca se kreće od 18 do preko 35% kod opšte populacije sa ratnog područja (Priebe et al., 2010; Lecic-Tosevski et al., 2013), dok je značajno veća kod specifičnih grupa poput žrtava torture - i do 80% (Ilić et al. 1998; Špirić, Knežević, 2004). Sa posledicama PTSP-a se mnogi od ovih ljudi suočavaju i danas nakon skoro 20 godina od završetka rata. S obzirom da se radi o poremećaju koji utiče ne samo na psihičko funkcionisanje osobe, već i na njeno somatsko zdravlje (Chung et al, 2005, Boscarino 2004; Jakovljevic et al., 2006), neurokognitivno funkcionisanje (Koso, Hansen, 2006; Danckwerts & Leathem, 2003); o poremećaju koji može bitno umanjiti radnu sposobnost osobe koja od njega pati, voditi učestalim bolovanjima, konfliktnom ponašanju, porodičnoj i socijalnoj disfunkcionalnosti (Iribarren et al., 2005) itd., jasno je da PTSP predstavlja ozbiljan problem ne samo za obolelog, već i za njegove najbliže i društvo u celini, te kao takav zaslužuje veliku pažnju opšte i naučne javnosti.

Osnovni preduslov za razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja je izloženost spoljnom stresoru odnosno traumatskom događaju. Pored vrste, težine, trajanja i broja traumatskih događaja kojima je osoba izložena, na razvoj PTSP kao i na njegovo trajanje i prognozu oporavka značajno utiču mnogobrojni faktori koji određuju manju ili veću individualnu vulnerabilnost osobe kad je u pitanju ovaj poremećaj. Oni uključuju kako precipitirajuće faktore (karakteristike ličnosti, biološke osobenosti, iskustva osobe pre izlaganja traumi), tako i reakcije osobe u trenutku kad je izložena traumatskom događaju, te činioce koji su prisutni u njenom životu nakon što je traumatski događaj završen (APA, 2013), a koji mogu povećavati rizik za razvoj ozbiljnije posttraumatske patologije ili pak imati suprotnu, protektivnu funkciju. Među faktorima koji se pominju u vezi sa vulnerabilnošću za razvoj PTSP-a je i pol (rod), koji sudeći po aktuelno dostupnoj literaturi,

ima sa posttraumatskim stresnim poremećajem složen i još uvek nedovoljno razjašnjen odnos.

Iako je za sad nedovoljno i često sa metodološkim nedostacima ispitana veza PTSP i pola (roda), ženski rod se obično pominje u literaturi kao jedan od faktora rizika za razvoj ovog poremećaja (Frans et al., 2005; Johansen, Wahl, Eilertsen, & Weisaeth, 2007). Pitanje odnosa posttraumatskog stresnog poremećaja i razlika između žena i muškaraca je sve aktuelnija tema koja dovodi u pitanje i održivost postojećih instrumenata za procenu PTSP-a, kao i jednaku primenjivost kriterijuma za postavljanje dijagnoze ovog poremećaja (sadržanih u zvaničnim klasifikacijama mentalnih bolesti) na muškarce i žene (Kimerling, Rasmusson, 2009).

Stoga je ideja ovog rada da se doprinese boljem razumevanju posttraumatskog stresnog poremećaja i odnosa ovog kliničkog entiteta i pola, pre svega u domenu prepoznavanja potencijalnih polnih razlika u načinima manifestovanja poremećaja kao i utvrđivanja veza između PTSP i tipova traumatskih događaja, s jedne, i pola, s druge strane. S obzirom na aktuelnost teme odnosa pola (roda) i PTSP-a, istraživanje ovog tipa bi bilo korak više u rasvetljavanju relacija u ovom domenu, te eventualno doprinelo adekvatnijem izboru odnosno konstrukciji metoda procene/dijagnostike pomenutog poremećaja. Takođe, specifičnosti polova i njihove eventualne razlike u ispoljavanju posttraumatske patologije, bi mogle poslužiti za adekvatnije osmišljavanje kako tretmana traumatizovanih osoba sa PTSP-om, tako i za bolje prepoznavanje faktora rizika, te kreiranje preventivnih programa u ovom domenu. Time bi razmatrani problem mogao imati ne samo teorijski, već i praktičan značaj.

U prvom, teorijskom, delu ove doktorske disertacije biće detaljnije razmotrene glavne teme koje su u vezi sa predmetom i ciljevima istraživanja, kao što su trauma i PTSP, a poseban akcenat biće stavljen na polna/rodna pitanja u vezi sa posttraumatskim stresnim poremećajem. U drugom delu će najpre biti dat prikaz nacrtu istraživanja koje je sprovedeno, a zatim predstavljeni dobijeni rezultati. Finalni deo rada biće posvećen diskusiji dobijenih rezultata, zaključcima, analizi ograničenja ove studije, te preporukama u vezi sa kliničkom praksom i potencijalnim budućim istraživanjima.

# TEORIJSKI DEO

## Trauma i posttraumatski stresni poremećaj

### Istorijski pregled

Već više od jednog veka, koncept traume zauzima važno mesto u teorijskim razmatranjima i istraživačkim poduhvatima psihologa i psihijatara.

Kao jedan od prvih istraživača veze između traume i psihičke bolesti, Charcot je radeći sa traumatizovanim ženama u bolnici Salpetrijer u Parizu, prepoznao da su histerični simptomi ovih žena psihološke prirode i prvi je opisao da „...problemi sugestibilnosti kod ovih pacijenata i činjenica da su histerični napadi disocijativni problemi - su rezultat pretrpljenih nepodnošljivih iskustava" (van der Kolk, Weisaeth, et al., 1996, p. 50). Njegov učenik Janet nastavlja izučavanje disocijativnih fenomena i traumatskih sećanja i nalazi da se kroz hipnozu i abreagovanje ili ponovno izlaganje traumatskim sećanjima, pacijentovi simptomi mogu umanjiti (van der Kolk, Weisaeth, et al., 1996).

Kao i Janet, pod uticajem Charcot-a, Freud i Breuer dolaze do zaključaka da je histerija uzrokovana psihološkom traumom i da reakcije na nepodnošljive traumatsko iskustvo stvaraju izmenjeno stanje svesti koje je Janet nazvao *disocijacijom* (Ringel & Brandell, 2012). Freud sugerše da su „rana iskustva seksualnih odnosa... kao rezultat seksualne zloupotrebe od strane druge osobe ... specifični uzrok histerije... a ne samo provocirajući faktor“ (Freud 1896/1962, p. 195, citirano u: van der Kolk, Weisaeth, et al., 1996, p. 54).

Iako je vremenom Freud menjao svoju, psihoanalitičku, teoriju povećavajući fokus na subjektivni svet klijenata i intrapsihičke konflikte, a umanjujući značaj uticaja spoljnih, objektivnih (traumatskih) događaja na mentalno zdravlje, interesovanje za uticaj spoljnih stresora / trauma se nastavlja, a istorijske okolnosti (ratovi, pre svega) vode sve većem

uočavanju psihičkih poteškoća kod osoba koje su učestvovala, odnosno bile izložene datim događajima.

Lečeći traumatizovane ratne veterane u I svetskom ratu, Adam Kardiner, kao i Freud i Janet, uočava fenomen ponovnog proživljavanja odnosno odigravanja traumatskog događaja (*reenactment*), što je centralni konstrukt u modernoj teoriji traume, i primećuje da se „osoba ponaša kao da je originalna traumatska situacija još uvek prisutna i pokušava da se zaštiti na načine koji su bili neuspešni u realnoj traumatskoj situaciji“ (Kardiner, 1941, p. 82; citirano u: van der Kolk, Weisaeth, et al., 1996, p. 58). Kardiner je razumeo i isticao da svaki čovek može biti pogođen užasima rata i da su traumatski simptomi normalna reakcija na nepodnošljive okolnosti. On zajedno sa kolegom Spiegel-om prepoznaje značaj socijalne podrške u takvim okolnostima i ukazuje na važnost „odnosa između vojnika, njegove trupe i neposrednog komandanta“ za prevladavanje užasa izazvanog ratnim traumatskim događajima (Herman, 1992, p. 25), a takođe ističe da nema poboljšanja kod ovih osoba sve dok se traumatska sećanja ne integrišu u svest / svesno iskustvo ((Kardiner & Spiegel, 1947), prema Herman, 1992).

Krystal, još jedan od autora važnih za psihologiju traume, se bavio fenomenom aleksitimije, karakterističnim za hronično traumatizovane osobe i opisao uticaj traume na kapacitet za doživljavanje, prepoznavanje i verbalizovanje emocija i fizioloških potreba i tendenciju ovih osoba da somatizuju afektivna iskustva, izražavaju ih na preterano konkretan način, bez kapaciteta za simbolizaciju (Krystal, 1988).

Među značajnim imenima u savremenoj teoriji traume u civilnom kontekstu izdvaja se i Lindemann. On, lečeći žrtve velikog požara 1942. u Bostonu, uočava neke zajedničke reakcije kod ovih osoba i govori o normalnoj reakciji tugovanja koja uključuje preokupaciju gubitkom voljene osobe, identifikaciju sa pokojnikom, ispoljavanje krivice i hostilnosti, dezorganizaciju i somatske tegobe (Lindemann, 1944). Još jedna osoba koja je radila sa traumatizovanimima iz ovog požara, Caplan, izdvaja se kao značajna u oblasti stresa, traume i krize – on prvi daje celovitu teoriju krize i sistematski opisuje faze kroz koje osoba prolazi kada se suočava sa životnim situacijama koje prevazilaze njene trenutne adaptivne

kapacitete (bilo da su te situacije razvojno uslovljene ili se odnose na snažne, iznenadne spoljašnje životne događaje).

Vijetnamski rat dodatno skreće pažnju na problem posledica traumatskih iskustava i važnost njihovog adekvatnijeg prepoznavanja i lečenja. Lifton i Shatan radeći sa veteranima ovog rata, ali i oslanjajući se na Kardinerova zapažanja i literaturu vezanu za žrtve Holokausta, identifikuju 27 zajedničkih simptoma tzv. *traumatske neuroze* (Lifton, 1973), od kojih će mnogi kasnije biti uvršćeni u DSM-III klasifikaciju mentalnih poremećaja (van der Kolk, Weisaeth, et al., 1996).

Od 70-ih godina prošlog veka, među značajnim imenima u oblasti traume, izdvaja se i van der Kolk, psihijatar čiji rad integriše razvojne, biološke, psihodinamske i interpersonalne aspekte uticaja traume i njenog tretmana. Njegovo delo *Psihološka trauma* (1987) je prvi integrativni tekst iz ove oblasti, koji oslikava uticaj traume na celokupnu ličnost i ističe različita terapijska pitanja koja treba uzeti u obzir da bi do oporavka došlo. Van der Kolk-ov doprinos je posebno veliki u domenu istraživanja uticaja traume na kognitivni razvoj, razvoj disocijativnih poremećaja i graničnog poremećaja ličnosti, kao i u domenu istraživanja psihobiologije traume.

Svi pomenuti i mnogi drugi autori doprineli su razvoju koncepta traume i posttraumatskih poremećaja. Ipak, i pored više od stoletnog interesovanja stručne javnosti za problem psihološke traume, kao i činjenice da se prvi opisi stresnih poremećaja u vezi sa borbenom aktivnošću mogu pronaći još u Homerovim opisima povratka trojanskih ratnih veterana (Arbanas, 2013) ili da Šekspir u drami Henri IV daje opise koji liče na sve tri grupe simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja definisanih u DSM-IV klasifikaciji - ponovno proživljavanje traumatskog događaja, simptomi izbegavanja i pojačana fiziološka reaktivnost (van der Kolk, Weisaeth, et al., 1996), do zvaničnog priznavanja posttraumatske psihopatologije i njenog uvođenja u zdravstvene klasifikacije proteklo je dosta vremena. Pitanje psihološke traume i posledica koje ona ostavlja je jedno od onih koje je stvaralo najviše kontroverze u istoriji medicine, odnosno psihijatrije. Problem stvarne egzistencije tegoba i potencijalnih motiva za finansijskom nadoknadom ili psihološkom dobiti, kao i pitanje lične odgovornosti u traumatskom iskustvu su se dugo javljali u stručnoj javnosti

bez obzira na to da li se radilo o žrtvama rata, saobraćajnih nesreća, seksualnog nasilja itd. ((McFarlane, 2000) prema Jović, 2008). Situacija sa tegobama ratnih veterana je bila posebno kompleksna i neretko je kroz istoriju bilo pokušaja da se one minimizuju i negiraju ili da se pak psihičke tegobe objasne „lakše prihvatljivim“ organskim oštećenjima. Tako su se tokom građanskog rata u Sjedinjenim Američkim Državama, simptomi posttraumatskog stresa opisivali pod nazivom „vojničko ili razdražljivo srce“ ili “srčana neuroza” (Marmar, 2009), kod boraca u I svetskom ratu se govorilo o sklopu simptoma nazvanom “granatni šok” (*shell shock*) (Jones et al., 2007) jer se smatralo da se radi o šoku centralnog nervnog sistema usled eksplozija granata, dok su posttraumatske tegobe u II Svetskom ratu tumačene kao “borbeni umor” (*battle fatigue*) (Bentley, 2005). Očekujući od vojnika hrabrost, požrtvovanost i spremnost da se gine za više ciljeve, posttraumatska psihopatologija je neretko doživljavljavana kao posledica nedostatka volje i kukavičluka, odnosno kao vid simulacije i dezerterstva. Samim tim se i tretman ratnih veterana sa posttraumatskim posledicama često svodio na surove i nehumane disciplinske i pedagoške mere za „podizanje volje vojnika“ (Jović, 2008). Ovakav stav je dugo bio prisutan i među vojnim psihijatrima na našim prostorima. Do značajnije promene u ovom domenu i doprinosa dubljem razumevanju ratnih trauma među našim psihijatrima, kao i adekvatnijeg tretmana obolelih od posttraumatske psihopatologije dolazi sa radom psihoanalitičara Huga Klajna, koji je lečeci partizanske vojnike nakon II svetskog rata u za te svrhe osnovanom centru u Kovinu prepoznao i opisao specifičnosti i patogenezu tzv. ratne neuroze Jugoslovena (Klajn, 1995), ili kako su je još zvali „kozaračke partizanske bolesti“ tj. „bolesti jurišanata“.

Kao što je već rečeno, i pored činjenice da su kroz istoriju jasno uočavane posledice traumatskog stresa, tek 1952. godine se prvi put u zvanične medicinske klasifikacije uvodi dijagnoza koja se odnosi na posttraumatsku psihopatologiju. U pitanju je Velika stresna reakcija koja je tada bila uvršćena u Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje DSM-I (APA, 1952), u tom trenutku aktuelnu klasifikaciju mentalnih poremećaja Američke psihijatrijske asocijacije. Velika stresna reakcija je bila definisana kao sindrom koji je odgovor na izuzetan fizički ili mentalni stres, kao što je prirodna katastrofa ili borba; smatralo se da se pojavljuje kod inače normalnih (zdravih) osoba i da



mora prestati u roku od nekoliko dana ili nedelja, a ako potraje duže onda se druga dijagnoza uzimala u razmatranje. Ipak, već u narednoj DSM-II klasifikaciji (APA, 1968) ova dijagnoza biva izostavljena kao i bilo koja druga dijagnoza stresnih poremećaja. Tek sa društvenim okolnostima u SAD nakon završetka rata u Vijetnamu (suočavanje sa velikim brojem veterana koji su imali ozbiljne psihološke, zdravstvene i poteškoće sa reintegracijom u društvo), stvara se jasna svest o potrebi za ozbiljnom i trajnom psihološkom pomoći i nužnosti postojanja sistematskog pristupa u dijagnostikovanju i rešavanju problema uzrokovanim izloženošću traumatskim događajima. U takvoj klimi, 1980. god. dijagnoza posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) prvi put pod tim nazivom ulazi u treće izdanje (DSM-III) klasifikacije mentalnih poremećaja Američke psihijatrijske asocijacije (APA, 1980), gde se kao preduslov za javljanje poremećaja, odnosno kriterijum A za postavljanje dijagnoze, navodi da je osoba doživela stresor koji je toliko ozbiljan (težak) da bi značajno uznemirio skoro svakoga, jer predstavlja događaj koji izlazi iz okvira uobičajenog ljudskog iskustva (APA, 1980).

U narednom DSM III-R izdanju (APA, 1987), stresor (kriterijum A za postavljanje dijagnoze PTSP-a) biva detaljnije definisan, tako da su kao traumatski stresori, pored događaja kojima je sama osoba bila izložena, prepoznati i događaji u kojima je osoba bila svedok ili je saznala da su njeni članovi porodice i bližnji ozbiljno ugroženi.

Prema klasifikaciji u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje DSM-IV (APA, 1994), koja je bila važeća od 1994. pa sve do 2013. godine, traumatski događaj je opisan kao onaj u kom je A1) osoba doživela, prisustvovala ili bila suočena sa događajem ili događajima koji su podrazumevali stvarnu ili moguću smrt ili ozbiljnu povredu, ili pretnju telesnom integritetu te osobe ili drugih osoba, pri čemu je A2) reakcija i odgovor osobe uključivao izuzetan strah, bespomoćnost ili užas. Prema pomenutoj klasifikaciji mentalnih poremećaja, potrebno je da oba potkriterijuma (A1 i A2) budu prisutna da bi bio zadovoljen osnovni kriterijum (Kriterijum A) za dalje razmatranje dijagnoze PTSP-a.

Najnovija, DSM-V klasifikacija (APA, 2013), donosi nešto promenjenu definiciju traumatskog događaja, izbacujući subjektivni A2 kriterijum, zbog nedovoljno saglasnih

empirijskih nalaza o njegovoj validnosti tj. korisnosti. Istovremeno, proširuje kriterijum A1 situacijama koje se odnose na ponovljeno ili ekstremno izlaganje averzivnim detaljima traumatskih događaja (koje su česte npr. kod pripadnika pomagačkih službi).

Od 1992. godine, dijagnoza PTSP-a se pojavljuje i u od tada važećoj Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (ICD-10) (World Health Organisation - WHO, 1992), u kojoj se govori o mogućnosti razvoja ovog poremećaja nakon „izloženosti stresnom događaju ili situaciji (kratkotrajnoj ili dugotrajnoj) izuzetno ugrožavajuće ili katastrofične prirode, takvoj da bi verovatno izazvala jaku uznemirenost kod gotovo svakog“ (prirodne katastrofe ili one izazvane ljudskim faktorom, kao što su rat, ozbiljna nesreća, prisustvovanje nasilnoj smrti drugih, stradanje kao žrtva torture, silovanja, terorizma ili drugog zločina). ICD-10 ukazuje i na to da premorbidni faktori, poput crta ličnosti ili prethodne istorije psihijatrijske bolesti, mogu spustiti prag za razvijanje poremećaja ili pogoršati njegov tok, ali nisu ni neophodni ni sami po sebi dovoljni da bi se objasnila pojava posttraumatskog stresnog poremećaja (WHO, 1992).

Sa sve većim brojem mogućih traumatskih događaja (prirodne i industrijske katastrofe, ratovi, terorizam...) i sve masovnijom izloženošću ljudi ovim situacijama, problematika PTSP-a zaokuplja sve veću pažnju, te pokreće razvoj stalno novih metoda za njegovu procenu i tretman i postaje predmet interesovanja naučnika ne samo iz oblasti psihologije traume, već i biologije, neurologije, neuropsihologije i mnogih drugih naučnih disciplina.

### **Pregled studija o prevalenci PTSP kod određenih tipova traumatskih događaja**

PTSP je jedini psihijatrijski poremećaj koji je vezan za postojanje spoljašnjeg (traumatskog) događaja kao etiološkog faktora (Gavranidou, Rosner, 2003). Sama izloženost traumatskom događaju stvara potencijal za razvoj PTSP-a, a među faktore koji predviđaju veću verovatnoću da će osoba biti izložena traumi, autori poput Davidsona i Ferbanka (Davidson & Fairbank, 1993) navode nedostatak fakultetskog obrazovanja,

ekstraverziju, neuroticizam, muški pol, rani poremećaj ponašanja i pozitivnu porodičnu psihijatrijsku anamnezu.

Kod osoba koje su iskusile traumu, rizik za razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja varira u zavisnosti od vrste i jačine samog traumatskog događaja, njegovog trajanja i njegove predvidivosti (Yehuda, 2002; Yehuda et al., 1998).

Kad su u pitanju tipovi traumatskih događaja kojima su osobe sa PTSP bile izložene, različita epidemiološka istraživanja izveštavaju o 20% do 35% prevalencije PTSP kod izbeglica ali i kod opšte populacije nakon rata (Favaro, Maiorani, Colombo & Santonastaso, 1999; Fazel, Wheeler & Danesh, 2005; Hollifield et al., 2002; Jović, Opačić, Špeh-Vujadinović, Vidaković & Knežević, 2005; Tenjović et al, 2004). Epidemiološka ispitivanja stanovništva u "post-konfliktnim zemljama sa niskim dohotkom", pokazuju da je prevalencija PTSP-a višestruko veća od pretpostavljene za opštu populaciju u razvijenim zapadnim zemljama. Stopa životne prevalencije PTSP-a u opštoj populaciji u Evropi se kreće od 1,9 do 6%, a za aktuelni PTSP 1% (Alonso et al., 2004; Frans et al., 2005; Perkonig et al., 2000), dok je u SAD nešto veća i iznosi za životnu prevalencu 5-10%, a za aktuelni PTSP 1-5%. (Breslau i sar., 1998; Kessler i sar., 2005a; Kessler i sar., 2005b). Za razliku od toga, utvrđene stope prevalencije PTSP u pomenutim „post-konfliktnim zemljama sa niskim dohotkom“ su: 37,4% za Alžir, 28,4% za Kambodžu, 15,8% za Etiopiju, i 17,8% u Gazi) (de Jong i sar. 2001). Veću prevalencu ovog poremećaja u post-konfliktnim regionima nalaze i Pribe i saradnici (Priebe et al., 2010). U istraživanju ovog autora, na teritoriji bivše Jugoslavije (nakon ratnih dejstava) nađene su visoke prevalencije PTSP-a u svim zemljama bivšim članicama - 35,4% u Bosni i Hercegovini, 18,0% Hrvatskoj, 10,6% u Makedoniji (Priebe et al., 2010), dok je u Srbiji prevalenca aktuelnog PTSP-a bila 18,8% (Lecic-Tosevski et al., 2013).

Najviša stopa prisutnosti PTSP (u pojedinim studijama i u preko 80% slučajeva) se nalazi kod ratnih veterana, žena veterana sa seksualnom traumom u vojsci i osoba koje su u ratu doživele torturu (Kulka et al.1990, Basoglu et al., 1994; Sutker et al., 1994; Newman et al.,1995; King, King, Foy & Gudanowski, 1996; Ilić, Jović & Lečić -Toševski, 1998; Kozaric-Kovacic, Folnegovic-Smalc & Marusic, 1998; Mollica et al., 1998a; Jaranson et

al., 2004; Van Ommeren et al., 2001; Špirić & Knežević, 2004; Špirić, 2008; Yaeger et al., 2006).

Jedan od interesantnih nalaza kad je u pitanju veza PTSP i vrste traumatskog događaja, jeste i nalaz Breslau i njenih saradnika (Breslau et al., 1998) dobijen u studiji na reprezentativnom uzorku opšte populacije iz Detroita (N=2181), o tome da se 31% slučajeva PTSP-a u pomenutoj zajednici moglo pripisati samo jednom traumatskom događaju - neočekivanoj smrti voljene osobe, a da su generalno traumatski događaji koji se mogu podvesti pod kategoriju nasilnog napada bili odgovorni za 39,5% slučajeva PTSP-a.

U sveobuhvatnom pregledu literature / studija koje se bave prevalencom PTSP-a kod osoba koje su direktno ili indirektno bile izložene katastrofama, odnosno događajima koji su izazvali masovna stradanja, Galea i saradnici (Galea et al., 2005) dolaze do sledećih zaključaka: nađena prevalenca PTSP-a je generalno niža u studijama rađenim sa osobama koje su preživele prirodne katastrofe, nego u onim istraživanjima koja se tiču katastrofa uzrokovanih ljudskim ili tehnološkim faktorom. U većini studija koje su uključivale odrasle osobe koje su preživele katastrofu izazvanu ljudskim faktorom (npr. teroristički napadi, ratovi, avionske i brodske nesreće, nuklearne katastrofe i sl.), nađena je prevalenca PTSP-a od 30–60 % nakon katastrofičnog događaja (North et al., 1999; Arata et al., 2000; (Dooley & Gunn, 1995; Selley et al., 1997; Yule et al., 2000) prema Galea et al., 2005). Među osobama koje su u takvim situacijama bile uključene u spasilačke timove, prevalenca PTSP-a se kretala od 5 do 40 % ((Alexander, 1993; Dyregrov et al., 1996) prema Galea et al., 2005; Epstein et al., 1998; Lesaca, 1996; Sims & Sims, 1998), odnosno bila je niža nego ona dokumentovana među populacijom direktnih žrtava. S druge strane, nađena prevalenca PTSP-a kod opšte populacije nakon katastrofa izazvanih ljudskim faktorom, je bila manja i u odnosu na spasilačke službe i u odnosu na direktne žrtve ((Galea et al., 2003; Hanson et al., 1995), prema Galea et al., 2005; Schlenger et al., 2002; Havenaar et al., 1997) i kretala se u prvoj godini nakon događaja, u rasponu od 1 do 11 % (Schlenger et al., 2002; Havenaar et al., 1997).

U već pomenutom sveobuhvatnom pregledu epidemioloških studija, kad je u pitanju prevalenca PTSP-a kod osoba koje su doživele prirodne katastrofe, Galea i saradnici (Galea

et al., 2005) zaključuju da većina studija sprovedenih nakon prirodnih katastrofa nalaze prevalencu PTSP-a u rasponu od 5 % (Canino et al., 1990) do 60 % (Madakasira & O'Brien, 1987) u prvoj 1-2 godine nakon katastrofe, pri čemu je većina dokumentovanih prevalenci u donjoj polovini pomenutog ranga (Cao, McFarlane, Klimidis, 2003; Kaiser et al., 1996; Eustace, MacDonald, Long, 1999; (Garrison et al., 1993; La Greca, Silverman, Wasserstein, 1998), prema Galea et al., 2005), dok su više prevalencije nađene samo kod specifičnih grupa, koje uključuju kliničke grupe kao i pripadnike spasilačkih službi (McFarlane, 1988; Chang et al., 2003) i osobe koje su bile teže pogođene datom katastrofom ((Najarian et al., 2001; Suar, Mandal, Khuntia, 2002; Bodvarsdottir & Elklit, 2004), prema Galea et al., 2005).

### **Rane traume i PTSP**

Rane traume, odnosno traume iz detinjstva se mogu definisati kao štetna (oštećujuća) rana životna iskustva koja uključuju fizičku, emocionalnu, seksualnu zlostupotrebu / zlostavljanje i opšta traumatska iskustva (Bremner, Vermetten, Mazure, 2000). Iskustvo ranih trauma se povezuje sa brojnim poteškoćama, kao što su depresija, anksioznost, zlostupotreba supstanci, pa čak i suicid, kako u adolescenciji tako i u odraslom dobu (Kuo et al., 2011).

Bremner i saradnici (Bremner et al., 2000) fizičko zlostavljanje definišu kao fizički kontakt, ograničavanje ili sputavanje sa namerom da se osobi (detetu) nanese bol ili prouzrokuju povrede. Emocionalno zlostavljanje po istim autorima predstavlja verbalnu komunikaciju sa namerom ponižavanja ili degradiranja žrtve, dok seksualno zlostavljanje podrazumeva neželjeni seksualni kontakt koji se sprovodi u cilju zadovoljenja počinioca ili u cilju dominacije nad žrtvom ili njenog degradiranja. S druge strane, opšte rane traume obuhvataju razne stresne i traumatske događaje koji mogu biti povređujući i štetni po razvoj osobe (deteta) iako ne podrazumevaju namerno nanošenje psihičkog ili fizičkog bola niti su nužno direktno usmereni na dete, tj. vezani za odnos sa njim. Primeri takvih trauma su:

povrede ili bolesti same osobe ili drugih članova porodice, razvod roditelja, smrt člana porodice, prirodne katastrofe, ozbiljne nesreće, svedočenje nasilju...

Epidemiološke studije procenjuju da se prevalenca zlostavljanja u detinjstvu kreće od 25 do 45% (Heim et al., 2010), pri čemu, sudeći po podacima iz 2008. godine iz nacionalne baze podataka SAD-a o zlostavljanju i zanemarivanju dece (*National Child Abuse and Neglect Data System - NCANDS*), u oko 80% slučajeva, oni koji vrše traumu nad decom su njihovi roditelji (US Department of Health & Human Services, 2008).

Brojne studije nalaze da zlostavljanje i zanemarivanje u detinjstvu stvaraju kod žrtava povišen rizik za razvoj PTSP-a (Kaplow, Dodge, Amaya-Jackson, & Saxe, 2005; Widom, 1999; Koenen & Widom, 2009), a da je seksualno zlostavljanje u detinjstvu posebno rizično u pogledu razvoja PTSP-a, ali i psihopatologije uopšte (Bryer et al., 1987, McLeer et al., 1992; Paolucci, Genuis, Violato, 2001).

Kad je u pitanju prevalenca PTSP kod dece i adolescenata u opštoj populaciji, istraživanje rađeno u SAD na reprezentativnom uzorku od preko 10.000 adolescenata uzrasta od 13 do 18 godina je pokazalo da je 5% adolescenata zadovoljilo kriterijume za PTSP u toku života (kriterijumi za dijagnozu PTSP su u nekom periodu života bili zadovoljeni, ali ne i u mesec dana pre trenutka ispitivanja), pri čemu je prevalenca za devojčice bila veća nego za dečake (8,0% vs 2,3%) i povećavala se sa godinama (Merikangas et al., 2010). Ukupna prevalenca (bez obzira na pol) aktuelnog PTSP-a (zadovoljeni kriterijumi u prethodnih mesec dana) dobijena na istom uzorku je bila 3,9% (Kessler et al., 2012). Nacionalni centar za PTSP iz SAD-a navodi da nema pravih epidemioloških studija vezanih za prevalencu PTSP među decom u opštoj populaciji, ali da istraživanja koja se bave procenom ove prevalence među posebno rizičnim grupama dece ukazuju na to da deca koja su bila izložena visoko traumatskim događajima (poput zlostavljanja ili teških prirodnih katastrofa) mogu imati višu prevalencu PTSP-a nego odrasli u opštoj populaciji (Gabbay et al., 2004), a koja se prema nalazima Kesslera i saradnika (za populaciju SAD-a) kreće od 3,5% za aktuelni PTSP do 6,8% za PTSP u toku života (Kessler et al., 2005a; Kessler et al., 2005b).

Izloženost ranim traumama je povezana sa viktimizacijom u odraslom dobu, odnosno većom verovatnoćom da osoba u kasnijem životu bude ponovo izložena nekom traumatskom događaju (Widom, Czaja, Dutton, 2008; Desai et al., 2002). Izloženost ranom nasilju je povezana i sa povišenim rizikom od razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja (ali i drugih psihijatrijskih poremećaja) posle naknadne traume (u odraslom dobu) (Breslau et al., 1999b).

Među studijama koje nalaze vezu između trauma iz detinjstva i PTSP u odraslom dobu su one o vezi između fizičkog zlostavljanja u detinjstvu i kasnijeg PTSP-a vezanog za borbene aktivnosti (Zaidi, Foy, 1994), kao i studija o vezi ranog seksualnog zlostavljanja i kompleksnog PTSP-a (Van der Kolk et al., 1996).

Brown i saradnici (Brown et al., 1993a, Brown et al., 1993b) smatraju da trajna vulnerabilnost za razvoj anksionih poremećaja kod osoba koje su imale rana traumatska iskustva uključuje kognitivne predispozicije, kao što je (naučena) bespomoćnost doživljena u detinjstvu. Breslau i saradnici (1999b) smatraju da rane traume vode razvoju psihijatrijskih poremećaja (anksioznih i depresivnih), a da to onda povećava vulnerabilnost za razvoj PTSP-a u susretu sa kasnijim potencijalno traumatskim događajima. Heim i Nemeroff (Heim & Nemeroff, 2001) pak govore o uticaju dečje traume na senzitivnost CNS-a i neurobiologiju anksioznih i poremećaja raspoloženja, ukazujući na to da brojne kliničke studije sugerišu da stres u ranom životu stvara dugotrajnu hiper-reaktivnost hipotalamo-hipofizo–adrenalnog sistema kao i promene u mnogim neurotransmiterskim sistemima, što dovodi do pojačanog odgovora na stres. Stoga je izloženost ranim traumama/stresu povezana sa neurobiološkim promenama kod dece i odraslih, koje su u osnovi povećanog rizika za razvoj psihopatologije (Heim & Nemeroff, 2001).

### **Ratne traume i PTSP**

Događaji koji pobuđuju veliku pažnju javnosti kad je u pitanju PTSP i za koje je među prvima primećeno da su u vezi sa razvojem ovog poremećaja su svakako ratni događaji. U

pitanju su događaji koji imaju izuzetan traumatski potencijal, posebno jer se radi o stresorima izazvanim ljudskim faktorom i činjenici da njima u određenom trenutku može biti izložen veliki broj osoba.

Kada govorimo o ratnim traumatskim događajima, mora se naglasiti da oni podrazumevaju veliku raznolikost, koja je posebno karakteristična za građanske ratove, u kojima je linija fronta između sukobljenih snaga često nejasna i gde je nasilje nad civilima veoma prisutno. To neretko nosi određene metodološke probleme kad je u pitanju merenje stresora povezanih sa ratom, o čemu govore i radovi Jovića i saradnika (Jovic et al., 2002; Jovic & Opacic, 2004). Rat u većini slučajeva podrazumeva i gubitak doma i izbeglištvo određenog dela osoba koje su mu bile izložene, a što je samo po sebi izuzetno traumatsko iskustvo sa brojnim mogućim posledicama, neretko dugotrajnim.

Brojne studije su pokazale povezanost između ratnih traumatskih događaja i dugoročnih, negativnih posledica po mentalno zdravlje / psihijatrijskih poremećaja (Gerritsen et al., 2006 – rađena na uzorku izbeglica iz Somalije, Irana i Avganistana; Marshall et al., 2005 – studija realizovana u SAD sa izbeglicama iz Kambodže; Neria et al., 2008 – sistematski pregled relevantnih studija), naročito povezanost sa PTSP, a ta veza je posebno značajna kod izbeglica koje su preživele neki oblik nasilja ili mučenje (Jaranson et al., 2004; Mollica et al., 1998b; Mollica et al., 1998a; Miller et al., 2002; Bhui et al., 2003). Prevalenca PTSP u studiji koju su radili Mollica i saradnici (Mollica et al., 1987) na izbeglicama iz Južne Azije bila je 50%. Istu prevalencu PTSP-a u trenutku ispitivanja nalazi i studija (Kinzie et al., 1984) u kojoj je intervjuisano četrdesetoro dece četiri godine nakon njihovog izlaska iz koncentracionog logora u Kambodži. Izraelska studija iz 2009. godine (Besser and Neria, 2009) je pokazala da je 27% civilnog stanovništva razvilo posttraumatski stresni poremećaj kao rezultat izloženosti raketnim napadima.

Kad su u pitanju iskustva ratnih veterana i njihova veza sa PTSP, brojne studije su rađene na tu temu, među kojima dominiraju one realizovane u SAD sa veteranima Vijetnamskog rata. Nacionalna studija o prilagođavanju vijetnamskih veterana (*National Vietnam Veterans Readjustment Study - NVVRS*) verovatno je jedna od najboljih studija ove vrste (Kulka et al., 1990). Ona je sprovedena u periodu od 1986. do 1988. godine, sa 3016



američkih veterana izabраниh kako bi sačinjavali reprezentativni uzorak onih koji su učestvovali u borbenim aktivnostima u Vijetnamu. Rezultati ove studije su pokazali da je 15% veterana koji su aktivno učestvovali u vojnim operacijama imalo PTSP u trenutku ispitivanja, a kod još 11% je bio prisutan parcijalni PTSP. Skoro 9% žena veterana imalo je PTSP. Prevalenca PTSP- u toku života je bila duplo veća od aktuelnog, 30,9% za muškarce i 26,9% za žene. Različite studije rađene na uzorku ratnih i političkih zarobljenika su pokazale visoku prevalencu PTSP-a, prosečno oko 50%, dok je u tri studije ona bila i preko 70% (Basoglu et al.; 1994; Speed et al., 1989; Sutker et al., 1993). Među ratnim događajima od posebnog značaja za razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja kod ratnih veterana, Foy i saradnici (Foy et al., 1987) nalaze da su to ranjavanje, učestvovanje u ubijanju civila i izloženost mučenju. Sareen i saradnici (2007), na reprezentativnom uzorku od 8444 aktivnih vojnih lica u Kanadi, izloženost borbenim dejstvima i situacije gde je osoba bila svedok zlodela ili masakra, povezuju sa povećanom verovatnoćom razvoja PTSP-a u periodu od godinu dana nakon traume (kod osoba koje nisu imale mentalne poremećaje u prošlosti), kad se usklade sve razlike vezane za pol, uzrast, bračni status, prihode, obrazovanje, vojni čin, tip jedinica u kojima se služi, kao i razlike vezane za druge traumatske događaje povezane sa učešćem u vojnim intervencijama.

Istraživanja koja se tiču veze ratnih iskustava i PTSP-a rađena na našem području (Srbija i bivša Jugoslavija), daju nam sledeće nalaze: Ilić i saradnici u istraživanju rađenom na uzorku od 60 ispitanika sa iskustvom boravka u logoru u toku rata devedesetih godina, nalaze visoku prevalencu poremećaja vezanih za stress – kod 48,3% ispitanika je nađen PTSP, a kod 31,6% poremećaj prilagođavanja (Ilić et al., 1998), dok Miljanović i saradnici u svom istraživanju nalaze hronični posttraumatski stresni poremećaj kod preko 30% ratnih boraca (Miljanović i sar., 1996). U studiji Lečić-Toševski i saradnika (Lecic-Tosevski et al., 2013) rađenoj na slučajnom uzorku stanovništva Srbije (N=640) sedam godina nakon NATO bombardovanja, dobijeno je da je 18,8% ispitanika imalo aktuelni, a 32,3% PTSP u toku života; ranije pomenuta epidemiološka studija realizovana na teritoriji bivše Jugoslavije u posleratnom periodu (Priebe et al., 2010) je pokazala prevalencu aktuelnog PTSP od 35,54% u BiH, 18,0% u Hrvatskoj, 18,2% na Kosovu i 10,6% u Makedoniji. Druga istraživanja rađena u BiH, Hrvatskoj i Srbiji, u periodu nakon rata devedesetih

godina 20. veka, nalaze da se prevalenca PTSP u uzorku stanovništva ovih područja kreće između 16 i 34% (Basoglu et al., 2005; Klaric et al., 2007). Basoglu i saradnici (2005) nalaze i da je, kao što je očekivano, prevalenca PTSP u uzorku ispitanika iz pomenutih zajednica veća među onima koji su imali iskustvo direktne izloženosti ratnim dejstvima, nego kod ispitanika bez takvog iskustva.

### **Posledice PTSP**

Iako često predstavljen kao “normalna” reakcija na “nenormalne situacije” u kojima se osoba našla, mora se istaći da je PTSP poremećaj koji predstavlja značajan uzrok morbiditeta, te da vodi izraženim kliničkim smetnjama i smanjenoj funkcionalnosti osobe koja od njega pati.

Ovaj poremećaj ima značajan komorbiditet sa somatskim bolestima i povišenom stopom mortaliteta (Boscarino, 2004). Studije pokazuju da ratni veterani oboleli od PTSP imaju veći broj somatskih simptoma od onih koji nisu razvili posttraumatski stresni poremećaj ((Pavlovic, Sinanovic, 1999), prema Špirić, 2008), kao i da veterani sa ovim poremećajem imaju drugačiji endokrini profil od zdravih osoba (Špirić, 2000). Najčešće se uz PTSP javljaju degenerativne koštane bolesti, hipertenzija i druge kardiovaskularne bolesti, dijabetes odnosno metabolički poremećaji kao i autoimuna stanja (Jakovljevic et al., 2006; Jakovljevic et al., 2007). Do sličnih nalaza o vezi PTSP i somatskih oboljenja, dolazi i nacionalna studija komorbiditeta (NCS - *National Comorbidity Survey*) radena na reprezentativnom uzorku SAD-a, gde je dobijeno da među anksioznim poremećajima PTSP ima najčešću vezu sa fizičkim tegobama, uključujući i neurološka, vaskularna i gastrointestinalna oboljenja, metaboličke i autoimune bolesti, kao i oboljenja zglobova i kostiju (Sareen et al., 2005).

Zbog svega navedenog, posttraumatski stresni poremećaj je povezan sa značajno povećanim korišćenjem zdravstvenih usluga i troškovima koje to nosi sa sobom ((Deykin et al., 2001; Kessler, 2000; Marshall et al., 2000; Solomon and Davidson, 1997) prema

Stam-u, 2007). S tim u vezi je i činjenica da se radi o poremećaju i sa najvećim brojem mentalnih komorbiditeta, među kojima je posebno zastupljena velika depresija ((Shalev et al, 1998), prema Crowell et al, 2002), zatim drugi anksiozni poremećaji ((Orsillo, Heimberg, Juster & Garret, 1996), prema Crowell et al, 2002), zloupotreba supstanci ((Bremner, Soutwick, Darnell & Charney, 1996), prema Crowell et al, 2002) itd., a što dodatno otežava psihičko i celokupno funkcionisanje osoba koje od njega boluju. Studija rađena 2005. godine na veteranima koji su učestvovali u ratovima na našim prostorima u periodu 1991-1995. i 1999. (Špirić, 2008) je pokazala da su veterani sa PTSP bili više nego dvostruko duže na bolovanju nego veterani bez ovog poremećaja, kao i da je 25% njih bilo odsutno sa posla duže od 50 dana godišnje, što je veći procenat nego što je slučaj sa osobama iz opšte populacije (17%), a samim tim i značajno finansijsko opterećenje za državu / društvo u kojem je veliki broj obolelih od PTSP-a.

Osobe sa PTSP neretko imaju i značajne probleme u neurokognitivnom funkcionisanju (Koso, Hansen, 2006; Danckwerts & Leathem, 2003; Gilbertson et al., 2001), odnosno poteškoće sa pamćenjem, koncentracijom, planiranjem i donošenjem odluka, što posebno značajno utiče na profesionalnu sferu njihovog života, te njihovu mogućnost da rade i (materijalno) doprinose svojim porodicama i društvu.

Izloženost traumatskim događajima i razvoj naknadne posttraumatske patologije u vezi su i sa povišenim rizikom za suicidalno ponašanje (Afifi et al., 2008; Brodsky et al., 2001; Ryb et al., 2006).

Socijalno funkcionisanje osoba sa PTSP, posebno ratnih veterana, je vrlo često ozbiljno narušeno i ogleda se kroz socijalno otuđenje i izolaciju, bračne/porodične probleme koji neretko rezultiraju nasiljem i/ili rasturom porodice, pojačano konfliktno ponašanje koje je često skopčano i sa zloupotrebom alkohola kao neadekvatnim pokušajem izlaska na kraj sa traumatskim iskustvom... Između ostalog, prema podacima koje navodi Čabarkapa (2008) kod vijetnamskih veterana je nađeno da se dva puta češće razvede u poređenju sa demografski sličnim civilnim grupama, a slične poteškoće u socijalnom funkcionisanju su uočene i kod naših ratnih veterana.

Doživljaj sopstvene bezvrednosti i beznačajnosti, gubitak ličnog poštovanja, poverenja u druge, gubitak kontrole nad mentalnim i vegetativnim funkcijama, sumnja u sopstvenu moć zapažanja... dodatne su teškoće sa kojima se često suočavaju osobe koje boluju od posttraumatskog stresnog poremećaja, posebno veterani koji se nakon borbenih aktivnosti i „pravila“ koja važe u ratu i omogućavaju preživljavanje, suočavaju sa civilnim životom u kojem su pravila drugačija, što im znatno otežava adaptaciju na mirnodopski način života (Čabarkapa, 2008).

S obzirom na sve pomenuto u vezi sa izloženošću traumatskim događajima i razvojem posttraumatskog stresnog poremećaja, kao i na činjenicu da neretko simptomi PTSP traju decenijama nakon traumatskog događaja, jasno je da se radi o problemu koji osim ličnog, predstavlja i ozbiljan porodični, socijalni i ekonomski teret (Boscarino, 2004; Čabarkapa, 2008; Špirić, 2008; (Brunello et al., 2001; Walker et al., 2003), prema Stam, 2007; Knox, Conwell, & Caine, 2004).

### **Faktori rizika / vulnerabilnosti za razvoj PTSP**

Pored vrste traumatskih događaja, značajni faktori koji utiču na razvoj, težinu i prognozu PTSP su broj traumatskih događaja (Maes et al., 2001.), težina odnosno intezitet stresora (Yehuda, 1999; Abu-Saba, 1999; Gavrilovic et al., 2002; Voges & Romney, 2003; Engelhard & van den Hout, 2007), dužina izloženosti traumatskim događajima (Hiley-Young et al., 1995).

Osim karakteristika traumatskih događaja, brojni su drugi faktori koji utiču na individualnu osetljivost odnosno sklonost osobe ka razvoju posttraumatskog stresnog poremećaja. Ona je povezana sa psihobiološkom strukturom koja postoji i pre traume - nalaz u projektu Psihobiologija PTSP-a je da se ispitanici sa PTSP-om razlikuju od zdravih po svim crtama ličnosti merenim NEOPI-R-om (Savic et al., 2012), , a može se ispoljiti kroz peritraumatsku percepciju i obrasce reagovanja (opažanje i ponašanje u toku samog

traumatskog događaja), kao i kroz posttraumatske strategije prevladavanja (koping) i opažanje socijalne podrške (Ozer et al, 2003).

Faktori za koje je pronađena značajna korelacija sa simptomima PTSP su: prethodna trauma (posebno u detinjstvu); smrt ili razvod roditelja; porodična psihopatologija ili psihološki problemi osobe pre traumatskog iskustva (APA, 2013); niži socio-ekonomski i obrazovni status (Breslau et al., 1995; de Jong et al., 2001; diGrande et al., 2008); peritraumatske emocionalne reakcije ili disocijacija (APA, 2013; Clohessy & Ehlers, 1999); fatalističke ili samo-optužujuće koping strategije (Tolin & Foa, 2002); ženski pol; mlađi uzrast u trenutku izlaganja traumi (Green et al., 1990); opažena pretnja/ugroženost (Tolin & Foa, 2006; APA, 2013); percepcija socijalne podrške nakon traume (APA, 2013; McNally, 2003; Ozer et al., 2003). Od ovih faktora, individualne razlike u reakcijama na traumu su se pokazale kao jači prediktor nego individualne razlike koje su prethodile traumatskom iskustvu (McNally, 2003; Ozer et al., 2003), mada druge studije sugerišu da crte ličnosti (preegzistirajući faktori) i peritraumatski stilovi prevladavanja nisu nezavisni prediktori težine PTSP-a, te da stabilnost ličnosti delimično određuje strategiju koju će osoba koristiti u susretu sa traumatskim događajem (Chung et al, 2005).

Među značajnijim faktorima od kojih zavisi da li će doći do razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja i koliko izražen će on biti, je prethodno iskustvo pojedinca sa stresnim, odnosno traumatskim situacijama. Prethodne traume utiču na to kako će osoba procenjivati novu traumatsku situaciju, odnosno koje značenje će joj pridati i na koji način i koliko uspešno će se nositi sa njom. Iako nekad osobe bivaju „ojačane“ traumatskim iskustvima, brojna istraživanja pokazuju da ponavljana traumatska iskustva imaju nepovoljan kumulativni efekat i senzitivizuju osobu na naknadne traume, stvarajući kod nje negativnu percepciju života, odnosno „osećaj da je život pun teškoća i gubitaka, kao i da je van sopstvene kontrole“ (Samardžić, 2008), te sve više iscrpljujući njene mentalne i fizičke kapacitete da se nosi sa novim stresnim / traumatskim događajima. Naročito je negativan kumulativni efekat primećen i izražen kad su u pitanju interpersonalne traume. Studije rađene kako sa žrtvama ratom uzrokovanog PTSP-a (Foy, et al., 1987) tako i sa žrtvama silovanja odnosno seksualnih trauma (Ruch, Amedo, Leon, & Gartrell, 1991), daju potvrde

toga, nalazeći jaču posttraumatsku simptomatologiju u slučajevima veće odnosno ponavljane izloženosti traumatskim situacijama. O životnoj istoriji sa brojnijim traumatičnim događajima kao značajnom faktorom rizika za razvoj i težinu PTSP-a govore i studije: Noriss, 1992 ; (Robin et al., 1997; de Girolamo et al, 1993;) prema Samardžić, 2008.

Ipak, svi pomenuti faktori rizika zajedno objašnjavaju samo 20% varijanse u reakcijama na traumatske stresore, a ostatak leži u neotkrivenim pojedinačnim faktorima ili jedinstvenim kombinacijama karakteristika osobe izložene traumatskom događaju i prirode i težine samog traumatskog događaja (Stam, 2007).

### **Klinička slika PTSP**

Ukoliko do poremećaja dođe, prema DSM-IV (APA, 1994) (klasifikaciji mentalnih poremećaja korišćenoj u istraživanju<sup>1</sup> na kojem je bazirana ova doktorska teza) njegovu uobičajenu kliničku sliku (kod odraslih) čine simptomi iz sledeća tri skupa:

- intruzije ili nametljivo ponovno proživljavanje traumatskog iskustva (*intrusions*),
- izbegavanje podsećanja na traumatsko iskustvo i emocionalna zaravnjenost / obamrlost (*avoidance - numbing*)
- pojačana vegetativna reaktivnost (*hyperarousal*),

kao i ozbiljne smetnje u domenu psihološkog, socijalnog i/ili radnog funkcionisanja.

Simptomi perzistiraju minimum mesec dana u kontinuitetu i mogu imati akutni ili hronični karakter (trajanje duže od 3 meseca), a mogu se javiti odmah nakon završetka traumatskog događaja, ili u manjem broju slučajeva, sa odloženim početkom (6 ili više meseci posle traumatskog događaja – DSM-IV).

Klaster intruzija (klaster B) obuhvata 5 simptoma: 1) neželjeno i nevoljno ponovno proživljavanje traumatskog događaja u formi misli ili slika koje traumatizovanoj osobi

---

<sup>1</sup> U periodu sprovođenja istraživanja još uvek nije postojala DSM-V klasiifikacija

padaju na pamet bez vidljivog povoda, ili u formi 2) snova odnosno noćnih mora često praćenih psihomotornim nemirnom i naglim buđenjem sa poteškoćama da se ponovo zaspi. Ova grupa simptoma uključuje i 3) flešbekove, kada je prisećanje na traumu toliko živo da osoba u manjoj ili većoj meri ima doživljaj i reaguje kao da se traumatski događaj u tom trenutku ponovo dešava, a tu su i 4) emotivna uznemirenost u susretu sa podsetnicima na traumu, kao i 5) fiziološki znaci uznemirenja (drhtavica, znojenje...) prilikom podsećanja na traumatski događaj.

Klaster izbegavanja i emocionalne zaravnjenosti / obamrlosti (klaster C) uključuje 7 simptoma među kojima su simptomi izbegavanja podsećanja na traumatski događaj koji obuhvataju 1) aktivne pokušaje izbegavanja misli, osećanja ili razgovora o traumi, kao i 2) izbegavanje aktivnosti, ljudi ili mesta koje osobu na bilo koji način asociraju na doživljenu traumu i provociraju javljanje misli i emocija u vezi sa njom. U ovu grupu simptoma spadaju i 3) poteškoće u prisećanju, odnosno amnezija za značajne delove traumatskog iskustva. Takođe, tu su i 4) gubitak interesovanja i odustajanje od aktivnosti koje su osobi do tada bile značajne, 5) osećaj odvojenosti i otuđenosti od drugih ljudi koji su ranije doživljavani bliskima, 6) smanjen opseg afektivnog doživljaja (poteškoće da se oseti ljubav, sreća), kao i 7) prestanak pravljenja životnih planova usled prisutnog doživljaja skraćene budućnosti.

Treću grupu simptoma koji su po DSM-IV deo kliničke slike PTSP-a (klaster D) čini 5 simptoma pojačane reaktivnosti vegetativnog nervnog sistema (hiperpobuđenost) što uključuje 1) probleme sa spavanjem ili uspavljivanjem, 2) razdražljivost ili izlive besa, 3) otežanu koncentraciju, 4) preteranu budnost i oprez zbog mogućih spoljnih opasnosti, kao i 5) preteranu reakciju trzanja na iznenadne podražaje iz okoline.

Osim pomenutih, osobe sa PTSP-om se neretko suočavaju sa dodatnim psihološkim poteškoćama poput osećanja stida, doživljaja sopstvene bezvrednosti, krivice preživelog, opterećenosti doživljajem da su morali nešto drugačije da urade i nađu način da spreče ili izbegnu traumu, kao i disocijativnim fenomenima poput smanjene svesti o okolini, derealizacije i depersonalizacije.

Što se tiče toka bolesti, određene studije pokazuju da se klaster intruzija javlja rano, a onda počinje da opada (Schell et al., 2004), a da simptomi pojačane vegetativne reaktivnosti imaju tendenciju da prethode kao i da dobro predviđaju kasniju emocionalnu zaravnjenost (Bremner et al., 1996; Litz et al., 1997; Weems et al., 2003). Kad su u pitanju reakcije pojedinih grupa simptoma na tretman, neke studije pokazuju da se simptomi intruzije najbolje leče, dok simptomi pojačane vegetativne reaktivnosti najslabije reaguju na tretman (Green et al., 2006). U proseku se simptomi PTSP povlače u roku od 2 godine, a značajan broj obolelih oporavi se već u prvih šest meseci (Breslau et al., 1998; Milliken, Auchterlonie & Hoge, 2007). Ukoliko bolest potraje godinama, ona može preći u „trajnu promenu ličnosti nakon katastrofičnog događaja“, što je dijagnoza prisutna samo u ICD-10, ne i u DSM-u (gde možemo govoriti samo o hroničnom PTSP).

### **Osvrt na DSM-V klasifikaciju i kriterijume za dijagnozu PTSP**

Imajući u vidu dugogodišnju kliničku praksu i empirijske nalaze studija koje su se bavile validacijom dijagnostičkih kriterijuma po DSM-IV, u revidiranoj, DSM-V klasifikaciji mentalnih bolesti (APA, 2013), PTSP je izdvojen iz kategorije anksioznih poremećaja i stavljen u posebnu kategoriju poremećaja povezanih sa traumom i stresom (tu su još i akutni stresni poremećaj, poremećaji prilagođavanja, poremećaj dezinhibiranog socijalnog ponašanja i reaktivni emocionalni poremećaj u detinjstvu (poremećaj reaktivnog vezivanja)).

Novine koje DSM-V donosi po pitanju kriterijuma za dijagnostikovanje posttraumatskog stresnog poremećaja su:

- Izbačen je kriterijum A2
- Kriterijum A1 je proširen uključivanjem događaja kao što je ponavljana ili ekstremna izloženost ozbiljno averzivnim detaljima traumatskih događaja (npr.



policajac koji sluša o teškom zlostavljanju deteta, vatrogasci ili spasioci koji izvlače ljudske leševe, ostatke tela i sl...)

- Klaster intruzija (B) je ostao isti kao u DSM-IV
- Klaster izbegavanja (C) sadrži samo dve stavke o izbegavanju podsećanja na traumu
- Naredni klaster (D) se sada odnosi na negativne promene u kogniciji i raspoloženju usled izloženosti traumatskim događajima i u njega su uključeni sledeći simptomi:
  - amnezija vezana za traumu
  - trajna i preterano negativna uverenja i očekivanja od sebe, drugih, sveta
  - trajna i poremećena uverenja o uzrocima i posledicama traumatskog događaja koja vode okrivljavanju sebe ili drugih
  - trajna negativna emotivna stanja (strah, užas, bes, stid, krivica)
  - smanjeno interesovanje za aktivnosti
  - otuđenost od drugih
  - emocionalna zaravnjenost (trajna nemogućnost doživljavanja pozitivnih emocija)
- Poslednji klaster (E) se odnosi na pojačanu vegetativnu reaktivnost
  - Simptomi iz ove grupe su isti kao u DSM-IV uz dodatak novog simptoma koji se odnosi na bihevioralni odgovor na traumu: *nemarno ili samodestruktivno ponašanje*

Kad je u pitanju posttraumatski stresni poremećaj, DSM-V pretenduje da ispravi nedostatke prethodne DSM-IV klasifikacije i omogući što bolje i preciznije dijagnostikovanje ovog sindroma (kako za kliničke, tako i za istraživačke potrebe), trudeći se da vodi računa o specifičnostima pojedinih subpopulacija, odnosno uzimajući u obzir uzrasne, polne, rasne, kulturološke i dr. razlike, istovremeno ističući ono što su univerzalne karakteristike, te kao takve, nesporni kriterijumi za postavljanje dijagnoze. Ipak, s obzirom na činjenicu da se radi o još uvek novoj klasifikaciji mentalnih poremećaja, potrebno je

videti da li će ona izdržati test vremena i u kojoj meri će zaista odgovoriti i kliničkim i istraživačkim potrebama odnosno ciljevima zbog kojih je nastala.

### **Lečenje PTSP**

S obzirom da se radi o kompleksnom poremećaju sa mnogobrojnim potencijalnim posledicama, sam tretman zahteva multidisciplinarni pristup, te primenu različitih farmakoterapijskih, psihoterapijskih i socioterapijskih metoda i tehnika. Zbog uticaja bolesti ne samo na osobu koja boluje od PTSP, nego i na njenu porodicu i zbog izuzetnog značaja socijalne podrške kako u prevenciji, tako i u bržem oporavku od ovog poremećaja, tretman bi trebalo da uključi i edukaciju i terapiju ne samo pojedinca već i članova njegove porodice.

Kad je u pitanju farmakoterapija, kao primarni lekovi za tretman PTSP-a predlažu se antidepresivi, pre svega SSRI (selektivni inhibitori preuzimanja serotonina). O efikasnosti ove grupe lekova u lečenju PTSP-a govore studije van der Kolka i saradnika (van der Kolk et al., 1994), Ravindrana i Stein-a (Ravindran & Stein, 2009; Stein et al., 2006), Marshall-a i saradnika (Marshall et al., 2007). Zbog različitih simptoma PTSP-a (npr. razdražljivost, eksplozivnost, flešbekovi, itd.) u terapiji ovog poremećaja se koriste i druge grupe lekova, kao što su stabilizatori raspoloženja, antipsihotici, benzodijazepini i hipnotici (kratkotrajno) (Arbanas, 2013).

Od psihoterapijskih tehnika, istraživanja pokazuju da najviše uspeha u tretmanu PTSP ima kognitivno-bihejvioralna terapija (Ressler & Rothbaum, 2009). Kao značajne za lečenje ovog poremećaja ističu se i grupna terapija (Lubin et al., 1998), EMDR (NICE, 2005; Engelhard et al., 2011; Bisson et al., 2007), suportativna terapija, telesne terapije (npr. somatska – Levin, 1997), a u poslednje vreme sve više i terapije, odnosno tehnike, zasnovane na *mindfulness*-u (inspirisane istočnjačkom meditacijom) (Baer & Huss, 2008).

Bez obzira na to koje metode se koriste, one bi trebalo da budu edukativne, da poštuju specifičnosti klijenta i njegov psiho-socijalni kontekst, da naglašavaju socijalnu podršku i

potpomognu integraciju traume u celokupno životno iskustvo osobe, te omoguće osobi da prepozna i proradi svoje emocije, povрати doživljaj sigurnosti i kontrole nad sopstvenim životom kao i poverenje u sebe i svet koji je okružuje.

Važnu ulogu u oporavku od PTSP-a, odnosno prevazilaženju posledica traumatskog stresa igraju karakteristike društva, odnosno kulture kojoj osoba pripada. Verovanja i vrednosti prisutni u kulturi, rituali namenjeni suočavanju sa traumom i prolasku kroz proces tugovanja (zbog gubitka), kao i pažnja koja se (ne)pridaje pravu žrtava na reparaciju, su među značajnim faktorima koji olakšavaju ili otežavaju sposobnost pojedinaca da izađu na kraj sa iskustvom traume i njenim posledicama (Lečić- Toševski, 2002; deVries, 1996).

## **Pol, tipovi traumatskih događaja i PTSP**

### **Kompleksnost odnosa pol i PTSP**

Čini se da pol ima posebno složen odnos sa posttraumatskim stresnim poremećajem, što se ogleda u tome da: verovatnije će muškarci nego žene doživeti traumatski događaj u toku života (Stein et al., 2000), muškarci izveštavaju o većem broju traumatskih događaja u toku života (Perkonigg and Wittchen, 1999; Breslau, 1998), muškarci i žene se razlikuju u tipu doživljenih traumatskih događaja, a žene češće od muškaraca razvijaju PTSP simptomatologiju nakon traumatskog događaja (Gavranidou, Rosner, 2003; DiGrande et al., 2008; Frans et al., 2005; Norris et al., 2004; Punamaki et al., 2005; Rosner et al., 2003; Zlotnick et al., 2001; Kolltveit et al., 2012; Darves-Bornoz et al., 2008; Galea et al., 2008); veća je verovatnoća da žene zadovolje kriterijume za dijagnozu PTSP za isti broj traumatskih događaja (Breslau et al., 1997); kod žena je znatno veća verovatnoća da razviju hronični PTSP nakon izloženosti stresoru (Breslau et al., 1991; Breslau & Davis, 1992; Breslau, 2002a; Kessler et al., 1995; APA, 2013); PTSP simptomatologija je izraženija/teža kod žena nego kod muškaraca (Breslau, Davis, Andreski, Peterson, 1991; Jaranson et al., 2004).

### **Polne razlike i rizik od razvoja PTSP**

Ženski rod se u istraživanjima dosledno pokazuje kao faktor rizika za razvoj PTSP-a nakon izloženosti katastrofama (događajima sa masovnim stradanjima) izazvanim ljudskim ili tehnološkim faktorom (Grieger, Fullerton, Ursano, 2003; Pulcino et al., 2003; Schuster et al., 2001; Arata et al., 2000; Palinkas et al., 1993; Green et al., 1991; Hagstrom, 1995). Kod žena je veća verovatnoća da razviju ovaj poremećaj i nakon izloženosti prirodnim

katastrofama (Shannon et al., 1994; Carr et al., 1995; Garrison et al., 1993; Caldera et al., 2001; Armenian et al., 2000; Ticehurst et al., 1996; Durkin, 1993).

Kao neke potencijalne razloge dobijene veće vulnerabilnosti žena po pitanju PTSP-a, Gavronidou i Rosner navode metodologiju korišćenu u različitim studijama, različite koping stilove kod muškaraca i žena, ograničene odnosno manje socio-ekonomske resurse koje žene imaju, kao i biološke razlike među polovima (Gavronidou & Rosner, 2003).

S obzirom da je u različitim studijama dobijeno da se verovatnoća za razvoj PTSP razlikuje zavisno od tipa traumatskog događaja (Breslau et al., 1998; Breslau, 2002b; Kessler et al., 1995; Perkonigg and Wittchen, 1999), određeni autori se bave polnim razlikama u riziku od PTSP, ističući njihovu vezu sa razlikama u izloženosti vrsti traumatskih događaja. Norris (1992) na velikom uzorku žena i muškaraca (N=1000) nalazi da su žene češće bile izložene seksualnim napadima dok je kod muškaraca bio veći rizik od izloženosti saobraćajnim nesrećama, fizičkom napadu i borbenim iskustvima. Slične razlike između žena i muškaraca po tipu traumatskih događaja nalaze i sledeći autori: Breslau i saradnici (Breslau et al., 1998; Breslau, 2002b), Perkonigg i Wittchen (Perkonigg and Wittchen, 1999), dok s druge strane dobijaju da nema polnih razlika u izveštavanju o izloženosti prirodnim katastrofama ili iznenadnoj smrti partnera odnosno bliskog prijatelja. Neke studije (Kessler et al., 1995. i Neria, Bromet, Sievers, 2002) nalaze da su traumatski događaji koji se najčešće povezuju sa PTSP među muškim ispitanicima, izloženost opasnosti u borbenim dejstvima (28,8%) i prisustvovanje nečijoj pogibiji ili teškom ranjavanju (24,3%), dok su kod žena najčešći traumatski događaji koji se povezuju sa PTSP silovanje (29,9%) i drugi oblici seksualnog zlostavljanja (19,1%).

S obzirom da je fokus ovog doktorskog rada na PTSP-u u vezi sa ratnim traumama, te razlikama muškaraca i žena u vezi sa njim, sledi kratak osvrt na postojeću naučnu literaturu u vezi sa polnim razlikama u izloženosti ratnim stresorima i njihovom vezom sa razvojem i izraženošću PTSP simptomatologije.

## **Polne razlike u izloženosti ratnim traumama i PTSP**

Kad su u pitanju polne razlike u izloženosti različitim tipovima ratnih traumatskih događaja, u studiji koju su Gavranidou, Rosner i saradnici sprovedi na deci, mladima i odraslima u posleratnoj Bosni, je nađeno da su: muškarci češće izveštavali da su bili svedoci granatiranja i pucnjava, ranjavanja bliskog prijatelja odnosno prisustvovanja povređivanju drugih, da su imali iskustvo zbrinjavanja ranjenika, života u koncentracionim logorima i zadobijenih povreda. S druge strane, žene i devojčice su izveštavale više o gubicima usled rata, seksualnom i fizičkom zlostavljanju i tome da im je neko od rođaka ili bliskih prijatelja bio ranjen (Gavranidou, 2001; Gavranidou et al., 2000; Rosner et al., 2003).

Istraživanje Špirića i saradnika (Špirić i sar., 2010) rađeno na uzorku muškaraca i žena sa iskustvom torture u zarobljeništvu tokom ratova 90-tih godina na prostoru bivše Jugoslavije, pokazalo je da su žene provele kraće vreme u zarobljeništvu i pretrpele manji broj vrsta torture/mučenja od muškaraca, ali da su imale izraženije posttraumatske simptome kao i druge psihičke smetnje (naročito depresivnost i anksioznost). Na IES-u (Skala uticaja (traumatskog) događaja) koji meri PTSP simptomatologiju, žene su imale značajno veći generalni skor (51,4 prema 45,4), kao i skor na supskalama „intruzija“ i „izbegavanja“ podsetnika na traumatski događaj. Dobijeni nalaz se delimično slaže sa rezultatima drugih studija o tome da su žene sklonije ispoljavanju simptoma socijalnog povlačenja/izbegavanja i emocionalne zaravnjenosti/obamrlosti, za razliku od muškaraca koji su skloniji razdražljivosti i preteranom impulsivnom reagovanju (Ai, Peterson, Ubelhor, 2002; Gavrilovic et al., 2002). Žene obuhvaćene ovom studijom su bile više izložene „seksualnoj“ torturi, dok su kod muškaraca dominirali oblici mučenja iz kategorije „obične“ i „sadističke“ torture. Iako se seksualno zlostavljanje u većini studija javlja kao jedan od najsnažnijih faktora rizika za razvoj PTSP (Lunde, Ortmann, 1990; Fornazzari, Freire, 1990; Allody, Stiasny, 1990; Resnick et al., 1993; Loncar et al., 2006), Špirić i saradnici nalaze da češća seksualna tortura kod žena uključenih u njihovu studiju, ne može

u potpunosti objasniti dobijenu veću sklonost i jaču izraženost posttraumatskih psiholoških posledica kod ove grupe ispitanika.

Vežu između pola, tipa traume i rizika za razvoj PTSP među populacijom osoba koje su živele u zoni konflikta, istraživali su i Yasan i saradnici (Yasan et al., 2009). Na uzorku od 708 ispitanika, dobili su da je više muškaraca (53%) nego žena (44%) bilo izloženo traumatskim događajima, ali da među njima nije bilo razlika u prevalenci PTSP-a. S druge strane, dok većina studija nalazi da je kod žena značajno viši rizik za razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja (Voges & Romney, 2003; Holbrook et al., 2002), te da su žene vulnerabilnije bez obzira na vrstu traume (Breslau i sar., 1999a), Yasan i saradnici nalaze da postoji razlika u riziku od pojave posttraumatskog stresnog poremećaja među muškarcima i ženama koji su doživeli iste traumatske događaje: rizik za razvoj PTSP među osobama koje su iskusile vojni konflikt, je bio veći kod muškaraca nego kod žena (Yasan et al., 2009). Sličan nalaz o postojanju različitog rizika za razvoj PTSP kod muškaraca i žena kada su izloženi sličnim traumatskim događajima, dobijaju i Tolin i Foa (2006), koji, između ostalog, ističu postojanje i značaj razlika u reagovanjima muškaraca i žena na traumatske događaje. Objasnjavajući dobijeni nalaz o većem riziku muškaraca za razvoj PTSP kad je u pitanju preživljeno iskustvo vezano za vojne konflikte, Tolin i Foa navode da je moguće da su muškarci doživeli traumu vezanu za vojne/ratne konflikte kao veću životnu pretnju nego što je to bio slučaj sa ženama. Takođe, govore o činjenici da čak i kad se radi o istoj vrsti traumatskih događaja, stvarno iskustvo muškaraca i žena ne mora i često nije isto (postoje razlike u trajanju traume, učestalosti traumatskih događaja, njihovoj težini, tome ko je počinilac (nasilja)...). Tako, ovi autori navode da su ratna/borbena iskustva muškaraca obično teža nego iskustva žena iz iste kategorije traumatskih događaja. U pogledu polnih sličnosti i razlika u prevalenci PTSP u konfliktnim područjima, de Jonge i saradnici (2001) nalaze jednaku prevalencu PTSP-a kod muškaraca i žena u Gazi, pri čemu žene imaju manje simptoma ovog poremećaja u odnosu na mušku populaciju.

Kad su u pitanju istraživanja rađena isključivo na populaciji veterana, neki podaci sugerišu da među ženskim i muškim veteranima nema razlike: studije rađene na veteranima iz Avganistana pokazuju minimalne polne razlike u prevalenci PTSP-a (Rona i sar., 2007;

Seal et al., 2007), a u skladu sa tim su i rezultati istraživanja Haskell-a i saradnika, rađenog na veteranima rata u Iraku i Avganistanu (Haskell et al., 2010). I velika studija rađena na uzorku vojnika iz SAD koji su bili angažovani u vojnim operacijama u Somaliji (Litz et al., 1997a) nalazi približno istu stopu zastupljenosti PTSP-a kod muškaraca i žena. Za razliku od pomenutih studija koje nisu našle polne razlike u PTSP-u među ratnim veteranima, istraživanja rađena na velikim uzorcima veterana koji su učestvovali u operaciji *Pustinjska oluja* (Zalivski rat), izveštavaju o većoj izraženosti posttraumatskog stresnog poremećaja kod žena veterana (Engel et al., 1993; Wolfe et al., 1999).

### **Izloženost istoj kategoriji traumatskih događaja i polne razlike u karakteru tih događaja**

Kao što je već rečeno, čak i kad su muškarci i žene izloženi traumatskim događajima koji bi se mogli svrstati u istu kategoriju, često među tim događajima postoje suštinske razlike koje mogu uticati i na to kako će oni biti doživljeni i sa kakvim posledicama će se suočiti osobe koje su im bile izložene. Pa tako kada govorimo o polnim razlikama u „karakteru“ istovrsnih događaja, nalazimo da kad su u pitanju ratni veterani i njihova traumatska iskustva, muškarci su znatno češće od (vojno angažovanih) žena uključeni u direktnu borbu (Litz et al., 1997a), što nosi i potencijalno veću ugroženost odnosno težinu traume. Kad su u pitanju saobraćajne nesreće, muškarci češće od žena izveštavaju o ozbiljnim fizičkim povredama (Ehlers et al., 1998). Kao žrtve seksualnog zlostavljanja u detinjstvu, muškarci češće od žena izveštavaju o korišćenju fizičke sile ili pretnji tokom zlostavljanja (Finkelhor, Hotaling, Lewis, & Smith, 1990; Fritz, Stoll, & Wagner, 1981; Risin & Koss, 1987), dok žene koje imaju ovaj tip traumatskog iskustva češće izveštavaju o ponavljanim situacijama zlostavljanja (Fischer, 1992). Devojčice su mnogo češće žrtve zlostavljanja (uključujući seksualno) od strane člana porodice, dok su dečaci češće izloženi zlostavljanju od strane nekoga van porodice (Finkelhor, 1990a; Goldberg & Freyd, 2006). U slučajevima neseksualnog nasilja, žene u adolescenciji i odraslom dobu su opet češće od muškaraca žrtve intimnog partnera odnosno člana porodice (Singer, Anglin, Song, &



Lunghofer, 1995; Vrana & Lauterbach, 1994) i doživljavaju teže povrede nanesene tokom ove vrste nasilja (Cantos, Neidig, & O'Leary, 1994).

Učestalija iskustva žena sa tipovima trauma koje nose "izdaju" (prema teoriji trauma izdaje (*betrayal trauma theory*, Freyd, 1996) traume koje se javljaju kad najbliže osobe, posebno one od kojih zavisi nečiji opstanak, grubo narušavaju poverenje i umesto da štite, podržavaju i neguju, one ugrožavaju), bar delom doprinose višoj stopi PTSP i disocijativnih poremećaja među ženama u odnosu na muškarce (DePrince & Freyd, 2002). Po pomenutoj teoriji trauma izdaje, disocijacija je adaptivna kad traumu sprovodi staratelj, bračni partner, odnosno bliska osoba (Freyd, 1996). Stoga je moguće da bliskost sa onim koji nanosi/sprovodi traumu deluje kao delimičan medijator polnih razlika u prevalenci PTSP-a (Goldberg & Freyd, 2006).

Zbog svega prethodno rečenog, zadržavanje na previše širokim kategorijama traumatskih događaja (npr. žrtve rata, žrtve seksualnog zlostavljanja, žrtve saobraćajnih nesreća...) nosi rizik neuočavanja i nedovoljnog razumevanja specifičnih polnih razlika koje često postoje u njihovom iskustvu i koje mogu biti od uticaja i na karakter njihove posttraumatske simptomatologije.

### **Pol, izloženost traumama u detinjstvu i PTSP u odraslom dobu**

Kad su u pitanju rane traume, podaci iz nacionalne baze podataka SAD-a o zlostavljanju i zanemarivanju dece pokazuju da su devojčice češće žrtve od dečaka (51,3% vs 48,3%) (US Department of Health & Human Services, 2008). Određene studije rađene na populaciji odraslih nalaze da je između 15 i 30% žena i 5-15% muškaraca imalo iskustvo seksualnog zlostavljanja u detinjstvu (Gilbert et al., 2009). Slične nalaze o većoj učestalosti ranog seksualnog traumatskog iskustva kod žena nego kod muškaraca (27% vs 8%) saopštavaju i studije: Breslau et al., 1997; Finkelhor, 1994. Kao u slučaju seksualnog, i emotivno zlostavljanje je češće kod devojčica - velike studije rađene na opštoj populaciji

SAD-a i Velike Britanije nalaze da 8-9% žena i oko 4% muškaraca izveštava o izloženosti ozbiljnom psihološkom zlostavljanju tokom detinjstva (Gilbert et al., 2009; Edwards et al., 2003; May-Chahal & Cawson, 2005). Žene češće izveštavaju i o opštim traumama u detinjstvu, kao što su razvodi roditelja, nasilje u porodici, mentalne bolesti, zloupotreba droga (Edwards et al., 2003). S druge strane, literatura govori o tome da o fizičkom zlostavljanju/kažnjavanju u detinjstvu češće izveštavaju muškarci (Edwards et al., 2003; Thompson, Kingree & Desai, 2004).

Kad je u pitanju izloženost traumatskim događajima u detinjstvu i njihova veza sa PTSP u odraslom dobu, već je pomenuto da su različite studije pokazale da su žrtve zlostavljanja i zanemarivanja u detinjstvu pod povišenim rizikom od kasnijeg razvoja PTSP (Kaplow, Dodge, Amaya-Jackson, & Saxe, 2005; Widom, 1999). Takođe, nađeno je da seksualno zlostavljanje u detinjstvu ima ozbiljne psihopatološke posledice za decu nezavisno od uzrasta i pola (Bryer et al., 1987). Pronađena je veza između seksualnog zlostavljanja u detinjstvu i graničnog poremećaja ličnosti (Laporte and Guttman, 1996; Herman et al., 1989; Ogata et al., 1990), disocijativnih poremećaja i kompleksnog PTSP-a (Van der Kolk et al., 1996). Postoje i studije koje pokazuju vezu između fizičkog zlostavljanja u detinjstvu i PTSP nakon naknadnih traumatskih događaja vezanih za borbene aktivnosti. Jedna od takvih je i studija Zaidi i Foy (1994), u kojoj je dobijena pozitivna korelacija između istorije ranog fizičkog zlostavljanja i težine ovakvog PTSP-a. Kad je u pitanju psihobiološko reagovanje na rane životne stresore postoje studije u kojima su dokumentovane polne razlike koje govore o tome da su devojčice vulnerabilnije na neuro-razvojne efekte seksualnog zlostavljanja, dok je razvoj dečaka osetljiviji na uticaj zanemarivanja (Kajantie & Phillips, 2006; Olf, Langeland, Draijer, & Gersons, 2007; Teicher, 2002; Teicher et al., 2004; Teicher, Tomoda, & Andersen, 2006).

Prospektivna studija Koenen-a i Widom-a (2009) takođe se odnosi na vezu izloženosti traumatskim događajima u detinjstvu i PTSP-a u odraslom dobu. Oni su ispitivali polne razlike po pitanju celoživotnog rizika od PTSP-a na uzorku od 676 ispitanika sa dokumentovanom istorijom (sudskim spisima) seksualnog zlostavljanja, fizičkog zlostavljanja i/ili zanemarivanja u detinjstvu, koji su praćeni duži niz godina i kod kojih je procenjivan PTSP u odraslom dobu. Dobili su nalaz da su žene imale povišen rizik za

razvoj PTSP za sve tipove ranih trauma, pri čemu su najveće polne razlike nađene među ispitanicima koji su iskusili seksualno zlostavljanje - rizik žena da razviju PTSP je u tom slučaju bio četiri puta veći nego kod muškaraca. Silovanje i višestruke traume su u najvećoj meri doprinisili nađenim razlikama među polovima. Tragajući za mogućim objašnjenjem dobijenog značajno većeg celoživotnog rizika za razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja kod žena, autori studije su se osvrnuli na dve suprotstavljene hipoteze vezane za povećanu vulnerabilnost (za PTSP) ženskog pola. "Hipoteza o situacionoj vulnerabilnosti" (*situational-vulnerability hypothesis*) (Pimlott-Kubiak & Cortina, 2003) govori o tome da je ono što pravi razliku među polovima u pogledu rizika od razvoja PTSP veća izloženost žena tokom života iskustvima poput silovanja odnosno seksualnog zlostavljanja, kao i reviktimizacija (Wolfe & Kimerling, 1997). "Hipoteza o ženskoj vulnerabilnosti" (*feminine-vulnerability hypothesis*) govori o tome da su žene osetljivije i sklonije razvoju PTSP bez obzira na izloženost ranim traumama. U prilog ovoj hipotezi idu sledeća istraživanja: Breslau & Anthony, 2007; Breslau et al., 1999c; Breslau et al., 1997. U njima je nađeno da u odnosu na muškarce, kod žena rizik za razvoj PTSP u toku života ostaje značajno veći čak i kad se istorija ranijih trauma drži pod kontrolom. Uzimajući u obzir nalaze sopstvene studije, Koenen i Widom (2009) pokušavaju da pomire dve pomenute hipoteze i zaključuju da ono što stvara veću vulnerabilnost žena ka razvoju PTSP bi mogla biti interakcija psiho-bioloških karakteristika ženskog pola i situacionih faktora (izloženosti određenom traumatskom iskustvu).

Ipak, nalazi su oprečni kada se radi o razlikama među polovima po pitanju celoživotnog rizika i prevalence, kao i jačine PTSP-a među žrtvama trauma iz detinjstva (zlostavljanja i zanemarivanja). Pa tako, meta-analiza relevantnih studija koju su sprovedli Tolin i Foa (2006) nalazi da nema statistički značajnih polnih razlika po pitanju celoživotnog rizika od PTSP ni kod ispitanika koji su preživeli rano seksualno zlostavljanje, niti kod onih koji su bili fizički zlostavljani ili zanemarivani u detinjstvu.

### **Odnos tipa traume, pola i grupa simptoma PTSP**

Pojedine studije bavile su se odnosom tipa traume i grupa simptoma PTSP. Tako su u studiji Henigsberg, Folnegovic-Smalc i Moro (2001) rađenoj na bosanskim izbeglicama u Hrvatskoj (podeljenim u 4 podgrupe: veterani, bivši zatvorenici sa iskustvom torture, žrtve silovanja i izbeglice), nađene značajne međugrupne razlike kod klastera simptoma izbegavanja i klastera simptoma preterane razdražljivosti (pojačane vegetativne reaktivnosti), dok razlike nisu nađene za klaster intruzija. Žrtve silovanja su imale istaknutije simptome izbegavanja, dok su bivši zatvorenici i veterani imali izraženije simptome preterane razdražljivosti. Inače su žrtve silovanja i bivši zatvorenici imali brojnije simptome nego ostale grupe. S obzirom na veću izloženost žena seksualnom zlostavljanju uključujući silovanje, kao i češću zastupljenost muškaraca među veteranima odnosno njihovu veću izloženost direktnoj borbi, slične razlike u izraženosti pojedinih grupa PTSP simptoma bi se mogle očekivati kad se uzme u obzir varijabla pol. O dominaciji simptoma izbegavanja i emotivne zaravnjenosti kod ženskog pola, a simptoma pojačane vegetativne reaktivnosti kod muškog govore i studije: Gavrilovic, J., Lecic-Tosevski, D., Knezevic, G., Priebe, S., 2002; Ai, AL., Peterson, C, Ubelhor, D., 2002.

### **Polne razlike u socijalnim ulogama i njihova veza sa PTSP**

Prema teoriji socijalnih uloga (Eagly, 1987), muškarci i žene reaguju u skladu sa svojim socijalnim ulogama, a one mogu biti jedan od faktora koji utiču na polne razlike u načinu ispoljavanja posttraumatskog stresa (Tolin & Foa, 2006). Kako se od žena očekuje da budu više pasivne ili „slabe“, može se očekivati da one, u skladu sa tim, lakše prihvataju svoje simptome i više od muškaraca izveštavaju o njihovom postojanju, te se otud dobija i veća vulnerabilnost žena po pitanju razvoja PTSP. Postoje nalazi koji idu u prilog upravo ovakvim polnim razlikama u „samootkrivanju“ (Alfermann, 1996; Dindia and Allen, 1992). Nalazi različitih studija pokazuju da muškarci nakon traumatskog iskustva više ispoljavaju razdražljivost, bes, nasilno ponašanje i zloupotrebu alkohola, a žene anksiozne i depresivne

reakcije (Rende & Plomin, 1992; Green et al., 1997; Livingston, Lawson, & Jones, 1993; Darves-Bornoz et al., 1998; Kessler et al., 1997; Kessler, McGonagle, Swartz, Blazer, & Nelson, 1993; Kessler et al., 2005b; Kilpatrick et al., 2000). Neki od mogućih razloga za to leže upravo u socijalnoj (ne)prihvatljivosti određenih reakcija za određeni pol. Očekuje se da polne razlike u PTSP simptomatologiji budu veće u sredinama gde se neguju tradicionalna gledanja na maskulinost odnosno femininost. Rezultati interkulturalne studije Noriss-a i saradnika (2001) upravo idu u prilog ovim tvrdnjama.

Prema nekim autorima, različiti „svetovi“ (u društvenoj, profesionalnoj, privatnoj sferi) u kojima žive muškarci i žene (Lorber, 1999) utiču na verovatnoću prevalence stresnih / traumatskih događaja i njihovu predvidivost, kao i na mentalne i fizičke resurse za prevladavanje tih događaja. Muškarci su više uključeni u „opasne“ poslove (npr. rad u rudniku) (Schafers, 1998), češće su u socijalnim situacijama koje provociraju fizičku agresiju (npr. fudbalske utakmice), što povećava verovatnoću da dožive visoko stresne i životno ugrožavajuće događaje, a što ide u prilog tezi i nalazima da postoje polne razlike u prevalenci stresnih/traumatskih događaja. Socijalni i psihološki faktori mogu imati uticaja i na način na koji se muškarci i žene prisećaju i izveštavaju o različitim tipovima doživljenih traumatskih događaja (Dindia and Allen, 1992). Moguće je da se žene lakše prisećaju i više izveštavaju o događajima izazvanim ljudskim faktorom, a da se muškarci bolje prisećaju nezgoda. Kod silovanja i seksualnog zlostavljanja je uvek prisutno pitanje moći i doživljaj da se to događa slabima, zavisnima i nemoćnima (Gavranidou, Rosner, 2003), što imajući u vidu socijalne uloge odnosno očekivanja društva od muškaraca može uticati da je njima mnogo teže da izveste da su doživeli ovakvu vrstu traumatskih događaja.

### **Polne razlike u peritraumatskim i posttraumatskim kognitivnim reakcijama (doživljaju događaja, sebe, sveta)**

Muškarci i žene se mogu razlikovati po kognitivnim reakcijama u toku i posle traumatskog događaja, odnosno značenju koje pridaju samom događaju i načinu na koji doživljavaju sebe, svet, mogućnost sopstvenog uticaja na događaj, itd., a pomenute

kognitivne reakcije predviđaju dalji razvoj PTSP-a (Tolin & Foa, 2006). Nalazi studija pokazuju da muškarci obično doživljavaju saobraćajne nesreće kao manje zastrašujuće, nego što je to slučaj sa ženama (Ehlers et al., 1998); da opisuju seksualno zlostavljanje u detinjstvu na neutralniji odnosno manje negativan način od žena (Fritz et al., 1981; Nash & West, 1985; Schultz & Jones, 1983); među žrtvama seksualnog napada, 53% žena i samo 11% muškaraca opisuje ovaj napad kao najgore životno iskustvo (Vrana & Lauterbach, 1994). Ispitujući polne razlike u posttraumatskoj kogniciji, Tolin i Foa (2002) nalaze da žene pokazuju više samo-okrivljavanja za traumatski događaj od muškaraca, veće uverenje da su nekompetentne ili oštećene i izraženije verovanje da je svet opasan.

### **Polne razlike u koping strategijama primenjivanim tokom ili neposredno nakon izloženosti traumatskom događaju**

Istraživanja pokazuju da strategije prevladavanja (koping strategije) koje osoba preduzima u toku, odnosno neposredno nakon susreta sa traumatskim stresorom, dobro predviđaju pojavu posttraumatskog stresnog poremećaja (Clohessy & Ehlers, 1999; Valentiner, Foa, Riggs, & Gershuny, 1996), kao i da se muškarci i žene mogu razlikovati u pogledu strategija koje primenjuju (Vingerhoets & Van Heck, 1990). Tako je u studiji iz 1999. godine dobijen nalaz da bolničarke češće od muških kolega izveštavaju o strategijama prevladavanja u formi maštanja, mentalnog isključivanja i supresije traumatskih sećanja, što su tipovi kopinga koji (nezavisno od pola) pozitivno koreliraju sa težinom PTSP simptoma (Clohessy & Ehlers, 1999).

### **Biološke razlike muškaraca i žena i njihova veza sa PTSP**

Očekuje se da razlike između žena i muškaraca u pogledu izraženosti posttraumatskog stresnog poremećaja, kao i pojedinačnih klastera simptoma koji čine njegovu kliničku sliku

imaju veze ne samo sa faktorima koji su uslovljeni kulturom, već i sa biološkim različitostima ova dva pola. Dosadašnje studije idu u prilog tome da su žene fiziološki reaktivnije od muškaraca kada su suočene sa traumatskim stimulusima (Shalev et al., 1993). U prilog različitom fiziološkom, odnosno endokrinološkom funkcionisanju žena i muškaraca u uslovima stresa, kao jednom od faktora koji doprinose većoj sklonosti žena ka razvijanju posttraumatskih psiholoških posledica, idu i nalazi navedeni u sledećoj naučnoj literaturi: Olf et al., 2007; Yehuda, 1999; Rasmusson, Friedman, 2002; Carter-Snell, Hegadoren, 2003. Iako je jasno da polni hormoni utiču na sisteme odgovorne za reakciju na stres, od značaja za PTSP, i verovatno utiču na kratkoročnu i dugoročnu adaptaciju na traumatski stres (Rasmusson, Friedman, 2002), oni nisu jedina fiziološka razlika među polovima. Stoga su dodatne, brižljivo dizajnirane studije neurobioloških korelata PTSP-a svakako neophodne kako bi i odnos ovog poremećaja i pola bio adekvatnije proučen.

### **Ograničenja postojećih studija i saznanja u vezi sa odnosom pola i PTSP**

Dosadašnje studije sugerišu postojanje polnih razlika u pogledu stepena izloženosti i tipa traumatskih događaja, ali metodološki nedostaci - dileme u merenju i klasifikovanju potencijalno traumatskih događaja mogu komplikovati interpretaciju ovih nalaza. (Kimerling, Rasmusson, 2009). Većina studija nije uzimala u obzir vrstu traumatskih događaja kojima su žene i muškarci izloženi, pa je moguće da su visoka zastupljenost seksualnih napada kod žena i visoka stopa PTSP kod žrtava seksualnih napada doprineli tome da se dobije utisak da je ženski pol faktor rizika za razvoj PTSP. Takođe, većina studija nije statistički kontrolisala uticaje pola (npr. nisu posebno za svaki pol analizirani faktori rizika za razvoj PTSP) (Wolfe, Kimerling, 1997). Nemali broj studija nije dovoljno vodio računa o specifičnostima traumatskog iskustva i razlikama koje postoje među polovima u tom smislu čak i kad su muškarci i žene izloženi naizgled istim tipovima stresora (Tolin & Foa, 2006). Neke studije su koristile instrumente koji imaju nedovoljnu valjanost i pouzdanost u identifikovanju / dijagnostikovanju PTSP (npr. DIS). Mnogobrojni zaključci su doneti na osnovu mera samoprocene, koje često, posebno u slučajevima

retrospektivnog izveštavanja o traumama iz detinjstva mnogo godina nakon traumatskog iskustva, imaju sumnjivu pouzdanost - prisutna je značajna mogućnost iskrivljenog prisećanja, bilo u pravcu preneglašavanja ili pak minimizovanja onog što se dogodilo (Ornstein, Ceci, & Loftus, 1998; Scott & Aneshensel, 1997).

Iako je efekat pola nešto što se izdvaja u većini studija koje se tiču PTSP-a, psihološke teorije koje se bave ovim pitanjem su još uvek retke kao i eksplanatorne studije koje su fokusirane upravo na ovo pitanje (Gavranidou, Rosner, 2003).

Iz svega rečenog, očito je da je još uvek teško doneti jasne i nedvosmislene zaključke o odnosu koji postoji između pola, s jedne, i posttraumatskog stresnog poremećaja, s druge strane. Studija rađena za potrebe ove doktorske disertacije je pokušaj da se bar u nekoj meri prevaziđu metodološki nedostaci/ograničenja prethodnih istraživanja i da se makar za korak više doprinese rasvetljavanju pitanja vezanih za odnos pol - PTSP.

### **Prednosti studije rađene za potrebe doktorske teze**

Jedna od prednosti ove studije je ta što je ona rađena na velikom uzorku (N= 559), kao i ta što je za procenu PTSP simptomatologije korišćen CAPS u skladu sa DSM-IV klasifikacijom mentalnih poremećaja, strukturisana skala koju zadaje obučen kliničar i koja predstavlja zlatni standard u dijagnostikovanju posttraumatskog stresnog poremećaja, te daje detaljniju i adekvatniju procenu od instrumenata samoprocene, pa i ovo istraživanje čini metodološki boljim u odnosu na studije gde su za utvrđivanje PTSP simptomatologije korišćenje mere samoprocene. Izbor ispitanika u studiji je takav da i muškarci i žene imaju ratna traumatska iskustva i sa njima povezan PTSP uz istovremeno postojanje informacija o izloženosti različitim tipovima ratnih traumatskih događaja, kao i o izloženosti drugim traumatskim događajima u ranom periodu života, što čini još jednu značajnu prednost ovog istraživanja kad je u pitanju donošenje zaključaka o polnim sličnostima i razlikama u pogledu postraumatske simptomatologije.



# EMPIRIJSKI DEO

## METODOLOŠKI DEO

### Problem i ciljevi istraživanja

Predmet ovog istraživanja je bilo utvrđivanje sličnosti i razlika između muškaraca i žena u pogledu relacija između traumatskih iskustava (ratnih i ranih) i posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP).

Ciljevi istraživanja su:

1. utvrđivanje polnih razlika u stepenu ukupnog ratnog traumatskog iskustva, kao i u stepenu izloženosti sledećim kategorijama ratnih događaja:
  - a) aktivna borba
  - b) prisustvovanje pogibiji ili ranjavanju
  - c) gubitak organizacione/vojne strukture
  - d) ratom uzrokovana deprivacija
  - e) povređivanje
  - f) život u neprijateljskom okruženju
  - g) zarobljavanje/mučenje
  - h) izloženost borbenim dejstvima;
  
2. utvrđivanje polnih razlika u stepenu ukupnog ranog traumatskog iskustva, kao i u stepenu izloženosti svakoj od dimenzija ranih traumatskih događaja, kao mogućim faktorima uticaja na kasniju (ratnu) traumatizaciju i razvoj PTSP-a:
  - a) opšte traume
  - b) fizičko kažnjavanje / zlostavljanje
  - c) emocionalno zlostavljanje

- d) seksualna zloupotreba / zlostavljanje;
3. utvrđivanje polnih razlika u stepenu posttraumatskog stresnog poremećaja, kao i u izraženosti svake od grupa/klastera simptoma:
- a) intruzije (nametljivo prisećanje na traumatski događaj)
  - b) izbegavanje i emocionalna zaravnjenost
  - c) pojačana vegetativna reaktivnost;
4. pravljenje modela relacija između ranih traumatskih događaja, ratnih traumatskih događaja i posttraumatskog stresnog poremećaja kod muškaraca i žena i utvrđivanje sličnosti i razlika između njih. Ovim smo želeli proveriti da li je posttraumatski stresni poremećaj i kod muškaraca i kod žena na isti način povezan sa izloženošću traumatskim događajima (ratnim i ranim), ili postoje određene polne specifičnosti, odnosno razlike u vezi između traumatskog iskustva i izraženosti PTSP-a.

Implikacije dobijenih nalaza za kliničku praksu i konceptualno razumevanje posttraumatskog stresnog poremećaja

Utvrdivanje relacija između ispoljavanja posttraumatskog stresnog poremećaja, tipa ratnih i tipa ranih traumatskih događaja i eventualne razlike tih relacija kod žena i muškaraca, mogu imati implikacije kako na dijagnostičku, tako i na terapijsku praksu i preventivne programe u vezi sa ovim poremećajem. S obzirom na aktuelnost teme odnosa pola i posttraumatskog stresnog poremećaja i sve veće isticanje značaja uzimanja u obzir polnih/rodnih pitanja i prilikom definisanja kriterijuma za postavljanje dijagnoze PTSP-a, dobijeni nalazi u ovoj studiji su diskutovani i u kontekstu mogućih implikacija u tom domenu.

## Hipoteze

Imajući u vidu prethodno postavljene ciljeve kao i nalaze dosadašnjih studija koje su uzimale u obzir odnos pola i posttraumatskog stresnog poremećaja, ovim radom su proveravane sledeće hipoteze vezane za postojanje polnih razlika:

- I. po stepenu izloženosti odnosno ukupnom broju ratnih traumatskih događaja – muškarci će biti izloženi većem broju ratnih traumatskih događaja (Norris, 1992; Perkonigg and Wittchen, 1999; Yasan et al, 2009)
- II. po izloženosti različitim tipovima ratnih traumatskih iskustava – muškarci će biti više izloženi aktivnoj borbi i gubitku organizacione/vojne strukture, dok će kod žena dominirati „pozadinske traume“, odnosno ratom uzrokovana deprivacija i život u neprijateljskom okruženju;
- III. po stepenu i tipu ranih traumatskih događaja – žene će ukupno biti više izložene ranim traumama (US Department of Health & Human Services, 2008; McVlellan, Farabee, Crouch, 1997), **a naročito seksualnoj zlopotrebi/zlostavljanju** (Breslau et al., 1997; Finkelhor, 1994), **dok će muškarci biti više izloženi fizičkom zlostavljanju** (u skladu sa nalazima Edwards et al, 2003; Thompson, Kingree & Desai, 2004)
- IV. po jačini PTSP-a, kao i izraženosti pojedinih grupa PTSP simptoma -
  - a. **PTSP će biti jače izražen kod žena za isti broj događaja** (one će imati veći ukupan skor na CAPS-u) (u skladu sa nalazima Breslau, Davis, Andreski, Peterson, 1991; Jaranson et al., 2004);
  - b. **kod žena će dominirati simptomi iz klastera izbegavanja i emocionalne zaravnjenosti, dok će kod muškaraca biti dominantni simptomi pojačane vegetativne reaktivnosti (razdražljivosti)** (u skladu sa Gavrilovic, Lecic-Tosevski, Knezevic, Priebe, 2002; Ai, Peterson, Ubelhor, 2002);

Rad se posebno bavio pitanjem polnih sličnosti i razlika u strukturi osnovnih koncepata (PTSP, ratne traume, rane traume) i odnosima koji postoje između njih.

Literatura uglavnom govori o istoj strukturi koncepata (latentnih konstrukata) PTSP, kao i ranih i ratnih trauma kod muškaraca i žena (King et al., 1995; Chung & Breslau, 2008), ali ima i studija sa suprotnim nalazima (Armour et al., 2011). I po pitanju polnih razlika u relacijama između traumatskih događaja i PTSP, nalazi istraživanja su nedovoljno saglasni (u prilog istim relacijama - King et al., 1999, dok studije King et al., 1995; Breslau & Anthony, 2007, nalaze određene polne razlike u tom domenu). Stoga nisu precizno definisane hipoteze o polnim razlikama u ovim domenima, već se samo pošlo od pretpostavke da je struktura koncepata ista kod muškaraca i žena, a da su moguće polne razlike u odnosima između traumatskih događaja i posttraumatskog stresnog poremećaja. U cilju ispitivanja ovih odnosa kod muškaraca i žena, rađeno je modeliranje strukturnim jednačinama.

### **Istraživački uzorak**

U istraživanju je korišćen uzorak od ukupno **559** ispitanika, koji se sastoji od poduzorka muškaraca (N=**280**) i poduzorka žena (N=**279**). Grupe čine ispitanici starosti od 20 do 65 godina.

Tabela 1

*Struktura uzorka po polu i stepenu ratne traumatizovanosti*

pol	aktuelni PTSP	prebolovani PTSP	rezilijentni	ukupno
muškarci	123	60	97	<b>280</b>
žene	52	119	108	<b>279</b>
ukupno	<b>175</b>	<b>179</b>	<b>205</b>	<b>559</b>

Iako je nacrtom istraživanja bilo planirano poređenje tri istraživačke grupe (tri grupe osoba sa ratnim traumama), nakon faze prikupljanja podataka je zbog nedovoljnog broja ispitanika ženskog pola u grupi sa aktuelnim PTSP, kao i ispitanika muškog pola u grupi sa PTSP u toku života (prebolovani PTSP), a da bi bilo moguće donošenje validnih i pouzdanih zaključaka o polnim razlikama odlučeno da se analize predviđene postavljenim istraživačkim ciljevima i hipotezama rade na dva poduzorka - **grupa sa istorijom PTSP** (nastala spajanjem grupe sa aktuelnim PTSP i grupe sa PTSP u toku života) i **grupa rezilijentnih** (osobe sa ratnim traumama koje nikad nisu razvile PTSP).

Prvobitno sakupljen uzorak se sastojao od 607 ispitanika, ali je nakon detaljnije analize prikupljenih podataka 48 ispitanika isključeno iz uzorka jer su uprkos potpisanom informativnom pristanku za učešće u studiji i prihvatanju obaveze popunjavanja celokupne baterije testova (koja je pored testova analiziranih u ovoj doktorskoj studiji, uključivala i niz drugih koji su bili deo projekta *Psihobiologija PTSP*), pokazali pasivan otpor prema testiranju, te neke testove većim delom ili u celosti nisu popunili. Stoga su u uzorku ostali samo ispitanici koji imaju u potpunosti i na validan način popunjene sve instrumente korišćene za potrebe ove studije.

Oba poduzorka (muški i ženski) činile su osobe traumatizovane ratom, međusobno ujednačene po kriterijumu A na CAPS-u (Klinička skala procene PTSP-a), što znači da su svi ispitanici u svom iskustvu imali bar jedan ratni traumatski događaj (koji se dogodio devedesetih godina prošlog veka na teritoriji bivše Jugoslavije), takav da je podrazumevao ličnu životnu ili telesnu ugroženost ili ugroženost bliske osobe kao i intenzivan strah, bespomoćnost ili užas. I muški i ženski poduzorak su formirani tako da u približno jednakoj meri obuhvate osobe sa različitim stepenom ratne posttraumatske psihopatologije, odnosno da uključe:

- grupu ispitanika sa dijagnozom aktuelnog PTSP<sup>2</sup> dijagnostikovanog CAPS-om (pražni skor jednak ili veći od 50) – N=175: 123 muškarca, 52 žene

---

<sup>2</sup> Kriterijumi za postavljanje dijagnoze PTSP u skladu sa DSM-IV, su zadovoljeni u poslednjih mesec dana.

- grupu ispitanika sa dijagnozom PTSP u toku života<sup>3</sup> (prebolovani PTSP) – N=179: 60 muškaraca, 119 žena
- grupu rezilijentnih osoba – one koje su imale ratna traumatska iskustva, a nikad nisu razvile PTSP – N=205: 97 muškaraca, 108 žena.

Isključujući kriterijumi za učešće u studiji su bili:

1. aktuelni psihotični poremećaj po DSM-IV, izuzev velike depresije
2. aktuelni teški psiho-organski poremećaj po DSM-IV
3. zavisnost ili zloupotreba alkohola u periodu od 6 meseci pre uvođenja u studiju
4. upotreba psihotropnih lekova u toku poslednje dve nedelje pre ulaska u studiju
5. upotreba FLUOKSETINA<sup>4</sup> u toku poslednje četiri nedelje pre ulaska u studiju
6. zdravstveno stanje koje bi moglo da omete adekvatnu primenu istraživačkih procedura (svaki pojedinačan slučaj i postojanje sumnje u mogući uticaj zdravstvenog stanja na rezultate istraživanja su razmatrani zajedno sa saradnicima endokrinolozima i neurolozima).

---

<sup>3</sup> Kriterijumi za postavljanje dijagnoze PTSP u skladu sa DSM-IV, nisu zadovoljeni u poslednjih mesec dana, ali su bili zadovoljeni u nekom periodu u prošlosti koji je trajao minimum mesec dana.

<sup>4</sup> Fluoksetin - antidepresiv iz grupe selektivnih inhibitora serotonina (SSRI). Ima znatno duži poluživot od ostalih antidepresiva. <http://no.wikipedia.org/wiki/Fluoksetin>

## Varijable istraživanja

### Nezavisne varijable

- Broj ratnih iskustava operacionalizovan kao kompozitni, procenjeni skor na testu UPRS-R (Jovic et al., 2002), koji obuhvata sledeće dimenzije:
  - aktivna borba
  - prisustvovanje pogibiji ili ranjavanju
  - gubitak organizacione/vojne strukture
  - ratom uzrokovana deprivacija
  - povređivanje
  - život u neprijateljskom okruženju
  - zarobljavanje/mučenje
  - izloženost borbenim dejstvima
  
- Rane traume, procenjene Inventarom ranih trauma (Early Trauma Inventory ETI-SR-SF) (Bremner, Bolus, Mayer, 2007), koji ima četiri dimenzije:
  - opšte traume
  - fizičko kažnjavanje / zlostavljanje
  - emocionalno zlostavljanje
  - seksualno zlostavljanje

### Zavisna varijabla

- Dijagnoza i stepen posttraumatskog stresnog poremećaja, operacionalizovani kroz skor na CAPS-1 (*Klinička skala za procenu PTSP*) (Blake et al., 1995). Svaki ispitanik je prolazio ispitivanje CAPS-om u cilju utvrđivanja postojanja dijagnoze PTSP (aktuelnog ili prebolovanog), pri čemu je određivano i da li je u pitanju akutni ili hronični tok poremećaja (trajanje simptoma do ili preko 3 meseca), kao i da li se radi o poremećaju sa ili bez odloženog početka. Kod utvrđivanja dijagnoze

posttraumatskog stresnog poremećaja procenjivano je ne samo prisustvo/odsustvo određenih simptoma i zadovoljenost kriterijuma za postavljanje dijagnoze, već i jačina posttraumatske simptomatologije izražena kroz skor učestalosti i intenziteta svih 17 simptoma koji ulaze u sastav kliničke slike PTSP-a (5 simptoma koji čine klaster intruzija, 7 simptoma klastera izbegavanja i emocionalne zaravnjenosti, 5 simptoma klastera pojačane vegetativne reaktivnosti). Iako su za svakog ispitanika detaljno utvrđene sve karakteristike PTSP-a (zadovoljenost dijagnoze - aktuelni ili prebolovani PTSP, početak i trajanje simptoma, postojanje funkcionalnih tegoba kao i povezanih odlika), analize koje se tiču polnih razlika su pre svega zasnovane na poređenju jačine PTSP simptomatologije, odnosno kompozitnog skora 17 simptoma PTSP-a (skor je mogao da se kreće od 0 do 136).

#### Kontrolne varijable

- Uzrast
- Stepen obrazovanja (broj godina škole)

#### (potencijalna) Moderatorska varijabla:

- Pol

Radom smo želeli da proverimo da li pol ima ulogu moderatorske varijable, odnosno da li ima uticaja na odnos između traumatskog iskustva (ratnog i ranog) i izraženosti posttraumatske psihopatologije, tj. PTSP-a.



## Instrumenti

- ❖ **CAPS - Klinička skala za procenu PTSP** (*Clinician Administered PTSD Scale*) (Blake et al., 1995)

### **Svrha**

**CAPS**<sup>5</sup> je standardizovan klinički intervju za procenu postojanja (dijagnostifikovanja) posttraumatskog stresnog poremećaja u skladu sa DSM-IV klasifikacijom mentalnih poremećaja, kao i za utvrđivanje učestalosti javljanja i intenziteta svakog pojedinačnog simptoma ovog poremećaja. U pitanju je instrument koji je uspeo da prevaziđe nedostatke ranijih kliničkih intervjuja za procenu PTSP-a (kao što su *SCID* (First et al., 1996), *DIS* (Heizer, Robins, & McEvoy, 1987), *SI-PTSD* (Davidson et al., 1989), *PTSD Interview* (Watson et al., 1991)) i stvoren je sa ciljem da zadovolji i kliničke i istraživačke standarde i potrebe što je jedan od razloga zašto je korišćen u ovom istraživanju. CAPS su napravili Blake i saradnici u okviru Nacionalnog centra za PTSP (NCPTSD)<sup>6</sup> u Sjedinjenim Američkim državama 1990. godine. U ovom radu je korišćena revidirana verzija CAPS-a iz 1995 godine.

### **Opis**

CAPS sadrži pitanja kojima se proverava postojanje traumatskog događaja (kriterijum A1) i neposredne traumatske reakcije - strah, bespomoćnost ili užas (kriterijum A2), kao i postojanje, učestalost i intenzitet 17 simptoma PTSP-a grupisanih u tri klastera (kompatibilnih sa DSM-IV klasifikacijom mentalnih poremećaja), početak i ukupno trajanje simptoma. Kao jedan od kriterijuma za postavljanje dijagnoze PTSP, procenjuje se i postojanje klinički značajnog subjektivnog distresa ispitanika i stepen oštećenja njegovog

---

<sup>5</sup> U pitanju je CAPS-1 gde se procenjuje prisustvo simptoma u periodu od mesec dana, za razliku od CAPS-2 skale koja se odnosi samo na period od poslednjih sedam dana (Blake, 1994).

<sup>6</sup> National Center for PTSD, United States Department for Veterans Affairs, <http://www.ptsd.va.gov/>

socijalnog i radnog funkcionisanja. Takođe se utvrđuje učestalost, intenzitet i postojanje pridruženih (povezanih) odlika posttraumatskog stresnog poremećaja, što podrazumeva sledeće simptome: krivicu zbog učinjenog ili propuštenog za vreme traumatskog događaja, krivicu preživelog, smanjenje svesnosti o okolini, derealizaciju i depersonalizaciju. Informacije o pridruženim odlikama su dodatne i ne predstavljaju kriterijum za postavljanje dijagnoze.

CAPS sadrži dve verzije: pitanja za proveru postojanja simptoma i dijagnoze trenutnog (aktuelnog) PTSP, kao i verziju (koja sadrži identična pitanja, ali sa drugim vremenskim referentnim okvirom) za proveru postojanja simptoma i dijagnoze PTSP u toku života (prebolovani PTSP). Ukoliko nisu zadovoljeni kriterijumi za aktuelni PTSP, proverava se postojanje PTSP u toku života, odnosno sa ispitanikom se ponovo prolaze sva pitanja iz CAPS skale ali se ona tada ne odnose na prethodnih mesec dana već na neki raniji period koji ispitanik navodi kao (naj)teži u pogledu izraženosti tegoba u vezi sa datim traumatskim događajem.

Pored svega navedenog, ovim instrumentom se procenjuje i validnost dobijenih odgovora, težina postojećeg stanja kao i opšte poboljšanje.

## **Norme i ocenjivanje**

Učestalost simptoma kao i intenzitet se procenjuju na petostepenoj skali, od 0 do 4:

Učestalost:

- 0- odsustvo simptoma u mesec dana
- 1- simptom se javio jednom ili dva puta u mesec dana
- 2- simptom se javio jednom ili dva puta nedeljno
- 3- simptom se javio više puta nedeljno
- 4- simptom se javljao skoro svaki dan (u mesec dana)

Intenzitet:

- 0- odsustvo smetnje/nelagodnosti

- 1- blaga, minimalna nelagodnost
- 2- umerena, jasno prisutna ali podnošljiva nelagodnost
- 3- znatna, ozbiljna nelagodnost
- 4- izuzetna, onesposobljavajuća nelagodnost

Simptom se smatra prisutnim kod datog ispitanika ukoliko je njegova učestalost najmanje 1, a intenzitet najmanje 2. Znači, da bismo konstatovali prisutnost nekog simptoma PTSP-a, potrebno je da je zadovoljen minimalan uslov:  $1 + 2 = 3$ .

Ukupan skor na CAPS-u (zbir učestalosti i intenziteta za svih 17 simptoma) može varirati od 0–136. Za postavljanje dijagnoze posttraumatskog stresnog poremećaja potreban je barem 1 simptom iz klastera intruzija, bar 3 simptoma iz klastera izbegavanja i emocionalne zaravnjenosti i minimalno 2 simptoma iz klastera pojačane vegetativne reaktivnosti.

### **Metrijske karakteristike**

CAPS ima dobre psihometrijske karakteristike potvrđene na različitim kliničkim populacijama i u različitim istraživačkim postavkama (Weathers et al., 2001) i smatra se aktuelnim zlatnim standardom za dijagnostikovanje PTSP-a (Keen, Kutter, Niles, Krinsley, 2008).

Zbog standardizovanog načina zadavanja (strukturisana pitanja) i ocenjivanja (5-stepena skala procene Likertovog tipa), instrument omogućava veću objektivnost merenja kao i finu diskriminaciju različitih ispitanika (na nivou pojedinačnih simptoma kao i na nivou poremećaja), različitih simptoma kod istog ispitanika merenih u jednoj vremenskoj tački, kao i različitog postignuća (kliničke slike) istog ispitanika u više različitih vremenskih tačaka. Zbog toga je CAPS instrument koji je moguće koristiti kako u istraživačkim studijama, tako i u kliničkoj praksi radi npr. praćenja toka bolesti ili efekata primenjenog tretmana.

U istraživanju na velikom uzorku ratnih veterana ((Weathers et al., 1992, 1994) prema Weathers, Litz, 1994), CAPS je pokazao odličnu test-retest pouzdanost (posebno kad su ga merila tri para procenjivača) koja je za totalni skor (suma skorova na svih 17 DSM simptoma) iznosila 0,90-0,98, dok se na tri različita klastera simptoma taj koeficijent kretao od 0,77 do 0,96. Takođe, interna konzistentnost instrumenta se pokazala jakom, krećući se od 0,85 do 0,87 za tri klastera simptoma, dok je alfa koeficijent za ukupan skor (svih 17 simptoma) iznosio 0,94.

U pogledu konstruktne validnosti, CAPS jako korelira sa drugim merama PTSP-a, uključujući Mississippi Scale<sup>7</sup> (0,91), PK skalu na MMPI<sup>8</sup> (0,77) i broj simptoma PTSP-a na SCID-u (0,89).

I drugi istraživački nalazi (Weathers, Keane and Davidson, 2001) pokazuju da CAPS ima odličnu pouzdanost, potvrđujući konzistentne skorove na različitim stavkama, kod različitih procenjivača i u različitim testovnim situacijama (testiranjima u različitim vremenski tačkama), kao i da ima odličnu konvergentnu i diskriminativnu validnost, dijagnostičku upotrebljivost (korisnost) i osetljivost na kliničke promene.

Upotrebna vrednost CAPS-a u dijagnostičke svrhe je evaluirana u 5 studija (Weathers, Keane and Davidson, 2001). Sa izuzetkom jedne studije gde je kao kriterijum korišćena klinička dijagnoza bazirana na nestrukturisanom intervjuu, CAPS se pokazao kao jak instrument (robustan), sa senzitivnošću i specifičnošću većom od 0,80, često i preko 0,90 i vrednošću *kapa* preko 0,70.

*International Society for Traumatic Stress Studies*<sup>9</sup> daje prikaz različitih studija koje su se bavile psihometrijskim karakteristikama CAPS-a. Prema informacijama koje iznosi ovaj izvor, CAPS ima sledeće karakteristike:

---

<sup>7</sup> Keane, T., Caddell, J. & Taylor, K. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 85-90.

<sup>8</sup> Keane, T., Malloy, P. & Fairbank, J. (1984). Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 888-891.

<sup>9</sup> International Society for Traumatic Stress Studies  
<http://www.istss.info/AM/Template.cfm?Section=ResourcesforClinicians&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=1514>

- Pouzdanost merena kroz saglasnost različitih procenjivača je visoka, krećući se od 0,92 do 1,00 za ocene frekvencije simptoma, i između 0,93 i 0,98 za procene intenziteta simptoma; korelacija opšte težine PTSP je 0,89 (Hovens et al, 1994). *Kapa* za kategorijalnu dijagnozu PTSP-a je često 1,00 (100% slaganje različitih procenjivača) (Mueser et al, 2001).
- Test-retest pouzdanost se kreće između 0,77 i 0,96 za tri klastera simptoma i između 0,90 i 0,98 za 17 simptoma skale (Blake et al, 1995). Koristeći kriterijum za ocenjivanje 1-2, test-retest pouzdanost (*kapa*) za CAPS dijagnozu PTSP iznosi 0,63, sa 83% slaganjem.
- CAPS pokazuje visoku internu konzistentnost, sa alfa koeficijentima za tri klastera simptoma koji se kreću od 0,85 do 0,87 i 0,94 za ukupni skor (Blake et al., 1995).
- Jaka konvergentna validnost je demonstrirana u poređenju sa SCID modulom za PTSP (0,83) i PSS-I (0,73) (Foa & Tolin, 2000). Opšte slaganje između dijagnoze koju postavlja kliničar i CAPS dijagnoze je 79%, senzitivnost je 0,74, dok je specifičnost 0,84 (Hovens et al, 1994).

Nakon revizije DSM-IV klasifikacije bolesti, CAPS konstruisan u skladu sa novom DSM-V klasifikacijom (Weathers et al., 2013) unosi određene novine u kriterijume za procenu i dijagnozu PTSP:

- procenjuje se ukupno 20 dijagnostičkih simptoma grupisanih sada u četiri klastera
- prilikom dijagnostikovanja i korišćenja CAPS po DSM-V više se za pojedinačne simptome ne izračunava posebno skor za učestalost i skor za intenzitet, već se odmah daje samo jedan zajednički skor (on mora biti najmanje 2 da bi se simptom smatrao prisutnim). Potencijalne mane ovakvog ocenjivanja su:
  - teža procena, posebno za manje iskusne kliničare, tj.
  - veća mogućnost arbitrarnosti u proceni i potencijalno manja saglasnost različitih procenjivača
- na kraju dijagnostikovanja potrebno je i specificovati da li je poremećaj sa ili bez disocijativnih simptoma (depersonalizacija i derealizacija)

- ostale pridružene (povezane) odlike koje su se procenjivale u CAPS po DSM-IV su izbačene (krivica preživelog kao i smanjena svest o okolini)
- u DSM-V je izbačen izraz PTSP sa odloženim početkom (6 i više meseci nakon izloženosti traumatskom događaju) i zamenjen izrazom PTSP sa *odloženim ispoljavanjem*, čime se želi istaći da se uvek bar neki simptomi pojave odmah nakon događaja, ali da se puna klinička slika može pojaviti naknadno, odnosno 6 i više meseci posle traume.

❖ **UPRS-R** – Upitnik za procenu ratnih stresora (Jovic et al., 2002)

## **Svrha**

Upitnik omogućava procenu broja i vrste ratnih stresora kojima su ispitanici bili izloženi, učestalosti izloženosti pojedinim stresorima, kao i procenu subjektivnih reakcija (uznemirenost) povodom izloženosti navedenim ratnim događajima.

UPRS-R je nastao usled potrebe da se na strukturisan način i poštujući visoke metodološke / psihometrijske kriterijume, izmeri izloženost širokom spektru ratnih traumatskih događaja, a sve u cilju adekvatnijeg istraživanja veze između izloženosti ratnim stresorima i razvoja odnosno izraženosti posttraumatske simptomatologije. Želja autora ovog instrumenta je bila da se njegovom konstrukcijom prevaziđu metodološki nedostaci dotadašnjih instrumenata namenjenih ovoj svrsi (npr. *Combat Exposure Scale*, *Military Stress Scale*, *Combat Exposure Index*, *Harvard Trauma Questionnaire*, *Vietnam Era Stress Inventory*, itd.). Za neke od njih nisu proverene psihometrijske karakteristike, mali broj instrumenata je merio i subjektivnu komponentu (emocionalnu procenu događaja), neki su imali nedovoljno precizne stavke (nisu bili definisani kao opisi konkretnih ponašanja već kao vrlo široke kategorije, npr. borba, seksualno zlostavljanje...). Takođe, namera konstruktora upitnika je bila da dobiju instrument koji će odgovarati potrebama istraživanja ratnih iskustava ispitanika sa našeg podneblja, uzimajući u obzir specifičnosti rata koji se vodio na teritoriji bivše Jugoslavije (rat koji je bio kombinacija frontalnog i građanskog

rata, gde je veliki broj civila bio izložen brojnim, međusobno različitim, ratnim dejstvima, gde je puno neprofesionalaca učestvovalo u vojnim akcijama...).

## **Opis**

UPRS-R je upitnik samoprocene. Upitnikom je obuhvaćeno osam kategorija ratnog traumatskog iskustva, dobijenih klaster analizom i naknadno potvrđenih faktorskom analizom: aktivna borba, prisustvovanje pogibiji ili ranjavanju, gubitak organizacione/vojne strukture, ratom uzrokovana deprivacija, povređivanje, život u neprijateljskom okruženju, zarobljavanje/mučenje, izloženost borbenim dejstvima. Svaka kategorija ratnih stresora je pokrivena određenim brojem stavki koje se odnose na konkretne ratne situacije ili ponašanja. Upitnik ima ukupno 67 stavki i za svaku od stavki ispitanik daje odgovor o učestalosti izloženosti određenom ratnom stresoru, kao i odgovor o uznemirenosti koju je osećao tim povodom.

## **Norme i ocenjivanje**

Na svaku od stavki ispitanik daje dva odgovora, koristeći petostepenu skalu.

Prvi odgovor se tiče učestalosti izloženosti određenom ratnom stresoru, a mogući odgovori se kreću od 0 do 4:

0 - *nisam doživeo*

1 – *doživeo sam jednom*

2 – *doživeo sam nekoliko puta*

3 - *doživeo sam često*

4 - *doživljavao sam gotovo svakodnevno.*

Drugi odgovor se tiče subjektivne reakcije ispitanika, odnosno toga koliko ga je događaj kojem je bio izložen potresao, a mogući odgovori idu od 1 do 5:

1 - *nije me nimalo potresao*

2 – *malo me je potresao*

3 - prilično me je potresao

4 - mnogo me je potresao

5 – veoma mnogo me je potresao.

### **Metrijske karakteristike**

Sve podskale uputnika zasnovane na navedenim kategorijama ratnih stresora pokazuju dobre ili odlične metrijske karakteristike - visoku pouzdanost, reprezentativnost i homogenost (Jovic et al., 2002). Dobijeni koeficijenti pouzdanosti ukazuju i da binarizacija odgovora na pojedine stavke, tj. transformacija odgovora iz kontinualnih u kategoričke tipa *doživeo / nije doživeo*, ne vodi značajnoj promeni psihometrijskih karakteristika subskala instrumenta (Jovic et al., 2002). Konstruktna validnost subskala je proveravana korelacijom sa merama posttraumatskih simptoma na IES-u (*Impact of Event Scale* – Horowitz, Wilner, Alvarez, 1979) i merama opštih psihijatrijskih simptoma na SCL-90-R (*Symptom Checklist* – Derogatis, 1977). Za većinu subskala dobijene su statistički značajne korelacije sa specifičnim indikatorima psihopatologije, a dobijeni koeficijenti korelacije između subskala na UPRS-R i posttraumatskih simptoma na IES su bili veći nego oni koji se obično nalaze u literaturi o vezi između izloženosti stresorima i posttraumatskih psiholoških posledica (Jovic et al., 2002).

- ❖ **ETI-SR-SF** – Inventar ranih trauma, samoprocena, kraća verzija (Bremner, Bolus, Mayer, 2007)

### **Svrha**

U cilju procene ranog (u detinjstvu) fizičkog, emocionalnog i seksualnog zlostavljanja, kao i opštih ranih trauma (npr. smrt roditelja), a sa željom da se prevaziđu nedostaci ranijih kliničkih skala (intervjua) kao i instrumenata samoprocene konstruisanih u istu svrhu (kao što su *CTI - Childhood Trauma Interview*, *CECA - Childhood Experience of Care and Abuse*, *CTQ - Childhood Trauma Questionnaire*, *CATS - Childhood Abuse and Trauma Scale*, itd.), nastao je najpre polu-strukturisani klinički intervju ETI, a zatim i instrument



samoprocene ETI-SR (Bremner et al., 2000). ETI-SR se sastoji od 62 stavke koje služe za samoprocenu gore pomenutih formi ranih trauma, dajući odgovore na pitanja o njihovoj učestalosti, početku traume, tipu zlostavljača i emocionalnom uticaju na osobu.

ETI-SR-SF predstavlja skraćenu verziju ETI-SR instrumenta nastalu selekcijom stavki baziranom na faktorskoj analizi, korelacijama između pojedinačnih stavki i ukupnog skora na ETI-SR, korelacijama između stavki, kao i korelacijama pojedinačnih stavki sa ukupnim skorom na CAPS-u. Pomenute analize su pokazale značajnu suvišnost pojedinih stavki u ETI-SR i dale opravdanje za konstruisanje skraćene verzije inventara za samoprocenu ranih trauma ETI-SR-SF (Bremner, Bolus, Mayer, 2007).

## **Opis**

ETI-SR-SF je instrument za samoprocenu ranih trauma, koji ima ukupno 27 stavki: 11 koje se tiču opštih trauma, pet koje pokrivaju fizičko zlostavljanje, pet za emocionalno i šest za seksualno zlostavljanje. Upitnik se odnosi na iskustva doživljena pre 18. godine života.

## **Norme i ocenjivanje**

Na svaku od stavki ispitanik daje odgovor DA ili NE. Nakon toga, imajući u vidu stavke gde je odgovorio sa DA, ispitanik bira događaj (traumu) koji je na njega imao najveći uticaj i odgovara na dva dodatna pitanja koja se tiču emocionalnog uticaja tog događaja u vreme kad se on dešavao (*Da li ste osećali strah, gnušanje ili bespomoćnost? Da li ste imali osećaj kao da ste van svog tela ili kao da sanjate?*). Sabiranjem broja odgovora DA u okviru svakog od ispitivanih klastera (kategorija zlostavljanja/trauma) dobijaju se skorovi za pojedinačne klastere, a ukupan skor na skraćenoj verziji Inventara za (samo)procenu ranih trauma može varirati od 0 do 29.

## **Metrijske karakteristike:**

Nađena je visoka korelacija između ETI-SR i ETI-SR-SF po pitanju skora na opštim traumama (0,91), na fizičkom ( $r=0,94$ ), emocionalnom ( $r=0,97$ ) i seksualnom zlostavljanju ( $r=0,97$ ). Kraća verzija testa pokazuje sličnu, visoku, internu konzistentnost kao i duža

(ETI-SR-SF 0,70-0,87; ETI-SR 0,78-0,91). Slična validnost, bazirana na CAPS merama simptoma PTSP, je nađena kod obe verzije instrumenta (za kraću verziju  $r=0,32-0,44$ , za duđu  $r=0,37-0,47$ ). Informacije iz duže verzije o učestalosti, uzrastu početka traume i emocionalnom uticaju na osobu, nisu dodatno doprinele validnosti skorova na pojedinačnim domenima.

Imajući u vidu sve prethodno navedeno, Bremner i saradnici zaključuju da kraća verzija ETI-SR-SF predstavlja praktičan dodatak kliničkim istraživanjima (Bremner, Bolus, Mayer, 2007), što je i glavni razlog njenog korišćenja u studiji rađenoj za potrebe ove doktorske teze. U prilog adekvatnim psihometrijskim karakteristikama ETI-SR-SF i korisnosti primene ovog inventara ranih trauma, govori i studija Jeon i saradnika iz 2012. godine (Jeon et al., 2012), koja daje potvrdu postuliranom četvorofaktorskom modelu ranih trauma – rezultati konfirmatorne faktorske analize su bili sledeći:  $\chi^2(351, n=304) = 3374,025$   $p < 0,001$  TLI = 0,969 CFI = 0,972 RMSEA = 0,030; nalazi visoku pouzdanost pomenutog instrumenta (Kronbahova  $\alpha=0,869$ ), kao i dobru konvergentnu i divergentnu validnost (korelacija sa drugom merom trauma iz detinjstva CTQ-SF (*Childhood Trauma Questionnaire-Short Form*) je bila 0,691 što je više od dobijenih korelacija sa instrumentima za merenje depresije i anksioznosti (sa BDI  $r = 0,424$ ; sa BAI  $r = 0,397$ ).

### **Obrada podataka**

U obradi podataka prikupljenih u istraživanju korišćene su sledeće statističke metode:

- za osnovni prikaz varijabli - **deskriptivne statističke metode** (aritmetička sredina, standardna devijacija)
- za utvrđivanje razlika između grupa muškaraca i žena - **T test za nezavisne uzorke i kanonička diskriminativna analiza**
- za istraživanje relacija između varijabli - **modeliranje strukturnim jednačinama (konfirmatorna faktorska analiza)**

## **Procedura istraživanja**

Pronalaženje i ispitivanje učesnika studije je realizovano u periodu 2005 - 2007. godine. Istraživanje je sprovedeno kao deo projekta pod nazivom *Psihobiologija posttraumatskog stresnog poremećaja*, realizovanog od strane konzorcijuma koji je činilo nekoliko univerziteta i naučnih institucija iz naše zemlje i inostranstva (Holandije, Hrvatske, Velike Britanije, Italije).

Ispitanici su pronalazeni na sledeće načine:

- glavni izvor učesnika studije su bili aktuelni ili bivši klijenti humanitarne organizacije IAN<sup>10</sup> (osobe koje su u toku rata doživele torturu ili neki drugi oblik traume):
  - klijenti koji su spontano dolazili u IAN tražeći neki od oblika pomoći koji se nudi u ovoj organizaciji (psihološka, medicinska, pravna, informativna, edukativna), kojima su na prvom razgovoru, osim davanja osnovnih informacija u vezi sa mogućnošću dobijanja pomoći, davane i informacije o istraživanju i proveravana zadovoljenost početnih kriterijuma za učešće u studiji
  - bivši korisnici IAN-ovih usluga i učesnici u naučnim studijama koje je IAN ranije realizovao ili rođaci i poznanici korisnika IAN-ovih usluga, koji su kontaktirani telefonom radi prvog informativnog razgovora o istraživanju i utvrđivanja motivacije i zadovoljenosti osnovnih kriterijuma za ulazak u studiju

---

<sup>10</sup> IAN Međunarodna mreža pomoći [www.ian.org.rs](http://www.ian.org.rs) je nevladina, humanitarna organizacija koja se bavi pružanjem psihosocijalne podrške žrtvama ratnih trauma i torture kao i drugim marginalizovanim, ranjivim grupama. Od 2000. god. u okviru organizacije funkcioniše Centar za rehabilitaciju žrtava torture (CRTV), gde je neki vid pomoći dobilo preko 10000 žrtava torture i ratnih trauma

- drugi izvori učesnika studije:
  - različite organizacije koje okupljaju i/ili pružaju pomoć ljudima koji su traumatizovani ratom:
    - Udruženje logoraša 1991-1995, Udruženja ratnih veterana iz Beograda, Valjeva, Niša, Leskovca...
  - Vojnomedicinska akademija VMA iz Beograda
  - Psihijatrijska klinika Medicinskog fakulteta Univerziteta u Rijeci (Republika Hrvatska) koja je bila zadužena za pronalaženje i ispitivanje subjekata ženskog roda uključenih u ovu studiju

Svi potencijalni učesnici studije koji su pokazali početnu zainteresovanost za učešće i zadovoljili osnovne kriterijume utvrđene inicijalnim intervjuom, prolazili su psihološku procenu koja je sprovedena zarad provere zadovoljenosti ostalih ključnih kriterijuma za uključanje u studiju. Naime, potencijalni ispitanici su testirani CAPS-om kojim je utvrđivano postojanje PTSP dijagnoze (prisustvo-odsustvo, kao i stepen težine kliničke slike), u skladu sa DSM-IV kriterijumima, kao i SCID-om, kojim je utvrđivano prisustvo ili odsustvo različitih poremećaja iz domena opšte psihopatologije, takođe u skladu sa DSM-IV klasifikacijom.

Ukoliko su bili zadovoljeni svi kriterijumi za učešće u studiji (opisani u delu koji se tiče uzorka ispitanika), klijentima je detaljno objašnjavana procedura ispitivanja kroz koje bi prošli, i na osnovu pune obaveštenosti, klijenti su se opredeljivali za učešće i u tom slučaju potpisivali informisani pristanak, nakon čega im je zakazivan termin za testiranje. Testiranje je bilo individualno, sprovedeno u prostorijama IAN-a, VMA i i Psihijatrijske klinike Medicinskog fakulteta u Rijeci.

## PRIKAZ REZULTATA ISTRAŽIVANJA

### Deskriptivne statističke mere

Pre rezultata ispitivanih grupa na različitim istraživačkim instrumentima / varijablama, biće dat prikaz **strukture uzorka po osnovnim demografskim varijablama (pol, uzrast i stepen obrazovanja)**.

Tabela 2

*Demografska struktura uzorka (pol, starost, obrazovanje)*

	grupa sa istorijom PTSP		rezilijentni	
	M±SD		M±SD	
	m	ž	m	ž
	(N=183)	(N=171)	(N=97)	(N=108)
starost	43,6±8,8	42,6±11,2	41,3±8,4	35,5±11,4
broj godina škole	11,6±2,6	11,7±2,5	11,9±1,8	13,0±3,1

Celokupan istraživački uzorak je činilo 559 ispitanika, sa ujednačenim brojem muškaraca (N = 280) i žena (N = 279). Najveći broj ispitanika u studiji je bio sa završenom srednjom školom i u trenutku ispitivanja je spadao u kategoriju osoba srednje životne dobi. U proseku, ispitanici u istraživanju su imali 41,5 godina života i 12,1 godinu škole (srednja stručna sprema). Najmlađi ispitanik u celom istraživačkom uzorku je imao 20 godina, a najstariji 65. U pogledu obrazovanja, najmanje obrazovani ispitanici su imali završene 4 godine školovanja (N=10), a najobrazovaniji ispitanik 24 godine škole.

Poredeći grupe definisane na osnovu stepena ratne traumatizovanosti i prisutne posttraumatske patologije (grupa sa istorijom PTSP i rezilijentni), dobijeno je da među njima postoje statistički značajne razlike i u pogledu uzrasta i po pitanju stepena obrazovanja. Statistički značajne razlike po pitanju ovih demografskih varijabli su dobijene i između muškaraca i žena uključenih u istraživački uzorak (tabela 3).

Tabela 3

*Razlike u uzrastu i obrazovanju ispitanika (muškarci-žene; rezilijentni-sa istorijom PTSP)*

	M±SD	M±SD			M±SD	M±SD		
	muškarci	žene	t	Sig.	rezilijentni	sa PTSP	t	Sig.
uzrast	42,8±8,7	39,8±11,8	3,361	<b>0,000</b>	38,2±10,5	43,1±10,0	-5,381	<b>0,000</b>
broj godina školovanja	11,7±2,3	12,2±2,8	-2,394	<b>0,013</b>	12,5±2,6	11,6±2,5	3,762	<b>0,000</b>

Grupa rezilijentnih (ratom traumatizovani koji nikad nisu razvili PTSP) čija je prosečna starost 38,2 godine, je statistički značajno mlađa od grupe sa istorijom PTSP (M=43,1). Ista grupa ima više godina škole od grupe sa istorijom PTSP-a (razlika između rezilijentne i grupe sa istorijom PTSP je značajna na nivou  $p < 0,01$ ).

Premda bi se mogao izvući zaključak da su osobe sa istorijom posttraumatskog stresnog poremećaja (bilo da je u pitanju aktuelni ili PTSP u remisiji) one koje su manje obrazovane od osoba koje nikad nisu razvile PTSP, moramo naglasiti da je prosek godina školovanja kod naših ispitanika i u slučaju osoba sa istorijom PTSP bio toliki da odgovara srednjoj stručnoj spremi, te ne možemo govoriti o niskom obrazovnom statusu ovih ispitanika. Razlike između osoba sa i bez istorije PTSP koje smo dobili jesu statistički značajne, ali su po svojoj vrednosti male (prosek za rezilijentnu grupu je 12,5 godina škole, a za grupu sa istorijom PTSP 11,6), te nam ovakve razlike ne daju osnovu za izvođenje zaključaka odnosno postuliranje hipoteza o nekakvim kognitivnim/intelektualnim razlikama među datim grupama, protektivnoj ulozi kognitivnih kapaciteta odnosno njihovoj ulozi u stvaranju rizika za razvoj PTSP, uticaju PTSP na kognitivno funkcionisanje i akademsko postignuće i sl.

Iako između muškaraca i žena uključenih u istraživački uzorak postoje statistički značajne razlike i po uzrastu i po broju godina školovanja (tabela 3), te razlike su male (muškarci su u proseku stariji od žena za 3 godine, a žene imaju 0,5 godina škole više od muškaraca), pa se mogu smatrati irelevantnim. U prilog tome ide i činjenica da se kontrolom ovih demografskih varijabli, odnosno ujednačavanjem muškaraca i žena po

uzrastu i obrazovnom nivou ništa nije promenio u nalazima studije vezanim za polne razlike i posttraumatsku simptomatologiju.

### Polne razlike u celokupnom uzorku ispitanika

Ako posmatramo celokupan istraživački uzorak koji čine sve osobe (N = 559) koje su zadovoljile kriterijum A za dijagnozu PTSP (opisan na str. 43), kako one sa istorijom PTSP, tako i grupa rezilijentnih (osobe sa ratnim iskustvima bez dijagnoze PTSP), analizom polnih razlika dolazimo do nalaza opisanih u nastavku rada.

Tabela 4

*Razlike između muškaraca (N=280) i žena (N=279) po stepenu izloženosti ratnim stresorima (rezultati na UPRS-R)*

	M±SD	M±SD		
	muškarci	žene	t	Sig.
ukupan stepen izloženosti ratnim događajima	51,0±30,7	23,7±23,2	11,851	<b>0,000</b>
ukupan stepen uznemirenosti ratnim događajima	135,9±46,6	97,8±31,1	11,366	<b>0,000</b>
aktivna borba	3,8±4,5	0,6±1,9	11,307	<b>0,000</b>
prisustvovanje pogibiji ili ranjavanju	9,6±7,4	3,1±5,6	11,769	<b>0,000</b>
gubitak organiz./vojne strukture	5,0±4,7	1,6±3,1	10,260	<b>0,000</b>
ratom uzrokovana deprivacija	11,4±5,5	4,1±4,5	17,041	<b>0,000</b>
povređivanje	1,2±1,8	0,1±0,5	9,430	<b>0,000</b>
život u neprijateljskom okruženju	6,3±4,5	4,4±4,5	4,972	<b>0,000</b>
zarobljavanje/mučenje	3,2±5,7	0,9±2,2	6,384	<b>0,000</b>
izloženost borbenim dejstvima	8,7±4,5	7,6±5,6	2,638	<b>0,009</b>

Napomena: bold- statistički značajne razlike; M±SD (aritmetička sredina i standardna devijacija)

Dobijeni, statistički značajan, nalaz je u skladu sa postavljenom hipotezom, kao i nalazima ranijih studija (npr: Norris, 1992; Špirić i sar., 2010; Yasan et al., 2009) - muškarci su bili znatno izloženiji ratnim traumatskim događajima (veći broj i veća učestalost doživljenih ratnih stresora) nego žene uključene u ovo istraživanje.

Posmatrajući osam pojedinačnih kategorija ratnih stresora, procenjivanih UPRS-R instrumentom, muškarci su u značajno većoj meri bili izloženi svakoj od obuhvaćenih kategorija ratnih stresora. Dobijene razlike su na nivou visoke statističke značajnosti.



Kod muškaraca dominiraju stresori iz kategorije ratom uzrokovane deprivacije (prosečan skor traumatizovanih muškaraca na izloženosti ovoj vrsti ratnih stresora je 11,4), prisustvovanja pogibiji ili ranjavanju drugih (9,6) i izloženosti borbenim dejstvima (8,7). Kod žena su na prvom mestu događaji koji se tiču (pasivne) izloženosti borbenim dejstvima (prosečan skor na ovom klasteru UPRS-R za žene je bio 7,6), zatim života u neprijateljskom okruženju (4,4) i ratom uzrokovane deprivacije (4,1).

Konkretni događaji koje su žene u najvećem procentu iskusile su eksplozija granate u blizini, iznenadni neprijateljski napad, nemogućnost kontakta sa porodicom duže vreme i nedostatak informacija o njoj, opkoljenost neprijateljskom vojskom i deprivacija sna duže od 24 sata. Ratni stresori koji dominiraju kod žena nisu vezani toliko za učešće u borbama, koliko su pre svega očekivana posledica življenja na ratnom području i u neposrednoj blizini pripadnika neprijateljske strane u sukobu, te bismo ih stoga mogli nazvati pozadinskim ratnim događajima.

Ratni stresori koje je najveći procenat muškaraca doživeo su: nespavanje 24 sata, boravak napolju po lošim vremenskim uslovima (hladnoća, sneg, kiša), nemogućnost da se vidi porodica duže vreme, eksplozija granate i prolazak metka u neposrednoj blizini, iznenadni neprijateljski napad, prisustvovanje (u borbi) pogibiji ili teškom ranjavanju prijatelja i drugih osoba, gubitak veze sa komandom i neopravdano povlačenje sa položaja, izvlačenje ranjenika i leševa, „čišćenje“ terena.

Posmatrajući koji su to ratni stresori gde postoje najveće polne razlike, može se zaključiti da su muškarci u značajno većoj meri od žena bili izloženi pre svega stresorima koji podrazumevaju direktniju i aktivniju uključenost u borbena dejstva – prisustvovanje ranjavanju i pogibiji drugih u borbama i izvlačenje ranjenih i mrtvih, gubitak vojne/organizacione strukture, ratom uzrokovana deprivacija (odsustvo od kuće i boravak na ratnom položaju u uslovima teškim za opstanak), kao i ratne povrede.

Detaljniji podaci o izloženosti muškaraca i žena konkretnim ratnim situacijama i razlikama koje postoje među njima u tom domenu, su dati u tabeli 5.

Tabela 5

*Procenat osoba koje su bile izložene pojedinim ratnim stresorima - prikaz najzastupljenijih ratnih stresora, kao i onih gde su najizraženije razlike među polovima*

	%	
	muškarci	žene
<i>Bili smo opkoljeni neprijateljskom vojskom</i>	71,1	60,1
<i>Dugo nisam ništa znao o sudbini članova moje uže porodice</i>	71,1	59,9
<b>Izvlačio sam ili prenosio leševe vojnika</b>	<b>53,6</b>	<b>9,3</b>
<b>Dešavalo se da ne jedem ništa 48 sati</b>	<b>69,6</b>	<b>29,0</b>
<b>Pred mojim očima je teško povređen ili poginuo moj prijatelj</b>	<b>73,2</b>	<b>22,2</b>
<b>U toku borbi je teško povređen covek pored mene</b>	<b>70,7</b>	<b>23,7</b>
<i>Iznenadio nas je neprijateljski napad</i>	85,4	75,3
<i>Granata je eksplodirala u mojoj blizini</i>	91,4	77,1
<b>Metak je prošao neposredno pored mene</b>	<b>90,4</b>	<b>47,7</b>
<b>Učestvovao sam u "čišćenju terena"</b>	<b>56,4</b>	<b>6,5</b>
<b>Upao sam u neprijateljsku zasedu</b>	<b>40,7</b>	<b>5,0</b>
<b>Učestvovao sam u uličnim borbama</b>	<b>40,0</b>	<b>6,1</b>
<b>Video sam leševe civila nakon borbe u kojoj sam i ja učestvovao</b>	<b>41,8</b>	<b>12,5</b>
<b>Video sam kada je granata/mina teško povredila coveka</b>	<b>74,3</b>	<b>36,2</b>
<b>Nisam mogao da vidim porodicu duže od mesec dana</b>	<b>89,3</b>	<b>55,6</b>
<b>Ležao sam u bolnici zbog ratne povrede</b>	<b>34,3</b>	<b>2,2</b>
<b>Morali smo da se povučemo sa položaja kada to nije bilo opravdano</b>	<b>55,4</b>	<b>8,6</b>
<b>Proveo sam noć napolju, na kiši ili u vodi</b>	<b>94,3</b>	<b>16,8</b>
<b>Dešavalo se da ne spavam po 24 sata</b>	<b>93,9</b>	<b>54,5</b>
<b>Zbog greške u komandovanju su povređeni ili poginuli ljudi iz moje okoline</b>	<b>47,1</b>	<b>9,0</b>
<b>Odbio sam nerazumno naređenje</b>	<b>37,9</b>	<b>3,9</b>
<b>Izvlačio sam ranjenika iz borbe</b>	<b>58,9</b>	<b>8,2</b>

<b>Izgubili smo vezu sa komandom</b>	<b>60,0</b>	<b>11,8</b>
<b>Učestvovao sam u forsiranim marševima ili teškom fizičkom radu</b>	<b>49,6</b>	<b>3,6</b>
<b>Pred mojim ocima je poginuo čovek</b>	<b>65,0</b>	<b>22,9</b>
<b>Video sam leševe neprijateljskih vojnika nakon borbe u kojoj sam i ja učestvovao</b>	<b>48,9</b>	<b>7,5</b>
<b>Spavao sam napolju, na temperaturi ispod nule</b>	<b>74,3</b>	<b>9,7</b>
Tražili su mi prilog za neprijateljsku vojsku koji nisam imao da dam	3,9	40,1*

Napomena: bold– znatno veći procenat muškaraca izloženih stresoru

\* - veći procenat žena izloženih stresoru

italic – visok procenat ispitanika oba pola izloženih stresoru

Upitnikom UPRS-R procenjivan je ne samo stepen izloženosti ratnim stresorima, već i odgovarajuća uznemirenost. Imajući u vidu da je ukupna izloženost ratnim događajima kod muškaraca bila značajno veća nego kod žena, dobilo se i da je prosečna uznemirenost ratnim stresorima (statistički značajno) veća kod muškog pola. Međutim, ako pogledamo odnos između prosečne izloženosti stresorima i prosečnog stepena uznemirenosti njima, videćemo da je vrednost tog odnosa kod žena veća ( $97,8 / 23,7=4,1$  vs  $135,9 / 51,0=2,7$ ) iz čega možemo zaključiti da su zapravo one te kod kojih je subjektivni doživljaj ratnih događaja bio jači i teži (tabela 4). Ovaj zaključak je u skladu sa nalazom studije Kimerlinga i saradnika o tome da kad su muškarci i žene izloženi sličnim traumatskim događajima, žene ih doživljavaju kao više ugrožavajuće i uznemirujuće (Kimerling et al., 2002).

Kako bismo dodatno ispitali postojanje i karakter polnih razlika kad je u pitanju subjektivni doživljaj odnosno stepen uznemirenosti ratnim stresorima, izdvojeno je nekoliko stavki iz UPRS-R koje se odnose na stresore koje je doživeo relativno veliki broj pripadnika oba pola. Za sve muškarce i žene koji su doživeli te ratne događaje provereno je postojanje polnih razlika u stepenu uznemirenosti njima. Prikaz rezultata je dat u tabeli 6.

Tabela 6

*Polne razlike u uznemirenosti pojedinim ratnim stresorima*

	muškarci		žene		t	Sig.
	N	M±SD	N	M±SD		
Bili smo opkoljeni neprijateljskom vojskom	199	3,7±1,1	171	3,8±1,1	-0,861	0,390
Dugo nisam ništa znao o sudbini članova moje uže porodice	201	4,2±1,0	179	4,3±0,9	-1,489	0,137
Iznenadio nas je neprijateljski napad	239	3,4±1,2	210	3,7±1,1	-2,621	<b>0,009</b>
Granata je eksplodirala u mojoj blizini	256	3,6±1,2	218	3,9±1,1	-2,899	<b>0,004</b>
Nisam mogao da vidim porodicu duže od mesec dana	252	3,7±1,2	163	4,2±1,0	-4,866	<b>0,000</b>
Dešavalo se da ne spavam po 24 sata	265	3,1±1,2	156	3,3±1,1	-1,565	0,119

Napomena: bold - statistički značajne razlike

Kao što se vidi iz tabele 6, za sve navedene događaje je dobijena vrlo izražena uznemirenost kod pripadnika oba pola. Osim poslednjeg, ostali događaji podrazumevaju odsustvo kontrole i nepredvidivost događaja (iznenadni napad, eksplozija granate), kao i brigu i neizvesnost povodom sudbine članova porodice. Za neke od njih nisu utvrđene statistički značajne polne razlike, dok je za druge događaje dobijena značajnost razlika koja je govorila u prilog većoj uznemirenosti žena povodom izloženosti datim stresorima. Stoga bi se moglo zaključiti da razlike u subjektivnom doživljaju, odnosno stepenu uznemirenosti, zavise i od tipa stresora. Tamo gde ima razlika, izgleda da su žene osetljivije, iako je ukupna uznemirenost muškaraca veća zahvaljujući većem broju doživljenih trauma (tabela 4). Ipak, zaključak o većoj osetljivosti žena je potrebno dodatno proveriti, što ovde nije bilo moguće jer je postojao značajan broj ratnih stresora kojima žene nisu ni bile izložene, odnosno sa kojima se suočio vrlo mali broj njih, pa ne znamo u kolikoj meri bi bile uznemirene da su ih doživele.

Kad je u pitanju stepen ranog traumatskog iskustva (izloženost traumatskim događajima u periodu pre 18. godine života), operacionalizovan kroz ukupan skor na Inventaru ranih

trauma ETISR-SF, nije dobijena statistički značajna razlika između muškaraca i žena obuhvaćenih ovom studijom ( $t=0,332$ , Sig.= 0,74).

Tabela 7

*Razlike između muškaraca i žena u stepenu izloženosti različitim kategorijama ranih traumatskih događaja (postignuće na pojedinim klasterima ETISR-SF)*

	muškarci	žene	t	Sig.
opšte traume	2,1±2,1	2,4±2,0	-1,592	0,112
fizičko kažnjavanje	2,7±1,6	1,9±1,4	6,718	<b>0,000</b>
emocionalno zlostavljanje	0,6±1,1	1,0±1,5	-4,241	<b>0,000</b>
seksualna zloropotreba/ zlostavljanje	0,4±0,9	0,4±1,1	0,398	0,690

Iako ne postoje značajne polne razlike u ukupnoj izloženosti ranim traumama, posmatrajući pojedinačne dimenzije ranih traumatskih događaja obuhvaćene ETISR-SF instrumentom, statistički značajne razlike između žena i muškaraca sa ratnim traumama su dobijene po pitanju ranih trauma iz domena fizičkog kažnjavanja i onih iz kategorije emocionalnog zlostavljanja. Dobijeno je da su muškarci bili u detinjstvu više izloženi fizičkom kažnjavanju od žena, dok su žene bile više emocionalno zlostavljane.

Po pitanju seksualne zloropotrebe odnosno zlostavljanja, nisu nađene statistički značajne polne razlike.

Statistička značajnost nije dobijena ni po pitanju razlika muškaraca i žena u vezi sa izloženošću ranim opštim traumama (kao što su npr. bolest ili smrt bližnjih, razvod roditelja, alkoholizam ili mentalna bolest u porodici, prirodne katastrofe i sl.) – tabela 7.

Tabela 8

*Razlike između muškaraca i žena u stepenu ukupne PTSP simptomatologije, kao i izraženosti pojedinih klastera simptoma (postignuće na CAPS-u)*

	muškarci	žene	t	Sig.
ukupna PTSP simptomatologija	37,8±24,4	23,9±24,9	6,705	<b>0,000</b>
intruzije	10,5±7,9	7,1±7,6	5,186	<b>0,000</b>
izbegavanje i emocionalna zaravnjenost	14,6±10,0	9,0±11,0	6,267	<b>0,000</b>
pojačana vegetativna reaktivnost	12,8±8,2	7,8±8,3	7,166	<b>0,000</b>

Dobijene su statistički značajne razlike koje govore kako o većoj ukupnoj PTSP simptomatologiji, tako i o većoj izraženosti svih pojedinačnih klastera (podgrupa simptoma) ovog poremećaja kod muškaraca. Ovaj nalaz je očekivan, s obzirom na činjenicu da su muškarci obuhvaćeni ovom studijom bili značajno više izloženi ratnim stresorima nego žene iz iste grupe.

Imajući u vidu velike razlike između muškaraca i žena po pitanju izloženosti ratnim stresorima (razlike u broju i učestalosti doživljenih ratnih trauma), kako bi se proverilo da li polne razlike u pogledu izraženosti PTSP simptomatologije opstaju i nakon kontrole broja doživljenih ratnih stresora, urađeno je ujednačavanje grupa po skorovima na osam klastera UPRS-R (koji predstavljaju različite kategorije ratnih stresora) i posle toga analiza razlika među nezavisnim grupama (muškarci-žene). Dobijeni rezultat je pokazao da nakon kontrole broja doživljenih ratnih stresora, na skupnom uzorku svih osoba traumatizovanih ratom (sa i bez istorije PTSP), nisu dobijene statistički značajne razlike između muškaraca i žena, ni po ukupnoj PTSP simptomatologiji, ni po pojedinačnim klasterima simptoma ovog poremećaja. Dobijeni rezultat je u skladu sa nalazima studija koje govore o vezi broja traumatskih događaja s jedne, i razvoja odnosno težine posttraumatskog stresnog poremećaja, s druge strane (npr. Green et al., 2000; Breslau et al., 1999b; Ai, Peterson, Ubelhor, 2002; Sledjeski et al., 2008). Kao što smo videli, kada se broj traumatskih događaja izjednači, polne razlike u težini postraumatske simptomatologije se gube.

S druge strane, nalaz o izostanku polnih razlika nakon ujednačavanja grupa po broju ratnih stresora je u neskladu sa onim studijama koje nalaze da čak i kad muškarci i žene imaju jednak broj traumatskih događaja, žene pokazuju veću vulnerabilnost i izraženiju PTSP simptomatologiju (Breslau et al., 1997), kao i studijama u kojima je dobijeno da i kad su muškarci više izloženi traumatskim događajima (veći broj događaja i duža izloženost), žene pokazuju jaču posttraumatsku psihopatologiju (npr. Špirić i sar., 2010).

## Polne razlike u grupi osoba sa istorijom posttraumatskog stresnog poremećaja

Tabela 9

*Razlike između muškaraca i žena sa istorijom PTSP (N=354: 183 muškarca i 171 žena) po postignuću na UPRS-R (izloženost ratnim stresorima)*

	muškarci	žene	t	Sig.
ukupan stepen izloženosti ratnim događajima	56,3±32,2	30,6±25,9	8,313	<b>0,000</b>
aktivna borba	3,6±4,4	0,8±2,4	7,394	<b>0,000</b>
prisustvovanje pogibiji ili ranjavanju	10,1±7,9	4,4±6,6	7,449	<b>0,000</b>
gubitak organiz./vojne strukture	5,9±5,0	2,2±3,7	7,773	<b>0,000</b>
ratom uzrokovana deprivacija	12,1±5,6	5,5±4,9	11,984	<b>0,000</b>
povređivanje	1,4±1,9	0,2±0,6	8,688	<b>0,000</b>
život u neprijateljskom okruženju	7,2±4,7	5,6±4,9	3,134	<b>0,002</b>
zarobljavanje/mučenje	4,3±6,2	1,1±2,6	6,210	<b>0,000</b>
izloženost borbenim dejstvima	9,6±4,7	8,9±5,8	1,139	0,255

U grupi osoba sa istorijom posttraumatskog stresnog poremećaja (aktuelni ili PTSP u toku života), dobijamo statistički značajne polne razlike s obzirom na stepen izloženosti ratnim događajima. Muškarci iz ove grupe su znatno više od žena bili izloženi ratnim stresorima (doživeli veći broj događaja i veći broj puta im bili izloženi).

I po pitanju izloženosti pojedinim kategorijama ratnih stresora, obuhvaćenih UPRS-R upitnikom, dobija se visoka statistička značajnost polnih razlika, koja opet govori u prilog veće izloženosti muškaraca ratnim stresorima iz svih kategorija, osim one koja se tiče (pasivne) izloženosti borbenim dejstvima (tu nisu dobijene statistički značajne polne razlike). Kod muškaraca iz grupe sa istorijom PTSP, najzastupljeniji su ratni stresori iz klastera ratom uzrokovane deprivacije, prisustvovanja pogibiji ili ranjavanju drugih i izloženosti borbenim dejstvima, dok su od svih ratnih događaja žene najviše doživjele one iz grupe (pasivne) izloženosti borbenim dejstvima, života u neprijateljskom okruženju i ratom uzrokovane deprivacije.



Tabela 10

*Polne razlike u grupi sa istorijom PTSP u pogledu ranog traumatskog iskustva (ukupnog i po različitim kategorijama ranih traumatskih događaja)*

	muškarci	žene	t	Sig.
ukupan broj ranih traum. događaja	5,9±4,1	6,4±4,7	-1,188	0,236
opšte traume	2,0±2,1	2,7±2,1	-2,952	<b>0,003</b>
fizičko kažnjavanje	2,8±1,6	2,0±1,4	4,796	<b>0,000</b>
emocionalno zlostavljanje	0,6±1,1	1,2±1,6	-3,959	<b>0,000</b>
seksualna zloupotreba/ zlostavljanje	0,4±1,0	0,5±1,2	-0,398	0,691

Iz tabele 10 se vidi da nema statistički značajnih razlika između muškaraca i žena sa istorijom PTSP po pitanju ukupne izloženosti ranim traumatskim događajima, niti po izloženosti ranom seksualnom zlostavljanju. S druge strane, postoje statistički značajne polne razlike po pitanju izloženosti opštim traumama, fizičkom kažnjavanju i emocionalnom zlostavljanju u periodu pre 18. godine života, pri čemu su muškarci bili više izloženi ranom fizičkom kažnjavanju, dok su žene više od muškaraca iskusile opšte rane traume i rano emocionalno zlostavljanje.

Tabela 11

*Polne razlike u grupi sa istorijom PTSP, po izraženosti PTSP simptomatologije (ukupnoj i po klasterima simptoma)*

	muškarci	žene	t	Sig.
ukupna PTSP simptomatologija	50,2±20,5	34,2±26,1	6,389	<b>0,000</b>
intruzije	14,1±7,2	9,7±8,2	5,325	<b>0,000</b>
izbegavanje i emoc. zaravnjenost	19,3±8,7	13,4±11,8	5,291	<b>0,000</b>
pojačana vegetativna reaktivnost	16,9±6,8	11,1±8,7	6,922	<b>0,000</b>

I na poduzorku osoba sa istorijom PTSP dobijen je nalaz o jačem posttraumatskom stresnom poremećaju kod muškaraca, ali su se polne razlike i u pogledu ukupne simptomatologije i po izraženosti pojedinih grupa simptoma, izgubile nakon ujednačavanja grupa (polova) po izloženosti ratnim događajima.

**Polne razlike ispitanika sa ratnim traumama koji nisu razvili PTSP (grupa rezilijentnih)**

Kao i u prethodnim poduzorcima koje smo analizirali po pitanju polnih razlika, i u grupi rezilijentnih (muškarci – N:97, žene – N:108) dobijamo statistički značajne razlike u stepenu izloženosti ratnim događajima. Ponovo su muškarci ti koji su znatno više od žena bili izloženi ratnim stresorima (doživeli veći broj događaja i veći broj puta im bili izloženi) - tabela 12.

Tabela 12

*Razlike između rezilijentnih muškaraca i žena po stepenu izloženosti različitim kategorijama ratnih događaja (postignuće na različitim klasterima UPRS-R)*

	muškarci	žene	t	Sig.
ukupan stepen izloženosti ratnim događajima	40,9±24,9	12,7±11,7	10,156	<b>0,000</b>
aktivna borba	4,3±4,5	0,1±0,7	9,056	<b>0,000</b>
prisustvovanje pogibiji ili ranjavanju	8,7±6,3	1,1±2,1	11,224	<b>0,000</b>
gubitak organiz./vojne strukture	3,4±3,7	0,5±1,2	7,628	<b>0,000</b>
ratom uzrokovana deprivacija	9,9±5,2	1,9±2,6	13,676	<b>0,000</b>
povređivanje	0,7±1,6	0,0±0,3	3,999	<b>0,000</b>
život u neprijatelj. okruženju	4,5±3,5	2,4±2,7	4,660	<b>0,000</b>
zarobljavanje/mučenje	1,2±3,9	0,4±1,4	1,911	0,058*
izloženost borbenim dejstvima	7,2±3,7	5,5±4,6	2,870	<b>0,005</b>

Napomena: bold- visoka statistička značajnost razlika; \* razlika blizu statističke značajnosti

I po pitanju izloženosti pojedinim kategorijama ratnih stresora, obuhvaćenih UPRS-R upitnikom, dobija se visoka statistička značajnost polnih razlika, koja opet govori u prilog veće izloženosti muškaraca događajima iz svih kategorija ratnih trauma, osim zarobljavanja odnosno mučenja gde su dobijene razlike van, ali blizu statističke značajnosti. Kod muškaraca iz grupe rezilijentnih, najzastupljeniji su ratni stresori iz kategorija ratom uzrokovane deprivacije, prisustvovanja pogibiji ili ranjavanju drugih i (pasivne) izloženosti

borbenim dejstvima, dok su od svih ratnih događaja žene najviše doživele one iz grupe (pasivne) izloženosti borbenim dejstvima i života u neprijateljskom okruženju, mada se mora naglasiti da su u proseku žene iz grupe rezilijentnih bile u vrlo maloj meri izložene većini tipova ratnih stresora (a naročito povređivanju, aktivnoj borbi, gubitku organizacione strukture i mučenju).

Analizirajući pojedinačne ratne stresore kojima su žene i muškarci iz grupe rezilijentnih bili izloženi, mogu se izvući isti zaključci kao i u slučaju ove vrste analize u podgrupi sa istorijom PTSP i u skupnom uzorku svih osoba traumatizovanih ratom koje su bile uključene u studiju. Naime, i kod grupe osoba koje su bile izložene ratnim traumama ali nikad nisu razvile posttraumatski stresni poremećaj, muškarci su u značajno većoj meri od žena bili izloženi događajima koji se odnose na aktivnosti koje podrazumevaju direktniju uključenost u borbena dejstva – prisustvovanje ranjavanju i pogibiji drugih u borbama i izvlačenje ranjenih i mrtvih, gubitak vojne/organizacione strukture i ratom uzrokovana deprivacija (odsustvo od kuće i boravak na ratnom položaju u uslovima teškim za opstanak), dok su žene pre svega bile izložene „pozadinskim“ događajima, odnosno onim vezanim za život u neprijateljskom okruženju i pasivnu izloženost borbenim dejstvima, poput granatiranja ili opsade od strane neprijateljske vojske.

Tabela 13

*Razlike između rezilijentnih muškaraca i žena u pogledu ranog traumatskog iskustva (ukupnog i po različitim kategorijama ranih traumatskih događaja)*

	muškarci	žene	t	Sig.
ukupan broj ranih traumatskih događaja	5,7±3,6	4,6±3,6	2,322	<b>0,021</b>
opšte traume	2,4±2,0	2,0±1,8	1,430	0,154
fizičko kažnjavanje	2,5±1,5	1,6±1,3	4,676	<b>0,000</b>
emocionalno zlostavljanje	0,4±0,9	0,7±1,2	-1,949	0,053*
seksualna zloupotreba/ zlostavljanje	0,4±0,8	0,2±0,6	1,590	0,113

Napomena: bold- statistički značajne razlike; \* razlika na granici statističke značajnosti

U grupi rezilijentnih, dobijena je statistički značajna razlika između žena i muškaraca po pitanju ukupne izloženosti ranim traumatskim događajima, kao i po pitanju izloženosti fizičkom kažnjavanju. Muškarci iz ove grupe su ti koji su generalno imali veći broj ranih traumatskih događaja, kao i doživeli više fizičkog kažnjavanja u ranom periodu života. S druge strane, žene iz grupe rezilijentnih su bile više od muškaraca izložene ranom emocionalnom zlostavljanju, ali je ta razlika na granici statističke značajnosti (tabela 13).

Kad je u pitanju izraženost PTSP simptomatologije, još jednom se mora napomenuti da smo ovu grupu nazvali „rezilijentni“ jer niko od ispitanika nije imao zadovoljene kriterijume za dijagnozu PTSP (ni aktuelnog, ni u toku života), iako jesu imali određen (manji) broj simptoma ovog poremećaja.

Tabela 14

*Polne razlike u grupi rezilijentnih po PTSP simptomatologiji (ukupna i po klasterima)*

	muškarci	žene	t	Sig.
ukupna PTSP simptomatologija	14,5±9,7	7,5±9,1	5,328	<b>0,000</b>
intruzije	3,6±3,8	2,8±3,9	1,514	0,131
izbegavanje i emoc. zaravnjenost	5,7±4,6	2,0±3,4	6,337	<b>0,000</b>
pojačana vegetativna reaktivnost	5,2±4,3	2,6±3,9	4,507	<b>0,000</b>

Nalazi (tabela 14) govore u prilog veće simptomatologije, osim intruzija, kod pripadnika muškog pola.

Znajući da su muškarci pretrpeli znatno više ratnih trauma (tabela 12) nego žene, ponovo je urađena analiza grupnih razlika nakon kontrole izloženosti ratnim stresorima. Dobijeni rezultati su i dalje išli u prilog jačoj ukupnoj PTSP simptomatologiji kod muškaraca iz grupe rezilijentnih, kao i izraženijim simptomima izbegavanja i emocionalne zaravnjenosti i simptomima vegetativne hiperreaktivnosti.

## **Struktura odnosa između ranih trauma, ratnih iskustava i PTSP**

Za potrebe ispitivanja strukture osnovnih koncepata (rane traume, ratne traume, PTSP) i relacija između ovih varijabli, rađena je konfirmatorna faktorska analiza, odnosno modeliranje strukturnim jednačinama.

Osim provere strukture pomenutih koncepata i utvrđivanja veze između ranih trauma operacionalizovanih kroz skorove na Inventaru ranih trauma ETI SR-SF (ukupan skor i skorovi na pojedinačnim klasterima ranih trauma: opšte rane traume, fizičko kažnjavanje, emocionalno zlostavljanje i seksualno zlostavljanje), ratnih traumatskih događaja operacionalizovanih kroz postignuće na Upitniku za procenu ratnih stresora UPRS-R (ukupan skor i skorovi na pojedinačnim klasterima ratnih trauma: aktivna borba, prisustvovanje ranjavanju ili pogibiji, gubitak vojne strukture, ratom uzrokovana deprivacija, povređivanje, život u neprijateljskom okruženju, zarobljništvo/mučenje i (pasivna) izloženost borbenim dejstvima) i posttraumatske simptomatologije, operacionalizovane kroz postignuće na CAPS-u u skladu sa DSM-IV klasifikacijom poremećaja (ukupan skor i postignuće na tri klastera PTSP simptoma: intruzije, izbegavanje i emocionalna zaravnjenost, vegetativna hiperreaktivnost), želeli smo da proverimo da li je model relacija između navedenih varijabli isti ili različit kod muškaraca i žena.

Analiza je rađena na skupnom uzorku svih ratom traumatizovanih muškaraca i žena (sa aktuelnim PTSP, sa PTSP u toku života i rezilijentnih). Uzorak je činilo ukupno 559 ispitanika (280 muškaraca i 279 žena).

Analizom je obuhvaćeno **15 zavisnih kontinualnih varijabli** (3 grupe simptoma PTSP - intruzije, izbegavanje i emoc. zaravnjenost, vegetativna hiperreaktivnost; 4 grupe ranih trauma - opšte traume, fizičko kažnjavanje, emocionalno zlostavljanje i seksualno zlostavljanje; 8 grupa ratnih trauma - aktivna borba, prisustvovanje ranjavanju ili pogibiji, gubitak organizacione/vojne strukture, ratom uzrokovana deprivacija, povređivanje, život u neprijateljskom okruženju, zarobljavanje/mučenje, izloženost borbenim dejstvima) i **3 latentne kontinualne varijable** (PTSP, ratne traume i rane traume).

Kako varijable ratnih (ali i ranih) iskustava imaju izrazito asimetrične raspodele, korišćen je *Maximum Likelihood* estimator sa standardnim greškama i Hi-kvadrat distribucijom, korigovanim za odstupanje od normalnosti (MLMV), umesto *Maximum Likelihood* (ML) estimatora sa klasično računatim standardnim greškama i Hi-kvadrat statistikom.

Pošli smo od pretpostavke da su merni modeli jednaki kod muškaraca i žena, ali da odnosi među latentnim faktorima ne moraju biti identični.

U konfirmativnom faktorsko-analitičkom modelu dopuštene su dodatne povezanosti grešaka klastera na Upitniku za procenu ratnih stresora (UPRS-R), odnosno latentnih faktora varijable ratne traume – klastera *aktivna borba* sa klasterom *prisustvovanje ranjavanju ili pogibiji*, klastera *zarobljeništvo/mučenje* sa klasterom *život u neprijateljskom okruženju* i klasterom *gubitak ograniizacije/vojne strukture*, klastera *prisustvovanje ranjavanju ili pogibiji* sa klasterom *život u neprijateljskom okruženju* (negativna korelacija), kao i klastera *zarobljeništvo/mučenje* sa klasterom *ratom uzrokovana deprivacija* (negativna korelacija dobijena u uzorku muškaraca, a pozitivna na uzorku žena).

Razlog za dopuštanje korelacija između grešaka ovih varijabli UPRS-R, leži u činjenici da pomenuti tipovi ratnih događaja često idu zajedno (npr. svedočenje odnosno prisustvo ranjavanju ili smrti drugih osoba podrazumeva u većoj meri aktivno učešće u aktivnostima na prvoj borbenoj liniji, dok to isključuje većinu stvari pokrivenih klasterom *život u neprijateljskom okruženju* - neprijatnosti od strane komšija i sl.; izloženost zarobljavanju i mučenju je u vezi sa životom u neprijateljskom okruženju kao i većim gubitkom organizacione/vojne strukture). Kako, dakle, faktori ratnih iskustava indikuju kontigentne (situacijom uslovljene) konstelacije događaja/iskustava, gde jedna vrsta ratnog iskustva vuče drugu, ta povezanost nije do kraja objašnjena generalnim faktorom, već postoji dodatna povezanost između klastera iskustava koja ne mora biti jednaka kod muškaraca i žena. Tako je npr. tortura (mučenje) kod naših muških ispitanika podrazumevajući boravak u zatvorenom prostoru isključivala većinu događaja iz UPRS-R klastera *ratom uzrokovane deprivacije* karakterističnih za osobe koje aktivno učestvuju u borbenim aktivnostima - spavanje na otvorenom, na kiši, snegu, hladnoći, nemogućnost napuštanja borbenog

položaja. S druge strane, kad su žene u pitanju, tortura je obično išla zajedno sa ratnom deprivacijom, odnosno deprivacija je bila deo mučenja i podrazumevala je uskraćivanje osnovnih fizioloških potreba - lišavanje sna i hrane.

Dopuštene korelacije grešaka između varijabli tipova ratnih trauma su date u tabeli 15. Tu se može videti gore navedena korelacija između klastera torture i ratne deprivacije koja ima različit predznak kada je reč o muškarcima i ženama, ali i činjenica da i u jednom i u drugom uzorku šanse da se doživi tortura rastu sa gubitkom vojne strukture ili životom u neprijateljskom okruženju.

Tabela 15

***Dopuštene korelacije grešaka između varijabli ratnih trauma***

	prisustvov. ranjavanju/pogibiji		gubitak organ./voj. strukture		ratom uzrok. deprivacija		život u neprijatelj. okruženju	
	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž
aktivna borba	0,51**	0,18*						
prisustvovanje ranjavanju/pogibiji							-0,20**	-0,60**
zarobljav./mučenje			0,26**	0,46**	-0,11*	0,15*	0,29**	0,32**

Napomena: \*- značajnost na nivou <0,05  
 \*\*- značajnost na nivou <0,01

Dobijeni indeksi slaganja („fitovanja“) podataka sa predloženim modelom su  $\chi^2(178) = 257,69$   $p=0,000$  CFI= 0,94 dok je procenjena mera greške modela RMSEA=0,04 (CI 90% 0,03 – 0,05) a SRMR vrednost 0,08. S obzirom na ove koeficijente, možemo govoriti o prihvatljivosti ovog modela, te adekvatnosti nalaza koji iz njega proističu.

Nalazi koji su dobijeni su sledeći:

- struktura svih koncepata (latentni konstrukti PTSP, ranih trauma, ratnih trauma) je identična kod muškaraca i žena
- iako su kvalitativno isti, latentni faktori PTSP, ranih i ratnih trauma nisu kvantitativno identični kod muškaraca i žena

U tabeli 16 prikazani su rezultati standardizovanog modela.

Tabela 16

**Matrica faktorskih zasićenja (standardizovani model)**

	F1	F2	F3
	PTSP	ratne traume	rane traume
intruzije	0,86		
izbegavanje i emoc. zaravnjenost	0,92		
vegetativna hiperreaktivnost	0,90		
aktivna borba		0,41	
prisustvovanje ranjavanju ili pogibiji		0,75	
gubitak organiz./vojne strukture		0,72	
ratom uzrokovana deprivacija		0,82	
povređivanje		0,37	
život u neprijateljskom okruženju		0,72	
zarobljavanje/mučenje		0,18	
izloženost borbenim dejstvima		0,88	
opšte traume			0,49
fizičko kažnjavanje			0,51
emocionalno zlostavljanje			0,69
seksualno zlostavljanje			0,39

Napomena: Sve korelacije su značajne na nivou  $p < 0,01^{**}$

- iako je struktura koncepata ista kod muškaraca i žena, intercepti nisu potpuno isti. Naime, intercepti su identični za klustere PTSP, ali ne i za varijable koje se tiču ratnih i ranih trauma. To znači da čak i kad pojedinačna ratna ili rana iskustva imaju isto značenje kao indikatori latentnih faktora ratnih i ranih iskustava (izražavaju isti nivo prisustva latentnih faktora), njih razlikuju aranžmani (konfiguracije) bazičnih indikatora od kojih su skorovi na tim latentnim varijablama sastavljeni (tabela 17). Drugim rečima, iako pojedinačni indikatori na identičan način oblikuju ukupnu strukturu iskustava muškaraca i žena (npr. emocionalno zlostavljanje je najznačajniji konstituent latentnog faktora ranih događaja, dok je izloženost borbenim dejstvima najznačajniji konstituent latentnog faktora ratnih događaja, tabela 16), isti skor na ovim latentnim faktorima muškarci i žene dobijaju na osnovu



različitih iskustava (ta disproporcija je naročito prisutna u slučaju aktivne borbe, prisustvovanja ranjavanju ili pogibiji, iskustva gubitka vojne strukture i deprivacije u slučaju ratnih iskustava, a kad je reč o ranim iskustvima, jasno je da su muškarci znatno češće bili izlagani fizičkom zlostavljanju od žena, tabela 17).

Tabela 17

***Intercepti kod muškaraca i žena***

	m	ž
intruzije	1,41	1,36
izbegavanje i emoc. zaravnjenost	1,46	1,36
vegetativna hiperreaktivnost	1,50	1,52
aktivna borba	0,92	0,28
prisustvovanje ranjavanju ili pogibiji	1,39	0,55
gubitak organiz./vojne strukture	1,17	0,47
ratom uzrokovana deprivacija	1,93	0,95
povređivanje	0,66	0,22
život u neprijateljskom okruženju	1,41	1,01
zarobljavanje/mučenje	0,59	0,37
izloženost borbenim dejstvima	1,88	1,46
opšte traume	1,03	1,19
fizičko kažnjavanje	1,76	1,36
emocionalno zlostavljanje	0,52	0,70
seksualno zlostavljanje	0,47	0,37

Napomena: značajnost na nivou  $p < 0,01^{**}$   
 m- muškarci, ž- žene

- muškarci i žene se razlikuju i po rezidualima (specifičnosti indikatora), odnosno varijansi indikatora koja se ne može objasniti latentnim faktorom (tabela 18)

Tabela 18

**Reziduali** kod muškaraca i žena

	m	ž
intruzije	0,26	0,29
izbegavanje i emoc. zaravljenost	0,15	0,23
vegetativna hiperreaktivnost	0,18	0,14
aktivna borba	0,83	0,59
prisustvovanje ranjavanju ili pogibiji	0,43	0,19
gubitak organiz./vojne strukture	0,49	0,38
ratom uzrokovana deprivacija	0,33	0,29
povređivanje	0,86	0,67
život u neprijateljskom okruženju	0,48	0,59
zarobljavanje/mučenje	0,97	0,79
izloženost borbenim dejstvima	0,23	0,53
opšte traume	0,76	0,60
fizičko kažnjavanje	0,74	0,48
emocionalno zlostavljanje	0,53	0,59
seksualno zlostavljanje	0,85	0,83

Napomena: značajnost na nivou  $p < 0,01^{**}$

m - muškarci, ž- žene

- relacije između latentnih varijabli (odnosi između PTSP, ranih i ratnih trauma) nisu identične kod muškaraca i žena.

Dobijeni rezultati (polne razlike u relacijama između latentnih varijabli):

- Kod žena, i ratne i rane traume utiču na PTSP. U slučaju ženskog pola, sudeći po dobijenim rezultatima, što je veći stepen izloženosti ratnim traumama to je jači stepen izraženosti posttraumatske simptomatologije. Takođe, jačina PTSP simptomatologije kod žena raste sa većim stepenom izloženosti ranim traumatskih događajima.
- Kod žena se povećava verovatnoća da će iskusiti više ratnih trauma ukoliko su doživele rane traume. To znači da u njihovom slučaju možemo govoriti o povećanoj „traumatoflnosti“ nakon doživljavanja ranih trauma, odnosno sklonosti „reviktimizaciji“ u kasnijem životu.

- Kod muškaraca, samo ratne traume utiču na posttraumatsku simptomatologiju, tako da što je veća/jača izloženost ratnim stresorima, to je i PTSP patologija izraženija. Rane traume kod njih nemaju taj uticaj.
- Kod muškaraca rane traume ne utiču ni na (kasniju) ratnu traumatizaciju, odnosno efekat reviktimizacije kod njih nije prisutan.
- Iako kod oba pola ratne traume pozitivno koreliraju sa jačinom PTSP simptomatologije, veza odnosno uticaj ratnih trauma na PTSP je nešto slabiji kod muškaraca u odnosu na njihov uticaj kod žena.

Podaci koji pokazuju polne razlike u relacijama između latentnih varijabli su u tabeli 19.

Tabela 19

***Korelacije latentnih faktora, na dva uzorka ispitanika (muškarci i žene)***

	F1		F2		F3	
	PTSP		ratne traume		rane traume	
	m	ž	m	ž	m	ž
PTSP			<b>0.40**</b>	<b>0.60**</b>	-0.02	<b>0.12*</b>
ratne traume					0.13	<b>0.25**</b>
rane traume						

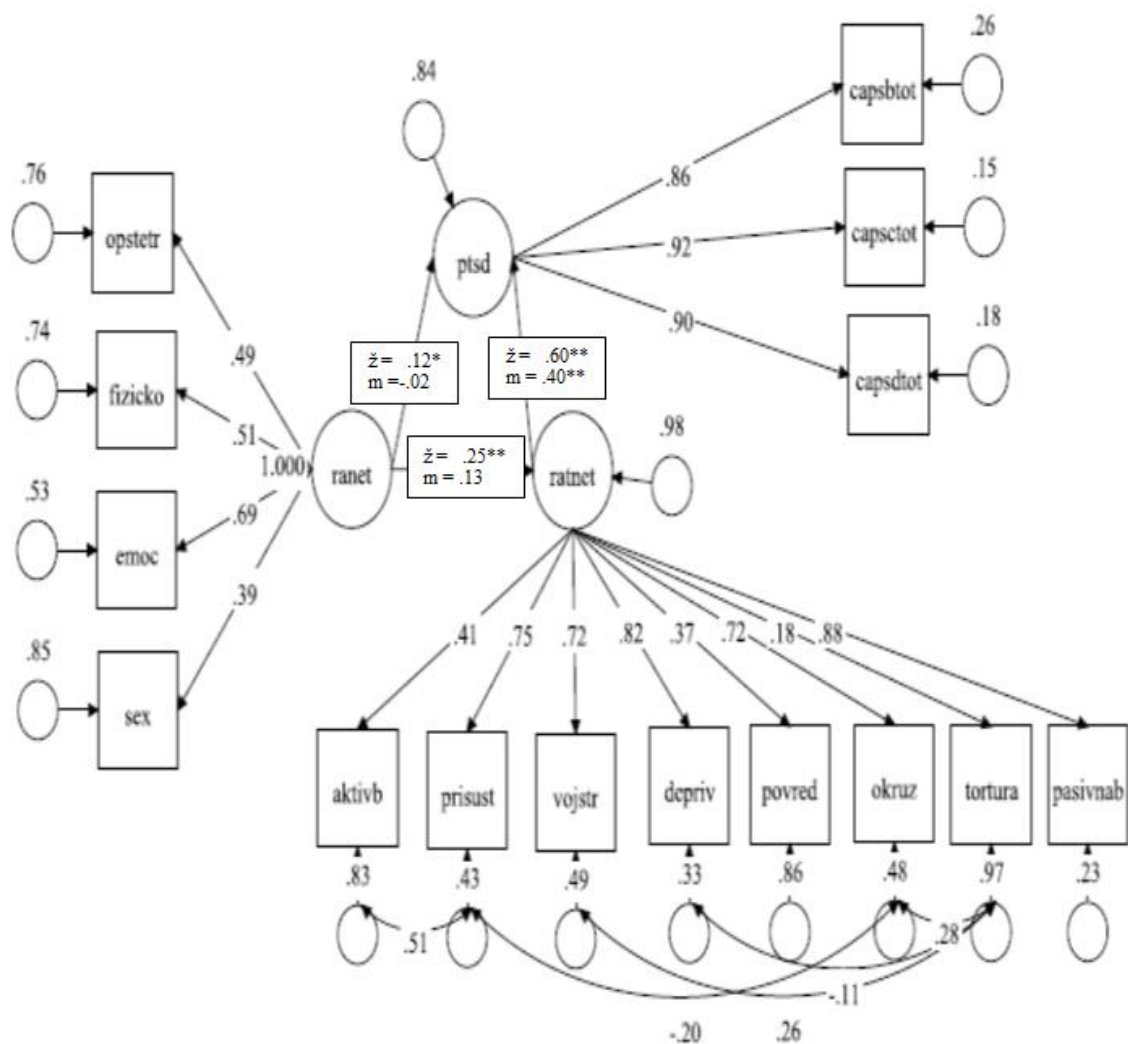
Bold - statistički značajne korelacije

\* - značajnost na nivou <0,05

\*\* - značajnost na nivou <0,01

m – muškarci, ž – žene

Sumarni shematski prikaz rezultata konfirmatorne faktorske analize je dat na slici 1.



Slika 1

*Model relacija između ranih trauma, ratnih trauma i PTSP (kod muškaraca i žena)*

Napomena: CAPSBTOT (intruzije), CAPSCTOT (izbegavanje i emoc. zaravljenost) i CAPSDTOT (vegetativna hiperreaktivnost) OPSTETR (opšte traume), FIZICKO (fizičko kažnjavanje), EMOC (emocionalno zlostavljanje) i SEX (seksualno zlostavljanje); AKTIVB (aktivna borba), PRISUST (prisustvovanje ranjavanju ili pogibiji), VOJSTR (gubitak organizacione/vojne strukture), DEPRIV (ratom uzrokovana deprivacija), POVRED (povređivanje), OKRUZ (život u neprijateljskom okruženju), TORTURA (zarobljavanje/mučenje), PASIVNAB (izloženost borbenim dejstvima); PTSD (posttraumatski stresni poremećaj), RATNET (ratne traume) i RANET (rane traume).

## Profil maksimalnog razlikovanja grupa

U cilju dobijanja skupa ispitivanih varijabli koji bi ukazivao na sistem koji stoji u osnovi najintenzivnijeg polnog razlikovanja, urađena je kanonička diskriminativna analiza.

Analiza je rađena na celokupnom uzorku od 559 ispitanika (280 muškarca i 279 žena).

Urađena je i kanonička diskriminativna analiza nakon ujednačavanja grupa (polova) po uzrastu, obrazovanju, stepenu ratne i stepenu rane traumatizacije. Time je dobijena diskriminativna funkcija koja nije statistički značajna (Wilks lambda=0,995  $\chi^2_{(3)}=2,528$  p=0,470) i čija mogućnost razlikovanja muškaraca od žena izražena kroz koeficijent kanoničke korelacije od 0,07 je izuzetno slaba.

Tabela 20

*Koeficijenti i struktura lineranog kompozita (kanoničke diskriminativne funkcije) koji ekstremizuje razlike između muškaraca i žena, nakon kontrole uticaja uzrasta, obrazovanja i stepena ratne i rane traumatizacije na PTSP*

	standardizovani koeficijenti	struktura
intruzije	1,38	0,89
izbegavanje i emoc. zaravnjenost	0,04	0,48
pojačana vegetativna reaktivnost	-0,72	0,34

Tabela 21

*Grupni centroidi*

	funkcija
	1
muškarci	-0,07
žene	0,07

Tabela 22

***Predikcija grupne pripadnosti na osnovu diskriminativne funkcije (posle parcijalizacije)***

		muškarci	žene	ukupno
N	muškarci	164	116	280
	žene	165	112	277
%	muškarci	58,6	41,4	100,0
	žene	59,6	40,4	100,0

49.6 % slučajeva ispravno klasifikovano

Kao što se vidi iz tabele 22, nakon urađene parcijalizacije dobijena diskriminacija omogućava vrlo slabu predikciju grupne pripadnosti, odnosno samo 49,6 % slučajeva je ispravno svrstano u grupu kojoj pripada na osnovu rezultata na diskriminativnoj funkciji. Na osnovu ove analize zaključujemo da nakon ujednačavanja grupa po uzrastu, obrazovanju i stepenu izloženosti ratnim i ranim traumatskim događajima, polne razlike u pogledu izraženosti PTSP simptomatologije nestaju, a jasno razdvajanje muškaraca od žena na osnovu kliničke slike PTSP-a nije moguće.

Dakle, diskriminativnom analizom je potvrđen nalaz dobijen na pojedinačnim klasterima PTSP simptoma: kada se parcijalizuje uticaj iskustava, nema razlike između muškaraca i žena ni na jednoj grupi PTSP simptoma niti na njihovoj linearnoj kombinaciji koja je udešena tako da maksimalno razlikuje ove dve grupe ispitanika.

## **DISKUSIJA DOBIJENIH REZULTATA**

Diskusija će započeti prikazom glavnih istraživačkih nalaza, u skladu sa postavljenim ciljevima i hipotezama, a zatim osvrtom na metodološke prednosti ove studije ali i njena ograničenja i predloge za potencijalna buduća istraživanja. Na kraju diskusije će biti ukazano na određene implikacije dobijenih nalaza na kliničku praksu, odnosno sugestije u kom pravcu bi trebalo da se odvija preventivni rad kad je u pitanju razvoj posttraumatske psihopatologije kao i tretman osoba koje su već obolele od PTSP-a.

### **Glavni istraživački nalazi**

#### **Polne razlike u ukupnom stepenu izloženosti ratnim stresorima**

##### ***Muškarci su bili izloženi većem broju ratnih traumatskih događaja***

Bilo posmatrajući sve grupe traumatizovanih osoba zajedno, ili analizirajući polne razlike posebno u okviru grupe osoba sa istorijom PTSP (aktuelni ili PTSP u toku života), ili grupe traumatizovanih koja nikad nije razvila PTSP, dobijene su statistički značajne razlike među polovima u prilog znatno većoj ukupnoj izloženosti muškaraca ratnim traumama, kao i većoj izloženosti svim pojedinačnim kategorijama ratnih stresora, obuhvaćenim instrumentom UPRS-R (sa izuzetkom stresora iz klastera pasivne izloženosti borbenim dejstvima kojima su i muškarci i žene iz grupe sa istorijom PTSP bili u sličnoj meri izloženi). Nalaz o većoj izloženosti muškaraca ratnim događajima je u skladu sa postavljenom početnom hipotezom, kao i nalazima različitih studija (Noriss, 1992; Perkonig and Wittchen, 1999; Yasan et al, 2009).

## **Tipovi ratnih događaja i pol**

*Muškarci su više bili izloženi aktivnoj borbi i gubitku organizacione/vojne strukture, dok kod žena dominiraju „pozadinske traume“, odnosno život u neprijateljskom okruženju i pasivna izloženost borbenim dejstvima*

Dobijeni nalazi u ovom istraživanju (doktorskoj studiji) su u značajnoj meri u skladu sa nalazima studija (Gavranidou, 2001; Gavranidou et al., 2000; Rosner et al., 2003) koji idu u prilog tome da su muškarci najviše bili izloženi granatiranju i pucnjavi, ranjavanju bliskog prijatelja odnosno prisustvovanju povređivanju drugih, te da su imali iskustva zbrinjavanja ranjenika. Kad su u pitanju nalazi pomenutih studija i nalaz studije na kojoj je baziran ovaj doktorski rad, ne može se reći da postoji znatna saglasnost među njima u pogledu ratnih iskustava žena, jer su kod žena u našem uzorku dominirali događaji iz kategorije života u neprijateljskom okruženju i pasivne izloženosti borbenim dejstvima, dok su u prethodno navedenim studijama kod ispitanica bili najprisutniji događaji koji se tiču ratnih gubitaka, ranjavanja članova porodice i prijatelja, kao i seksualnog i fizičkog zlostavljanja samih žena. Mogući razlozi za to leže u razlikama korišćenih instrumenata za procenu izloženosti ratnim stresorima.

U našoj studiji, dobijeno je da su najveće razlike između muškaraca i žena (u svim ratom traumatizovanim grupama) vezane za izloženost događajima kojima je zajedničko direktnije učešće ispitanika u borbenim aktivnostima (npr. prisustvovanje ranjavanju i pogibiji drugih, izvlačenje ranjenika, deprivacija usled boravka na ratnom položaju, kao i gubitak vojne strukture), što su događaji kojima su muškarci bili značajno više izloženi. Malobrojni događaji koji su procentualno bili više zastupljeni kod žena nego kod muškaraca su vezani pre svega za iskustvo života u neprijateljskom okruženju.

Krajnji zaključak koji se može izvesti je da nalazi dobijeni u našoj studiji jesu u skladu sa očekivanjima, odnosno sa postavljenom hipotezom o tome da kod muškaraca dominiraju stresori vezani za aktivnije učešće u borbi i gubitak vojne strukture, a da su kod žena prisutnije *pozadinske* ratne traume. Shodno tome, može se zaključiti i da ne samo da su



muškarci generalno bili izloženi većem broju ratnih stresora i učestalije od žena, već i da su događaji koje su doživeli muškarci bili objektivno više ugrožavajući, nego oni koje su iskusile žene.

### **Polne razlike u izloženosti različitim tipovima ranih traumatskih događaja**

*Žene su više od muškaraca bile izložene ranom emocionalnom zlostavljanju, dok je fizičko zlostavljanje u detinjstvu bilo prisutnije kod muškaraca*

U studiji je dobijen nalaz o većoj izloženosti muškaraca ranom fizičkom zlostavljanju, koji je u skladu sa očekivanjem (hipotezom) kao i nalazima drugih studija (Edwards et al, 2003; Thompson, Kingree & Desai, 2004).

Jedan od nalaza doktorske studije je i da je emocionalno zlostavljanje u detinjstvu bilo izraženije kod žena, što je u saglasnosti sa rezultatima velikih studija o ranim traumama rađenim primenom instrumenata samoprocene na opštoj populaciji u Velikoj Britaniji i SAD (Gilbert et al., 2009; Edwards et al., 2003; May-Chahal & Cawson, 2005).

Statistički značajne pomenute polne razlike u detinjstvu (kod muškaraca izraženije fizičko kažnjavanje, a kod žena emocionalno zlostavljanje) su dobijene u u obe grupe (sa i bez istorije PTSP).

S druge strane, sudeći po rezultatima studije (dobijenim na različitim poduzorcima), hipoteza o većoj generalnoj izloženosti žena ranim traumama ne nalazi svoju potvrdu (nalazi studije govore ili u prilog nepostojanju polnih razlika u ukupnoj ranoj traumatizaciji, ili u prilog postojanju veće ukupne rane traumatizacije kod muškaraca - nalaz dobijen na poduzorku rezilijentnih osoba).

Takođe i hipoteza iz literature da su žene izloženije seksualnom zlostavljanju u detinjstvu od muškaraca nije potvrđena u ovoj studiji (nisu dobijene statistički značajne polne razlike u ovom domenu ranih trauma).

Kad su u pitanju rane traume opšteg tipa (kao što su razvod roditelja, bolesti ili alkoholizam u porodici, prirodne katastrofe, smrt člana porodice i sl.), značajne polne razlike su dobijene samo na poduzorku osoba sa istorijom PTSP-a i to u prilog veće prisutnosti ovih ranih trauma kod osoba ženskog pola.

### **Pol, rane traume i PTSP u odraslom dobu**

***Kod žena su rane traume u vezi sa PTSP u odraslom dobu, dok kod muškaraca ta veza nije pronađena***

Različite studije pokazuju vezu između ranih traumatskih događaja i PTSP u odraslom dobu: fizičko zlostavljanje u detinjstvu i kasniji PTSP vezan za borbu/rat (Zaidi, L., Foy, D., 1994); rano seksualno zlostavljanje i kompleksni PTSP (Van der Kolk et al., 1996); rane traume i teški simptomi intruzija kod ratnih veterana sa PTSP koji traže tretman (Kidd, Ford, & Nasby, 1996); brojne studije koje su išle u prilog trajnom negativnom uticaju ranih trauma na generalni psihijatrijski status i psihosocijalnu adaptaciju (npr. Cicchetti & Toth, 1995; Follette, Polusny, Bechtle, & Naugle, 1996; Turner & Lloyd, 1995). U našoj studiji je (konfirmatornom faktorskom, odnosno SEM analizom) dobijen nalaz koji je samo delimično u skladu sa tim. Naime, dobijeno je da kod žena rane traume jesu u vezi sa PTSP u odraslom dobu nakon ratne traume, dok ta veza kod muškaraca nije pronađena. Sudeći po tome, izgleda da žene ipak jesu vulnerabilnije od muškaraca, odnosno da ih izloženost traumatskim događajima u ranijem periodu života čini podložnijim posttraumatskoj psihopatologiji u odraslom dobu nakon susreta sa novim stresnim, odnosno traumatskim situacijama. S obzirom na to da se u našem uzorku muškarci i žene ne razlikuju po ukupnom broju ranih trauma, ali da su žene te koje imaju više ranih traumatskih iskustava koja podrazumevaju emocionalno zlostavljanje, čini se da je upravo ovaj vid traume onaj koji daje posebnu osetljivost na razvoj kasnije posttraumatske simptomatologije. Ipak, ovaj zaključak bi se morao uzeti sa rezervom i dodatno proveriti, posebno na populaciji koja ima

proverenu i potvrđenu istoriju ozbiljnijih ranih traumatskih iskustava, što kod ispitanika iz našeg uzorka ipak nije bio slučaj.

U studiji je dobijeno i da kod muškaraca rane traume nisu povezane sa (kasnijom) izloženošću ratnim stresorima. S druge strane, kod žena je nađena povezanost ranih trauma i kasnije izloženosti ratnim stresorima, tj. potvrđena sklonost „reviktimizaciji“ nakon ranih traumatskih iskustava, odnosno svesnom i nesvesnom ponašanju koje može voditi povećanom izlaganju novim stresnim događajima, u ovom slučaju, ratnim stresorima). I ovaj, kao i prethodni nalaz, zahteva dodatnu proveru u budućim studijama.

### **Polne razlike u jačini ukupne PTSP simptomatologije**

#### ***PTSP nije jače izražen kod žena***

Posmatrajući prisutnost PTSP simptomatologije, rezultati ove studije nisu u saglasnosti sa postavljenom hipotezom o jačem PTSP-u kod žena, već govore o izraženijoj posttraumatskoj psihopatologiji kod pripadnika muškog pola, ali kao posledica izrazito veće izloženosti ratnim stresorima. Radeći analize kako na celokupnom uzorku, tako i na pojedinačnim uzorcima osoba sa istorijom PTSP i onih koji imaju određene simptome ali nikad nisu razvili pun PTSP, dobijeni nalazi su međusobno saglasni i govore o statistički značajnoj, većoj težini posttraumatske simptomatologije kod muškaraca.

Ovakvi nalazi su u saglasnosti sa rezultatima istraživanja de Jonge i saradnika rađenim na uzorku populacije iz Gaze (de Jonge et al., 2001) gde je dobijena manje izražena posttraumatska patologija (manji broj simptoma PTSP) kod žena u odnosu na muškarce. Takođe, dobijena manja prisutnost simptoma PTSP-a kod žena u našem uzorku je u saglasnosti sa drugim nalazom iz ove doktorske studije o tome da što je veći stepen izloženosti ratnim stresorima (kod nas je to bio slučaj sa muškarcima) to je i izraženija posttraumatska simptomatologija, kao i sa nalazima onih studija koje govore o vezi broja traumatskih događaja s jedne, i razvoja odnosno težine posttraumatskog stresnog

poremećaja, s druge strane (npr. Green et al., 2000; Breslau et al., 1999b; Ai, Peterson, Uebelhor, 2002; Sledjeski et al., 2008).

U prilog tome da su polne razlike u broju i učestalosti izloženosti (ratnim) traumatskim događajima ključne za dobijene razlike u izraženosti posttraumatske simptomatologije, odnosno nalaz o jačem PTSP kod muškaraca, govori podatak da se polne razlike u pogledu ukupne PTSP simptomatologije gube nakon kontrole uticaja stepena izloženosti ratnim stresorima (broj stresora i učestalost njihovom izlaganju). Međutim, imajući u vidu i dobijeni strukturni model vidimo da su kod žena veće korelacije između događaja i PTSP simptoma, te možemo zaključiti da je kod muškaraca veći uticaj nekih drugih faktora na PTSP simptomatologiju.

Stoga, imajući u vidu sve urađene analize i dobijene rezultate u ovoj doktorskoj studiji, kao krajnji zaključak se nameće da posttraumatska patologija pre svega zavisi od izloženosti traumatskim događajima i da se ona po strukturi ne razlikuje među polovima. Polne razlike se ogledaju u tome što su žene bile izložene manjem broju ratnih traumatskih stresora, ali su na njih osjetljivije, što kod njih i rane traume utiču na razvoj PTSP, dok kod muškaraca neki drugi faktori, koji nisu bili predmet istraživanja, imaju veći uticaj.

### **Polne razlike u izraženosti pojedinih grupa PTSP simptoma**

*Između žena i muškaraca sa istorijom PTSP nema razlika u pogledu izraženosti pojedinačnih klastera simptoma PTSP-a kad se polovi ujednače po broju ratnih stresora.*

*I kod muškaraca i kod žena, od svih simptoma PTSP-a najzastupljeniji su oni iz klastera izbegavanja i emocionalne zaravnjenosti*

Nakon ujednačavanja muškaraca i žena po stepenu izloženosti ratnim stresorima, razlike između njih na nivou pojedinačnih grupa simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja nisu dobijene, baš kao ni na nivou ukupne PTSP simptomatologije.

Izuzetak je grupa rezilijentnih gde se i nakon kontrole izloženosti ratnim stresorima zadržava statistički značajna razlika u prilog kako izraženijim simptomima izbegavanja i

emocionalne zaravnjenosti tako i simptoma vegetativne hiperreaktivnosti kod muškaraca. Sudeći po nalazima ove studije, izgleda da su, u ovoj grupi, žene te koje su rezilijentnije od muškaraca. Mogući razlozi za to mogu biti vezani za neke faktore koji nisu bili predmet ove studije, odnosno, nisu kontrolisani u njoj. Jedan od takvih faktora je i socijalna podrška nakon ratnih traumatskih iskustava. Socijalna podrška se neretko pominje kao važan protektivni faktor kad je u pitanju posttraumatski stresni poremećaj (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Ozer et al., 2003; Koenen, Stellman, Stellman, Sommer, 2003; APA, 2013). Imajući u vidu pomenute polne razlike u socijalnim ulogama kao i s tim povezanu veću spremnost žena ka „samootkrivanju“ (ispoljavanju slabosti) (Alfermann, 1996; Dindia and Allen, 1992; Tolin & Foa, 2006), moguće je da one u većoj meri traže te i dobijaju pomoć i podršku, što ih i čini otpornijim na PTSP.

Posmatrajući zastupljenost pojedinih kategorija simptoma u okviru svakog pola pojedinačno, može se reći da su i kod žena i kod muškaraca od svih tegoba najprisutniji simptomi izbegavanja i emocionalne zaravnjenosti, iako je bilo očekivano, s obzirom na nalaze iz literature (Gavrilovic, Lecic-Tosevski, Knezevic, Priebe, 2002; Ai, Peterson, Ubelhor, 2002), da će kod muškaraca najizraženiji biti simptomi iz klastera pojačane vegetativne reaktivnosti.

### **Pol i struktura koncepata (PTSP, ratne traume, rane traume)**

#### ***Struktura PTSP, ranih i ratnih trauma je ista kod muškaraca i žena***

Nalazi ove doktorske studije govore da je struktura svih koncepata (PTSP, rane traume, ratne traume) ista kod muškaraca i žena. Ipak, iako je struktura ista, intercepti nisu identični (osim u slučaju PTSP-a), što znači da čak i kad imaju iste vrednosti na latentnim faktorima ranih i ratnih trauma, kod muškaraca i žena postoji različita konfiguracija bazičnih indikatora od kojih su ti faktori sastavljeni. Drugim rečima, studija pokazuje da se identične stvari i u slučaju žena i u slučaju muškaraca podrazumevaju pod ranom i ratnom traumom,

ali da je izloženost različitim aspektima rane i ratne traume bila drugačija kod muškaraca i žena uključenih u ovu studiju.

Činjenica da je nađena ista struktura posttraumatskog stresnog poremećaja, ranih i ratnih trauma kod muškaraca i žena daje doprinos opravdanosti primene istih instrumenata kod oba pola za procenu ovih fenomena.

### **Pol i relacije između ranih trauma, ratnih trauma i PTSP**

***Relacije između traumatskih događaja (ratnih, ranih) i PTSP-a su različite kod muškaraca i žena***

Model relacija između varijabli nije isti kod muškaraca i žena, tj. postoje polne razlike s obzirom na međusobnu povezanost ranih trauma, ratnih traumatskih događaja i posttraumatske simptomatologije:

- kod muškaraca, traumatska iskustva u detinjstvu i mladosti (pre 18. godine života) nisu u vezi sa kasnijom većom sklonošću ka izlaganju novim (ratnim) stresorima, dok je kod žena prisutna ta veza. Ovo je donekle neočekivan nalaz s obzirom da se često kod muškaraca koji idu u rat (civila dobrovoljaca ali i profesionalaca) nalazi profil koji ukazuje na visok nivo impulsivnosti i agresivnosti - znatno viši nego kod opšte populacije (Bray, Pemberton et al., 2009; Cherpitel, 1999) prema Ramchand et al., 2011), te sklonost ulasku u rizične situacije odnosno izlaganju potencijalnim traumatskim događajima. Ove osobine se, pak, u mnogim slučajevima mogu dovesti u vezu sa graničnim poremećajem ličnosti, kod kojeg je neretko prisutna istorija hroničnog i teškog zlostavljanja u detinjstvu (Ogata et al., 1990; Herman, Perry, van der Kolk, 1989). Stoga je moguće da bi nalaz bio drugačiji da su u našem uzorku bili muškarci sa većim brojem i/ili težim ranim traumama, ili da je među ispitanicima bio veći broj dobrovoljnih učesnika u ratu. Iz pomenutih razloga, nalaz da rane traume kod muškaraca

nisu u vezi sa kasnijom povećanom izloženošću ratnim stresorima, treba uzeti sa izvesnom rezervom

- kod muškaraca, rane traume nisu u vezi sa kasnijim (ratom izazvanim) PTSP, dok kod žena rane traume utiču na PTSP u odraslom dobu i nezavisno i preko izlaganja novim (ratnim) stresorima
- ratna traumatska iskustva su u vezi sa PTSP simptomatologijom i kod žena i kod muškaraca - što je veća izloženost ratnim stresorima, to je jača izraženost posttraumatskih simptoma. Ovaj nalaz je u skladu sa više puta pokazanom vezom između broja traumatskih događaja i intenziteta PTSP-a, odnosno govori u prilog kumulativnom efektu traume koji vodi sve većem iscrpljivanju te nadvladavanju odbrambenih sposobnosti osobe, pa samim tim i razvoju sve jače posttraumatske psihopatologije (npr. Foy et al., 1987; Green et al., 2000; Ai, Peterson, Uebelhor, 2002; Sledjeski et al., 2008)
- iako kod oba pola ratne traume utiču na PTSP simptomatologiju, taj uticaj je ipak nešto jači kod žena. To bi moglo da znači da u slučaju muškaraca neki drugi faktori imaju prisutniju ulogu u formiranju PTSP-a, npr. predispozicioni faktori kao što je struktura ličnosti ili efikasnost kognitivnog procesiranja.

## Metodološke prednosti rada

Jedna od glavnih prednosti ove studije je ta što je ona rađena na velikom uzorku (N= 559), dovoljnom da omogući donošenje pouzdanih i validnih zaključaka. Metodološka prednost studije je i što je postojala ujednačenost istraživačkog uzorka u zastupljenosti pripadnika muškog ( 280) i ženskog pola ( 279), kao i relativna ujednačenost po obrazovanju i starosti.

U prilog ovom radu ide i što je za procenu PTSP simptomatologije korišćen CAPS u skladu sa DSM-IV klasifikacijom mentalnih poremećaja, strukturisana skala koju zadaje obučeni kliničar, instrument sa mnogo puta demonstriranom visokom pouzdanošću i validnošću. Takođe, činjenica da se radi o instrumentu baziranom na DSM-IV omogućava strože i preciznije kriterijume za postavljanje dijagnoze u odnosu na instrumente koji su bazirani na ranijim klasifikacijama mentalnih bolesti (DSM III, DSM III-R).

Izbor ispitanika u studiji je bio takav da i muškarci i žene imaju ratna traumatska iskustva i sa njima povezan PTSP uz istovremeno postojanje informacija o izloženosti različitim tipovima ratnih traumatskih događaja, kao i o izloženosti drugim traumatskim događajima u detinjstvu, što čini još jednu značajnu prednost ovog istraživanja kad je u pitanju donošenje zaključaka o polnim sličnostima i razlikama PTSP simptomatologije.

Dodatna prednost ove studije leži u činjenici da je izloženost ratnim traumama kod oba pola bila u istom vremenskom periodu (devedesetih godina prošlog veka), odnosno da je isti period protekao od trenutka traume do momenta učešća u studiji, a kod oba pola je postojalo prolongirano i kumulativno traumatsko iskustvo (rat sam po sebi podrazumeva više stresora prisutnih u dužem vremenskom periodu), te se može reći da su ispitanici različitih polova i po tome bili ujednačeni.



## Ograničenja istraživanja i preporuke za naredne studije

Kao i mnoge studije koje su se doticale pitanja ranih trauma i njihove veze sa PTSP-om u odraslom dobu, kao i pitanjem polnih razlika u tom domenu, i ova studija potencijalno pati od problema koje sva retrospektivna istraživanja imaju - problem sećanja, odnosno nepouzdanosti retrospektivnih iskaza za događaje koji su se desili pre više godina (Roemer, Litz, Orsillo, Ehlich, & Friedman, 1998; Wessely et al., 2003), kao i neizvesnosti da li problem prisećanja ranih trauma u jednakoj meri i na isti način pogađa muškarce i žene (Tolin & Foa, 2006). Kad je u pitanju izveštavanje o ranom zanemarivanju i zlostavljanju (posebno seksualnom), u literaturi se neretko govori o nejednakoj sklonosti muškaraca i žena ka samotkrivanju (Alfermann, 1996; Dindia and Allen, 1992), što može uticati na nedovoljnu pouzdanost zaključaka koji se donose o polnim razlikama kad su u pitanju rane traume i sa njima povezana posttraumatska psihopatologija (Koenen & Widom, 2009).

Kao što je navedeno u prikazu glavnih nalaza ove doktorske studije, u njoj je dobijeno da rane traume kod žena imaju, a kod muškaraca nemaju veze sa kasnijom izloženošću ratnim stresorima, kao i sa PTSP simptomatologijom u odraslom dobu. Ipak, zaključci po pitanju polnih razlika u ranim traumama i veze ranih trauma sa kasnijom reviktimizacijom i posttraumatskim stresnim poremećajem u odraslom dobu se moraju uzeti sa rezervom, te novim studijama dodatno proveravati. Iako je korišćenje ETI-SR-SF instrumenta omogućavalo ispitanicima da izbegnu iznošenje previše ličnih detalja vezanih za rane traume i nije zahtevalo kontakt sa ispitivačem za vreme odgovaranja (samostalno popunjavanje - instrument samoprocene), pa je po mišljenju autora ovog rada, kao i nekih drugih koji su se bavili korišćenjem i konstrukcijom instrumenata za procenu ove vrste traumatskih iskustava (Bremner, Bolus, Mayer, 2007; Jeon et al., 2012), mogućnost ispitanika da budu iskreniji pri odgovaranju te i pouzdanost dobijenih podataka bila veća, nije isključeno da bi se drugačiji nalazi dobili da je umesto kratkog inventara ranih trauma ETI-SR-SF, bio korišćen neki drugi instrument sa istom namenom, ili pak više različitih izvora informacija o ovom tipu traumatskih događaja. Iako je ETI-SR-SF preporučen kao

praktičan instrument za procenu ranih trauma u kliničkim istraživanjima (Bremner, Bolus, Mayer, 2007), čini se da bi ipak dodatni izvori informacija (klinički intervju, objektivni dokazi (npr. sudski akti), detaljnije mere samoprocene) omogućili donošenje detaljnijih i pouzdanijih zaključaka o odnosu ranih trauma sa ratnim traumama i PTSP-om u odraslom dobu, kao i zaključaka o polnim sličnostima i razlikama u vezi sa tim.

Kad su u pitanju nalazi studije vezani za izloženost ratnim stresorima, izvesna ograničenja postoje i u tom domenu. Naime, korišćen je samo upitnik UPRS-R, orijentisan na ispitivanje direktne izloženosti stresorima u ratnoj zoni, a koji ne uključuje stresore koje je osoba doživela posredno (čula i saznala o njima od druge osobe ili preko medija, itd.). Stoga su nedovoljno obuhvaćene traumatske situacije kao što su, na primer, saznanja o ranjavanju ili smrti članova porodice ili drugih bliskih osoba (prisutne su samo stavke koje se tiču saznanja o mučenju članova porodice u zarobljeništvu, kao i one koje se odnose na direktno svedočenje mučenju, pogibiji ili ranjavanju drugih ljudi). Ovo je naročito značajno u kontekstu razmatranja polnih razlika, jer je moguće da zbog toga ratni stresori kojima su izložene žene nisu dovoljno ispitani. Ipak, dijapazon „posrednih“ ratnih trauma je manji nego onih koji uključuju direktnu izloženost, tako da se glavni nalaz studije vezan za polne razlike u izloženosti ratnim stresorima verovatno ne bi promenio i da su pomenute nedostajuće stavke bile obuhvaćene korišćenim instrumentom.

Moguće ograničenje ove doktorske studije je vezano i za pitanje primenjivosti dobijenih nalaza na populacijama za koje je odlučeno da ne budu uključene u studiju, a koje su značajan deo spektra osoba sa PTSP, kao npr. osobe sa aktivnom zloupotrebom/zavisnošću od supstanci, osobe koje su (u trenutku ispitivanja) bile na psihofarmakoterapiji (posebno fluoksetinom), pojedinci sa ozbiljnijim somatskim ili psihoorganskim oboljenjem i sl.

Kako iz nalaza ranijih istraživanja, tako i iz rezultata ove doktorske studije, ostaje zaključak da je odnos pola i PTSP-a vrlo kompleksan i ne tako lako dokučiv, čak i kad se kontroliše više faktora, pa tako i varijabla *vrsta traumatskog događaja*. I kad su muškarci i žene uključeni u uzorak izloženi istom tipu traumatskih događaja (npr. ratnim stresorima, što je bio slučaj u našoj studiji), kao što Tolin i Foa navode (2006), teško da se zaista radi o istim događajima i jednakom iskustvu, jer obično postoje razlike u trajanju trauma,

ponavljanju traumatskih događaja, njihovoj težini, okolnostima u kojima su se desili... To pokazuju različite studije, a potvrdilo se i u studiji na čijim podacima je bazirana ova doktorska teza - muškarci su iskusili znatno veći broj ratnih stresora, bili su im znatno češće izloženi nego žene, a kvalitet događaja, čak i kad su pripadali istoj kategoriji ratnih stresora (u skladu sa klasterima ratnih stresora dobijenim faktorskom analizom postignuća na upitniku UPRS-R) nije nužno bio isti kod muškaraca i žena (npr. „eksplozija granate u blizini“ se mogla desiti u toku borbe u kojoj je neko aktivno učestvovao (što je bio slučaj uglavnom sa muškarcima), ili kao iznenadni događaj u „pozadini“, kojem je osoba bila pasivno izložena kao civil, što je češće bio slučaj sa ženama). Sve to, kao i različite biološke, sociološke i kulturološke polne razlike utiču na poteškoće u donošenju jednoznačnih sudova o vezi varijable pol, s jedne, i različitih traumatskih iskustava i posttraumatske psihopatologije, sa druge strane, te su novi napor da se te veze u što većoj meri rasvetle neophodni.

Između ostalog, kako bi ujednačili iskustva žena i muškaraca te bili u mogućnosti da dobijemo pouzdanije nalaze o različitim biološkim i/ili psihološkim sličnostima i razlikama između njih po pitanju razvoja i jačine posttraumatskog stresnog poremećaja u vezi sa ratom, potrebne su studije koje bi obuhvatile samo muškarce i žene sa aktivnim učešćem u borbenim dejstvima (profesionalno vojno osoblje), kao i istraživanja gde bi ispitanici bili samo civili oba pola koji nisu ni na koji način aktivno bili uključeni u borbene aktivnosti.

Osim toga, potrebno je više longitudinalnih studija kako bi se omogućila bolja analiza i donošenje adekvatnijih zaključaka o vezi izloženosti ranim traumama i izraženosti PTSP-a u kasnijem životnom dobu kao i mogućim polnim razlikama u tom domenu.

Takođe, neophodne su nove studije sa aktuelnim instrumentima za procenu i dijagnostikovanje PTSP-a, u skladu sa DSM-V klasifikacijom, pre svega u cilju provere novopostulirane latentne strukture PTSP-a u toj, aktuelno važećoj klasifikaciji mentalnih poremećaja (četvorofaktorska umesto nekadašnje trofaktorske strukture PTSP), te njene eventualne veze sa polnim razlikama/specifičnostima.

## **Nalazi istraživanja i doprinos kliničkoj praksi**

S obzirom da je u ovoj studiji dobijen (očekivani) nalaz o većoj izloženosti muškaraca ratnim stresorima, kao i nalaz o pozitivnoj vezi stepena izloženosti ratnim traumama i jačine posttraumatske simptomatologije (PTSP), to sugerise važnost stavljanja većeg fokusa na osmišljavanje i realizaciju posebnih preventivnih programa za muškarce, kao osoba pod povišenim rizikom od izloženosti ratnim/borbenim stresorima (bar kad je u pitanju naša zemlja, odnosno region). Cilj takvih programa/intervencija bi bio da uzimajući u obzir specifičnosti njihovog pola (biološke, socio-kulturne, itd.) kao i specifičnosti ratnih događaja (karakteristike savremenih vidova ratovanja i običaje ratovanja specifične za određena područja/regione), muškarce adekvatnije pripreme za potencijalnu izloženost ovom tipu trauma i nošenje sa njima, te time doprinesu smanjenoj mogućnosti razvoja naknadne teške i dugotrajne posttraumatske psihopatologije kod ove populacije. Nekadašnje obavezno služenje vojnog roka je trebalo da ima pomenutu svrhu, ali su istorijske okolnosti pokazale znatne nedostatke tog vida „ratne pripreme“. Stoga bi trebalo detaljnije utvrditi šta je od starog sistema služenja vojne obaveze bila dobra praksa koja bi se i dalje mogla primenjivati, a šta je ono što je nedostajalo i što bi trebalo dodatno uvrstiti u preventivne programe ovog tipa. Prema mišljenju autora doktorskog rada, trebalo bi pre svega povećati akcenat na psihološkoj pripremi koja bi obuhvatila psiho-edukaciju o traumi i njenim mogućim posledicama, kao i upoznavanje i rad na jačanju faktora koji dokazano imaju protektivnu funkciju kad je u pitanju posttraumatska psihopatologija (npr. jačanje strategija prevladavanja usmerenih na aktivno rešavanje problema; isticanje značaja socijalne podrške i rad na jačanju socijalne mreže osoba uključenih u preventivni program...). Iako je istaknuta pre svega važnost preventivnih, odnosno „za rat pripremljenih“ intervencija za muškarce kao osobe pod rizikom, s obzirom na činjenicu da se u svetu, a sve više i kod nas, žene odlučuju za karijeru profesionalnih vojnika i uključuju u borbene/ratne aktivnosti, i ova populacija bi trebalo da bude obuhvaćena preventivnim programima.

Kad je u pitanju dijagnostika posttraumatskog stresnog poremećaja, s obzirom da se u kontekstu revizije kriterijuma za PTSP u DSM-V govorilo i o pitanju polnih razlika u

razvoju i kliničkoj slici posttraumatskog stresnog poremećaja, te su pojedini autori dovodili u pitanje jednaku primenljivost dotadašnjih instrumenata (uključujući CAPS baziran na DSM-IV) i kriterijuma za postavljanje dijagnoze PTSP-a kod muškaraca i žena (Kimerling, Rasmusson, 2009), osvrću se i na tu temu u kontekstu nalaza dobijenih u doktorskoj studiji. Sudeći prema istima, odnosno uzimajući u obzir rezultate konfirmatorne faktorske analize koji govore u prilog tome da je struktura posttraumatskog stresnog poremećaja ista kod muškaraca i žena iako postoje određene razlike u konfiguraciji dimenzija, moglo bi se zaključiti da primena jednakih kriterijuma za dijagnozu, odnosno instrumenata za procenu PTSP kod oba pola (bar kad je u pitanju CAPS u skladu sa DSM-IV), ipak ima svoju opravdanost. Određene polne razlike su moguće u pogledu izraženosti pojedinih kriterijuma/simptoma i njihovog kombinovanja, ali način na koji su kriterijumi definisani je dovoljno dobar da odgovori na pitanje o prisustvu i jačini posttraumatske simptomatologije i kod muškaraca i kod žena. Da li će i u kojoj meri DSM-V klasifikacija mentalnih poremećaja i u skladu sa njom konstruisan novi CAPS omogućiti da se dođe do novih uvida u polne razlike po pitanju strukture i izraženosti PTSP, ostaje da se vidi u kliničkoj praksi i proveru u narednim studijama.

S obzirom da su prema nalazima ovog istraživanja, kod žena rane traume u vezi sa kasnijom (ratnom) retraumatizacijom (reviktimizacijom), kao i sa razvojem i težinom posttraumatske simptomatologije u odraslom dobu, moglo bi se zaključiti da, kad je u pitanju ženski pol, treba obratiti posebnu pažnju na rano prepoznavanje i preventivni rad sa osobama sa iskustvom trauma u detinjstvu, u cilju smanjenja negativnog uticaja ranih traumatskih iskustava, odnosno umanjavanja verovatnoće javljanja kasnijeg PTSP u susretu sa novim stresorima/traumama, te povećanja šansi za brži oporavak ukoliko do poremećaja ipak dođe.

Osvrnimo se na kraju i na činjenicu da veliku većinu ispitanika iz doktorske studije koji su u trenutku ispitivanja imali aktuelni PTSP, zapravo čine osobe sa hroničnim (višegodišnjim) tipom poremećaja. S obzirom da određene studije nalaze vezu između ranih trauma i kasnijeg hroničnog, dugotrajnog PTSP, pojedini autori navode da bi moglo biti ključno identifikovati osobe sa ranim traumama, podvrgnuti ih opsežnijoj proceni te za njih

osmisлити adekvatnije tretmane, imajući u vidu veću verovatnoću da one razviju „rezistentniji“ oblik posttraumatskog stresnog poremećaja, tj. onaj gde psihoterapija daje slabije rezultate (Ford, Kidd, 1998). Istraživanja takođe pokazuju da u slučaju osoba sa ovakvim „otpornim“ PTSP, svrsishodniji tretman (alternativa intenzivnoj psihoterapiji, pa i farmakoterapiji) bi bio onaj usmeren na pružanje podrške i konkretne pomoći osobama u svakodnevnom funkcionisanju (*case management*), te pružanju usluga koje bi potpomogle njihovu psihosocijalnu rehabilitaciju (Glynn, Drebing & Penk, 2009). Kombinujući nalaze upravo pomenutih autora sa rezultatima ove doktorske studije, mogao bi se izvući zaključak da bi za žene sa istorijom ranih trauma i aktuelnim (za rat vezanim) PTSP koji bi mogao imati ili već ima hronično (višegodišnje) trajanje, najadekvatniji tretman upravo bio onaj koji bi podrazumevao primenu malopre navedenih preporuka (kombinacija podrške u svakodnevnom funkcionisanju - *case management* i psihosocijalne rehabilitacije).

## ZAKLJUČAK

Ovo istraživanje se bavilo eksploracijom polnih razlika u domenu odnosa između ratnih i ranih trauma i posttraumatskog stresnog poremećaja. Sa željom da se pokušaju prevazići neki od metodoloških nedostataka ranijih studija koje su se bavile odnosom pola i PTSP-a, istraživanje je koncipirano tako da se ispitivanje polnih razlika vezanih za posttraumatsku psihopatologiju obavi u uslovima relativne ujednačenosti vrste traumatskih događaja kojima su muškarci i žene bili izloženi.

Glavni ciljevi studije su bili da se utvrdi postojanje polnih razlika u izloženosti ratnim stresorima kao i ranim traumatskim događajima (pre 18. godine života), te da se utvrdi postoje li razlike između muškaraca i žena u intenzitetu ukupne posttraumatske simptomatologije povezane sa ratom, kao i u pogledu dominacije pojedinih grupa simptoma koje su sastavni deo kliničke slike ovog poremećaja. Poseban cilj studije je bila provera identičnosti strukture osnovnih ispitivanih koncepata (PTSP-a, ratnih trauma, ranih trauma) kod oba pola, kao i utvrđivanje sličnosti i razlika između muškaraca i žena po pitanju relacija koje postoje između posttraumatskog stresnog poremećaja, ratnih traumatskih događaja i rane traumatizacije.

Nalazi istraživanja ukazuju na jasnu razliku između žena i muškaraca u stepenu izloženosti ratnim stresorima, gde su muškarci ti koji su iskusili znatno veći broj različitih ratnih traumatskih događaja i sa većom učestalošću. Iako su muškarci više od žena bili izloženi praktično svim kategorijama ratnih stresora, velike razlike su naročito prisutne u domenu događaja koji podrazumevaju aktivnije učešće u borbenim dejstvima, što su ujedno i potencijalno više ugrožavajući događaji.

Imajući u vidu veću izloženost muškaraca ratnim stresorima, ne čudi što su prvobitni nalazi studije vezani za polne razlike u izraženosti PTSP-a išli u prilog težoj simptomatologiji kod muškog pola. Ipak, nakon ujednačavanja grupa (polova) po stepenu izloženosti ratnim događajima, polne razlike u jačini PTSP-a se gube, odnosno, vidi se da one potiču od većeg broja trauma.

Kad je u pitanju izloženost ranim traumama i njena veza sa PTSP u odraslom dobu, doktorska studija pokazuje da su muškarci bili značajno više izloženi fizičkom kažnjavanju, a žene emocionalnom zlostavljanju u detinjstvu i ranoj mladosti, ali i da rane traume kod žena imaju veze sa pojačanom kasnijom ratnom traumatizacijom (sklonošću ka reviktimizaciji) i intenzitetom PTSP-a u odraslom dobu, dok kod muškaraca ta veza nije dobijena. Ovi nalazi jasno odslikavaju postojanje polnih razlika u relacijama između osnovnih ispitivanih fenomena / koncepata u ovoj studiji: PTSP-a, ratnih stresora i ranih trauma. Istovremeno, studija daje potvrdu postojanja iste strukture, odnosno prirode posttraumatskog stresnog poremećaja, ratnih i ranih trauma kod muškaraca i žena, te time daje doprinos opravdanosti primene istih instrumenata kod oba pola za procenu ovih fenomena.

Imajući u vidu da ovo istraživanje ukazuje na to da što je veća izloženost ratnim stresorima to je i jača PTSP simptomatologija, radom je sugerisana važnost koncipiranja preventivnih programa namenjenih pripremi za adekvatnije suočavanje sa ratnim stresorima i lakše prevazilaženje posledica njihovog uticaja.

S obzirom na dobijenu vezu ranih trauma kod žena sa kasnijom ponovnom traumatizacijom i razvojem, jačinom i trajanjem PTSP-a u odraslom dobu, preporučene su i određene mere u cilju adekvatnijeg terapijskog rada sa osobama ženskog pola koje imaju hronični PTSP i istoriju trauma u detinjstvu.

Zbog određenih ograničenja same doktorske studije, te kompleksnosti odnosa koji postoji između pola, s jedne, i traume odnosno posttraumatskog stresnog poremećaja, s druge strane, neophodna su dodatna istraživanja koja bi omogućila donošenje preciznijih i pouzdanijih zaključaka u ovoj oblasti.



## LITERATURA

- Abu-Saba, M. B. (1999). War-related trauma and stress characteristics of Am University of Beirut students. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 185-192.
- Afifi, T.o., Enns, M.W., Cox, B.J., Asmundson, G.J.G., Stein, M.B., & Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American Journal of Public Health*, 98, 946-952
- Ai, AL, Peterson, C, Ubelhor, D. (2002) War-related trauma and symptoms of posttraumatic stress disorder among adult Kosovar refugees. *Journal of Traumatic Stress*; 15: 157–60.
- Alfermann, D. (1996) Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten (*Gender roles and gender-specific behavior*). Stuttgart: Kohlhammer.
- Allody, F, Stiasny, S. (1990) Women as torture victims. *Can J Psychiat* 35: 144–8.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of menatal disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21-27.
- American Psychiatric Association APA (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Edition), Washington, DC: APA Press
- American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd ed. American Psychiatric Association. Washington, DC.
- American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed. revised. American Psychiatric Association. Washington, DC.
- American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association. Washington, DC.

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Arlington, VA: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, <http://www.terapiacognitiva.eu/dwl/dsm5/DSM-5.pdf>
- Arata, CM, Picou, JS, Johnson, GD, et al. (2000) Coping with technological disaster: an application of the conservation of resources model to the Exxon *Valdez* oil spill. *J Trauma Stress* 13:23–39.
- Arbanas, Goran (2013) Metabolički sindrom u osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem [Metabolic syndrome in subjects with posttraumatic stress disorder]. Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu. <http://medlib.mef.hr/1875>
- Armenian, HK, Morikawa, M, Melkonian, AK, et al. (2000) Loss as a determinant of PTSD in a cohort of adult survivors of the 1988 earthquake in Armenia: implications for policy. *Acta Psychiatr Scand* 102:58–64.
- Armour, C., et al. (2011) Gender differences in the factor structure of posttraumatic stress disorder symptoms in war-exposed adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, doi:10.1016/j.janxdis.2011.01.010
- Baer, R., & Huss, D. (2008). Mindfulness and acceptance-based therapy. In J. Lebow (Ed.), *Twenty-first century psychotherapies* (pp. 123–166). Hoboken, NJ. John Wiley.
- Basoglu, M, Livanou, M, Crnobaric, C, Franciskovic, T, Suljic, E, Duric, D, Vranesic, M (2005) Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia: association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *JAMA*. 294:580Y590.
- Basoglu, M, Paker, M., Paker, Q, Ozman, E., Marks, I., Incesu, C, Sahin, D., & Sarlmutur, N. (1994). Psychological effects of torture: A comparison of tortured with nontortured political activists in Turkey. *American Journal of Psychiatry*, 151,76-81.
- Bentley, S. (2005) A Short History of PTSD: From Thermopylae to Hue Soldiers Have Always Had A Disturbing Reaction To War. *Veteran*, [http://www.vva.org/archive/TheVeteran/2005\\_03/feature\\_HistoryPTSD.htm](http://www.vva.org/archive/TheVeteran/2005_03/feature_HistoryPTSD.htm)

- Besser, A, Neria, Y (2009) PTSD symptoms, satisfaction with life, and prejudicial attitudes toward the adversary among Israeli civilians exposed to ongoing missile attacks. *J Trauma Stress*. 22:268Y275.
- Bhui, K., Abdi, A., Abdi, M., Pereira, S., Dualeh, M., Robertson, D., Sathyamoorthy, G. and Ismail, H. (2003) Traumatic events, migration characteristics and psychiatric symptoms among Somali refugees--preliminary communication. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 38, 35-43.
- Bisson, J., Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3.
- Blake, D, (1994). Rationale and Development of Clinician-Administered PTSD Scales. *PTSD Research Quarterly*, Vol 5, No 2, The National Center for PTSD
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.
- Boscarino, JA. (2004) Posttraumatic stress disorder and physical illness: results from clinical and epidemiological studies. *Ann N Y Acad Sci*; 1032:141-153.
- Bremner, J.D., Bolus, R., Mayer, E.A. (2007), Psychometric Properties of the Early Trauma Inventory–Self Report. *Journal of Nervous and Mental Disease*; 195 (3): 211-218
- Bremner, J.D., Southwick, S.M., Darnell, A., Charney, D.S., (1996) Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse. *American Journal of Psychiatry* 153, 369–375.
- Bremner, J.D., Vermetten, E., Mazure CM (2000) Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: The Early Trauma Inventory. *Depress Anxiety*. 12:1-12
- Breslau, N, Davis, GC, Andreski, P, Peterson, EL, Schulz, LR. (1997) Sex differences in post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry* 54:1044–1048.
- Breslau, N, Kessler, RC, Chilcoat, HD, Schultz, LR, Davis, GC, Andreski, P. (1998) Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55:626–632.

- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P. (1995). Risk factors for PTSD-related traumatic events: a prospective study. *American Journal of Psychiatry* 152, 529-535.
- Breslau, N, Peterson, E, Kessler, R, Schultz, R. (1999a). Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 908-911.
- Breslau, N. (2002b) Gender differences in trauma and posttraumatic stress disorder. *Journal of Gender-Specific Medicine* 5:34–40
- Breslau, N, Davis, G.C., Andreski, P. & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222
- Breslau, N. & Davis, G.C. (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry*, 150, 235-239.
- Breslau, N. (2002a). Epidemiological studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 923-929.
- Breslau, N., Chilcoat, H.D., Kessler, R.C., Davis, G.C. (1999b) Previous Exposure to Trauma and PTSD Effects of Subsequent Trauma: Results From the Detroit Area Survey of Trauma, *The American Journal of Psychiatry*, Vol 156 Issue 6, 902-907, <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.156.6.902>
- Breslau, N, Chilcoat, HD, Kessler, RC, Peterson, EL, Lucia, VC. (1999c) Vulnerability to assaultive violence: Further specification of the sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine* 29:813–821.
- Breslau, N, Anthony, JC. (2007) Gender differences in the sensitivity to posttraumatic stress disorder: An epidemiological study of urban young adults. *Journal of Abnormal Psychology* 116:607–611.
- Brewin, CR, Andrews, B, Valentine, JD (2000) Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* 68(5):748-66.
- Brodsky, B.S., Oquendo, M., Ellis, S.P., Haas, G.L., Malone, K.M., & Mann, J.J. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1871-1877.

- Bromet, E, Sonnega, A, Kessler, RC (1998): Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *Am J Epidemiol* 147: 352-361
- Bronner, M. B., Peek, N., de Vries, M., Last, B. F., Grootenhuis, M. A. (2009). A community-based survey of posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress* 22, 74-78.
- Brown, GW, Harris, TO, Eales, MJ (1993a) Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population, 1: early adversity. *Psychol Med* 23: 143-154
- Brown, GW, Harris, TO, Eales, MJ (1993b) Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population, 2: comorbidity and adversity. *Psychol Med* 23: 155-165
- Bryer, JB, Nelson, BA, Miller, JB, Krol, PA. (1987) Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry* 144:1426–1430.
- Čabarkapa, M. (2008) Psihološke i socijalne posledice neizlečene ratne trauma. U: Špirić, Ž.( Urednik) *Ratna psihotrauma srpskih veterana*, Beograd: Udruženje boraca rata Republike Srbije od 1990.god., 297-308
- Caldera, T, Palma, L, Penayo, U, et al. (2001) Psychological impact of the hurricane Mitch in Nicaragua in a one-year perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36:108–114.
- Canino, G, Bravo, M, Rubio-Stipec, M, et al. (1990) The impact of disaster on mental health: prospective and retrospective analyses. *Int J Ment Health* 19:51–69.
- Cantos, A. L., Neidig, P. H., & O’Leary, K. D. (1994). Injuries of women and men in a treatment program for domestic violence. *Journal of Family Violence*, 9, 113–124.
- Cao, H, McFarlane, AC, Klimidis, S. (2003) Prevalence of psychiatric disorder following the 1988 Yun Nan (China) earthquake. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38:204–212.
- Carr, VJ, Lewin, TJ, Webster, RA, et al. (1995) Psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: I. Community disaster experiences and psychological morbidity 6 months post-disaster. *Psychol Med* 25:539–555.

- Carter-Snell, C, Hegadoren, K. (2003) Stress disorders and gender: implications for theory and research. *Canadian Journal of Nursing Research* 35: 34–55.
- Chang, C, Lee, L, Connor, KM, et al. (2003) Posttraumatic distress and coping strategies among rescue workers after an earthquake. *J Nerv Ment Dis* 191:391–398.
- Christiansen, D. M., Elklit, A. (2008). Risk factors predict post-traumatic stress disorder differently in men and woman. *Annals of General Psychiatry* 79, 1-12.
- Chung, H., & Breslau, N. (2008). The latent structure of post-traumatic stress disorder: Tests of invariance by gender and trauma type. *Psychological Medicine*, 38, 563-573. doi: 10.1017/S0033291707002589
- Chung, M.C., Dennis, I., Easthope, Y., Werrett, J., Farmer, S., (2005). A multiple-indicator multiple-cause model for posttraumatic stress reactions: personality, coping, and maladjustment. *Psychosomatic Medicine* 67, 251–259.
- Cicchetti, D., & Toth, S. (1995). A developmental perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34, 541-565.
- Clohessy, S., & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 251–265.
- Crowell, T., Kieffer, K., Siders, C., Vanderploeg, R. (2002), Neuropsychological Findings in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder, *The Clinical Neuropsychologist*, Vol.16, No.3, 310-321
- Danckwerts, A. & Leathem, J. (2003). Questioning the link between PTSD and cognitive dysfunction. *Neuropsychology Review*, 13(4), 221-236.
- Darves-Bornoz, J. M., Choquet, M., Ledoux, S., Gasquet, I., & Manfredi, R. (1998). Gender differences in symptoms of adolescents reporting sexual assault. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33, 111–117.
- Darves-Bornoz, J. M., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J. M., Kovess-Masfety, V., Lepine, J. P., Nachbaur, G., Negre-Pages, L., Vilagut, G., Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European Study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 455-462.

- Davidson, J. R. T., Fairbank, J. A. (1993). The epidemiology of post-traumatic stress disorder. In: *Post-traumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (eds., Davidson, J. R. T. & Foa, E. B.), pp. 147-169, American Psychiatric Press, Washington DC.
- Davidson, J, Smith, R., & Kudler, H, (1989), The validity and reliability of the DSM-III-R criteria for post-traumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 336-341
- de Jong, J. T. V. M., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., van de Put, W., Somasundaram, D. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA*, 286, 555-562.
- DePrince, A. P., & Freyd, J. J. (2002). The intersection of gender and betrayal in trauma. In R. Kimerling, P. C. Ouimette, & J. Wolfe (Eds.), *Gender and PTSD* (pp. 98–113). New York, NY: Guilford Press.
- Derogatis, LR. (1977) *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. Baltimore: Clinical Psychometrics Research.
- Desai, S, Arias, I, Thompson, MP, Basile, KC. (2002) Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of women and men. *Violence Vict.* 17:639–653.
- deVries, M.W. (1996). Trauma in cultural perspective. In: *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society* (eds., van der Kolk, B. A., McFarlane, C., Wesiaeth, L.), p.p. 398-413. Guilford, New York.
- DiGrande, L., Perrin, M. A., Thorpe, L. E., Thalji, L., Murphey, J., Wu, D., Farfel, M., Brackbill, R. M. (2008). Posttraumatic stress symptoms, PTSD, and risk factors among lower Manhattan residents 2-3 years after the September 11, 2001 terrorist attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 264-273.
- Dindia, K, Allen, M. (1992) Sex differences in self-disclosure: A metaanalysis. *Psychological Bulletin* 112:106–124
- Durkin, ME. (1993) Major depression and post-traumatic stress disorder following the Coalinga and Chile earthquakes: a cross-cultural comparison. *J Soc Behav Pers* 8:405–420.

- Eagly, AH. (1987) *Sex differences in social behavior: A social-role interpretation*. Hillsdale: L. Erlbaum.
- Edwards, VJ, Holden, GW, Felitti, VJ, Anda, RF. (2003) Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry* 160:1453–1460.
- Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 508–519.
- Engel, C. C., Jr., Engel, A. L., Campbell, S. J., McFall, M. E., Russo, J., & Katon, W. (1993). Posttraumatic stress disorder symptoms and precombat sexual and physical abuse in Desert Storm veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease, 181*, 683–688.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A. (2007). Preexisting Neuroticism, subjective stressor severity, and posttraumatic stress in soldiers deployed to Iraq. *The Canadian Journal of psychiatry, 52*, 505-509.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., Dek E. C. P., van der Wielen, J. W., Reijnen, M. J., van RooijGiele, B. (2011). Reducing vividness and emotional intensity of recurrent “flashforwards” by taxing working memory: an analogue study. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 599-603.
- Epstein, RS, Fullerton, CS, Ursano, RJ. (1998) Posttraumatic stress disorder following an air disaster: a prospective study. *Am J Psychiatry* 155:934–938.
- Eustace, K, MacDonald, C, Long, N. (1999) Cyclone Bola: a study of the psychological after-effects. *Anxiety Stress Coping* 12:285–298.
- Favaro, A., Maiorani, M., Colombo, G. and Santonastaso, P. (1999) Traumatic experiences, posttraumatic stress disorder, and dissociative symptoms in a group of refugees from former Yugoslavia, *The Journal Of Nervous and Mental Disease* 187 (5):306-308.
- Fazel, M., Wheeler, J., and Danesh, J. (2005) Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*.365:1309-14



- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse and Neglect, 14*, 19–28.
- Finkelhor, D. (1990a). Early and long-term effects of child sexual abuse: An update. *Professional Psychology, 21*, 325–330. doi:10.1037/0735-7028.21.5.325
- Finkelhor, D. (1994) The international epidemiologic of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect 19*:409–417.
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., and Williams, J.(1996). User`s Guide for the SCID-I, *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders, research version*. Biometrics Research Department New York, New York.
- Fischer, G. J. (1992). Gender differences in college student sexual abuse victims and their offenders. *Annals of Sex Research, 5*, 215–226.
- Foa, E. B., & Tolin, D. F. (2000). Comparison of the PTSD Symptom Scale-Interview Version and the Clinician-Administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 181-191.
- Follette, V., Polusny, M., Bechtle, A., & Naugle, A. (1996). Cumulative trauma. *Journal of Traumatic Stress 9*, 25-36.
- Ford, JD, Kidd, P. (1998) Early Childhood Trauma and Disorders of Extreme Stress as Predictors of Treatment Outcome with Chronic Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress, 11*(4), 743-761. <http://www.trauma-pages.com/a/ford98.php>
- Fornazzari, X, Freire, M. (1990) Women as victims of torture. *Acta Psychiat Scand 82*: 257–60.
- Foy, D. W., Resnik, H. S., Sippelle, R. C., Carroll, E. M. (1987). Premilitary, military and postmilitary factors in the development of combat-related disorders. *The Behaviour Therapist, 10*, 3-9.
- Frans, O., Rimmo, P. A.,&Aberg, L. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 111*, 291–299.
- Freyd, J. J. (1996). *Betrayal trauma: The logic behind forgetting childhood abuse*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Fritz, G. S., Stoll, K., & Wagner, N. N. (1981). A comparison of male participants and female participants who were sexually molested as children. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 7: 4–59.
- Gabbay, V., Oatis, M.D., Silva, R.R., & Hirsch, G. (2004). Epidemiological aspects of PTSD in children and adolescents. In Raul R. Silva (Ed.), *Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents: Handbook* (1-17). New York: Norton.
- Galea, S., Nandi, A., Vlahov, D. (2005). The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder after Disasters, *Epidemiologic Reviews* 27 (1):78-91. <http://epirev.oxfordjournals.org/content/27/1/78.full>
- Galea, S., Tracy, M., Norris, F., Coffey, S. F. (2008). Financial and social circumstances and the incidence and course of PTSD in Mississippi during the first two years after hurricane Katarina. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 357-368.
- Garrison, CZ, Weinrich, MW, Hardin, SB, et al. (1993) Post-traumatic stress disorder in adolescents after a hurricane. *Am J Epidemiol* 138:522–530.
- Gavranidou, M, Cehic, E, Powell, S, Pasic, E. (2000). *Differential effects of a non-specific school-program on returnee children*. Paper presented at the Symposium “Psychosocial Consequences of War” in Sarajevo, Bosnia-Herzegovina, July 7–8, 2000.
- Gavranidou, M. (2001) *Gender-specific adaptations to war trauma*. Paper presented at the 1st World Congress on Women’s Mental Health, Berlin, Germany, March 27–31, 2001.
- Gavranidou, M. and Rosner, R. (2003) The weaker sex? Gender and posttraumatic stress disorder. Published online in *Wiley InterScience* ([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)). doi: 10.1002/da.10103&2003 WILEY-LISS, INC.
- Gavrilovic, J., Lecic Tosevski, D., Knezevic, G., Priebe, S. (2002). Predictors of posttraumatic stress in civilians 1 year after air attacks: a study of Yugoslavian students. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 257-262.
- Gerritsen, AA, Bramsen, I, Deville, W, van Willigen, LH, Hovens, JE, van der Ploeg, HM (2006) Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 41:18-26.

- Gilbert, R., Widom, CS, Browne, K, Fergusson, D, Webb, E, Janson, S. (2009) Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 373:68–81.
- Gilbertson et al (2001), Multivariate Assessment of Explicit Memory Function in Combat Veterans with Posttraumatic Stress Disorder, *Journal of Traumatic Stress, Vol. 14, No. 2*
- Glynn, S.M., Drebing, C. & Penk, W. (2009) Psychosocial rehabilitation. In: E.B. Foa, T.M. Keane, M.J. Friedman, J.A. Cohen (Eds.). *Effective Treatments for PTSD, Second Edition: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp 388-427). The Guilford Press, NY.
- Goldberg, L. R., & Freyd, J. J. (2006). Self-reports of potentially disturbing experiences in an adult community sample: Gender differences in event frequencies, test-retest stabilities, and the hierarchical factor structure of the items in a Brief Betrayal Trauma Survey. *Journal of Trauma & Dissociation* 7, 39–63. doi:10.1300/J229v07n03\_04
- Green, BL, Grace, MC, Lindy, JD, Gleser, GC, Leonard, A (1990): Risk factors for PTSD and other diagnoses in general sample of Vietnam veterans. *Am J Psychiatry* 147:729-733
- Green, BL, Korol, M, Grace, MC, et al. (1991) Children and disaster: age, gender, and parental effects on PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30:945–951.
- Green, B. L., Kramer, T. L., Grace, M. C., Gleser, G. C., Leonard, A. C., Vary, M. G., et al. (1997). Traumatic events over the life span: Survivors of the Buffalo Creek disaster. In T. W. Miller (Ed.), *Clinical disorders and stressful life events* (pp. 283–305). Madison, CT: International Universities Press.
- Green, BL, Goodman, LA, Krupnick, JL, Corcoran, CB, Petty, RM, Stockton, P, Stern, NM (2000) Outcome of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *J Trauma Stress*. 13:271Y286.
- Green, BL, Krupnick, JL, Chung, J et al. (2006). Impact of PTSD comorbidity on one-year outcomes in a depression trial. *J Clin Psychol* 62: 815-835.

- Grieger, TA, Fullerton, CS, Ursano, RJ. (2003) Posttraumatic stress disorder, alcohol use, and perceived safety after the terrorist attack on the Pentagon. *Psychiatr Serv* 54:1380–1382.
- Hagstrom, R. (1995) The acute psychological impact on survivors following a train accident. *J Trauma Stress* 8:391–402.
- Haskell, S. G., Gordon, K. S., Mattocks, K., Duggal M., Erdos, J., Justice, A., Brandt, C. A. (2010). Gender differences in rates of depression, PTSD, pain, obesity, and military sexual trauma among Connecticut war veterans of Iraq and Afganistan. *Journal of Women's Health*, 19, 267-271.
- Havenaar, JM, Rummyantzeva, GM, van den Brink, W, et al. (1997) Long-term mental health effects of the Chernobyl disaster: an epidemiologic survey in two former Soviet regions. *Am J Psychiatry* 154:1605–1607.
- Heim, C, Shugart, M, Craighead, WE, Nemeroff, CB. (2010) Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Dev Psychobiol.* 52:671–690.
- Heim, C., Nemeroff, C.B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry* 49 (12): 1023-1039
- Heizer, J, E., Robins, L, N., & McEvoy, M, A, (1987), Post-traumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine* 317, 956-960
- Henigsberg, N., Folnegovic-Smalc, V. & Moro, L. (2001) Stressor characteristics and post-traumatic stress disorder symptom dimensions in war victims. *Croatian Medical Journal*; 42(5):543-50.
- Herman, JL, Perry, JC, van der Kolk, BA. (1989) Childhood trauma in borderline personality disorder. *Americal Journal of Psychiatry* 146:490–495.
- Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
- Hiley-Young, B, Blake, DD, Abueg, FR, Rozyнки, V, Gusman, FD (1995) Warzone violence in Vietnam: An examination of premilitary, military, and postmilitary factors in PTSD in-patients. *J Trauma Stress* 8:125–141.

- Holbrook, T. L., Hoyt, D. B., Stein, M. B., Sieber, W. J. (2002). Gender differences in long-term posttraumatic stress disorder outcomes after major trauma: women are at higher risk of adverse outcomes than men. *Journal of Trauma*, 53, 882-888.
- Hollifield, M., Warner, T.D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J.H., Kesler, J., et al. (2002) Measuring trauma and health status in refugees: a critical review. *JAMA*.288:611-21.
- Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W. (1979) Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine* 41(3):209-18.
- Hovens, J. E., Van Der Ploeg, H. M., Klaarenbeek, M. T. A., Bramsen, I., Schreuder, J. N., & Rivero, V. V. (1994). The Assessment of Posttraumatic Stress Disorder: with the Clinician Administered PTSD Scale: Dutch Results. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 325-340.
- Ilić, Z., Jović, V. & Lečić -Toševski, D. (1998) Posttraumatic stress in war prisoners. *Psihijatrija Danas* 30 (1):73-97.
- International Society for Traumatic Stress Studies, <http://www.istss.info/AM/Template.cfm?Section=ResourcesforClinicians&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=1514>
- Iribarren, J., Prolo, P., Neagos, N., Chiappelli, F. (2005) Post-Traumatic Stress Disorder: Evidence-Based Research for the Third Millennium, *Evid Based Complement Alternat Med*. 2(4): 503–512. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1297500/>
- Jakovljević, M, Crnčević, Ž, Ljubičić, Đ, Babić, D, Topić, R, Šarić, M. (2007) Mental disorders and metabolic syndrome: a fatamorgana or warning reality? *Psychiatr Danub* 19:76-86.
- Jakovljević, M, Šarić, M, Nađ, S, Topić, R, Vuksan-Ćusa, B. (2006) Metabolic syndrome, somatic and psychiatric comorbidity in war veterans with post-traumatic stress disorder: preliminary finding. *Psychiatr Danub*;18:169-176.
- Jaranson, J.M., Butcher, J., Halcon, L., Johnson, D.R., Robertson, C., Savik, K., Spring, M. & Westermeyer, J. (2004) Somali and Oromo refugees: correlates of torture and trauma history. *American Journal of Public Health*. 94, 591-598.

- Jeon, JR, Lee, EH, Lee, SW, Jeong E, Kim, JH, Lee D, Jeon HJ (2012), The Early Trauma Inventory Self Report-Short Form: Psychometric Properties of the Korean Version. *Psychiatry Investig.* 9(3): 229–235. Published online 2012 Sep 6. doi: [10.4306/pi.2012.9.3.229](https://doi.org/10.4306/pi.2012.9.3.229)
- Johansen, V. A., Wahl, A. K., Eilertsen, D. E., & Weisaeth, L. (2007). Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder (PTSD) in physically injured victims of non-domestic violence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 583–593.
- Jones, E, Fear, N and Wessely, S. (2007) "Shell Shock and Mild Traumatic Brain Injury: A Historical Review". *Am J Psychiatry* 164:1641–1645
- Jovic, V. and Opacic, G. (2004) Types of Torture. In: Spiric, Z., Knezevic, G., Jovic, V. and Opacic, G., (Eds.) *Torture in war: Consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience*, pp. 153-169. Belgrade: International Aid Network.
- Jovic, V., Opacic, G., Knezevic, G., Tenjovic, L. & Lecic-Tosevski, D. (2002) War Stressor Assessment Questionnaire - Psychometric Evaluation. *Psihijatrija Danas* 34, 51-75.
- Jović, V., Opačić, G., Špeh-Vujadinović, S. Vidaković, I. & Knežević, G. (2005) Izbeglice i mentalno zdravlje – implikacije za proces repatrijacije i integracije, u G., Opačić, I., Vidaković, B., Vujadinović (Ed.) *Život u posleratnim zajednicama*, Beograd: IAN, p.147-179
- Jović, V., (2008). Posttraumatski poremećaj u socijalnom i političkom kontekstu devedesetih. U: Špirić (ured.) *Ratna psihotrauma srpskih veterana*: 369-386, Beograd: Udruženje boraca rata od 1990 opštine Zvezdara
- Kaiser, CF, Sattler, DN, Bellack, DR, et al. (1996) A conservation of resources approach to a natural disaster: sense of coherence and psychological distress. *J Soc Behav Pers* 11:459–476.
- Kajantie, E, Phillips, DI. (2006) The effects of sex and hormonal status on the physiological response to acute psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology* 31:151–178.
- Kaplow, JB, Dodge, KA, Amaya-Jackson, L, Saxe, GN. (2005) Pathways to PTSD, part II: Sexually abused children. *American Journal of Psychiatry* 162:1305–1310.

- Keane, T., Caddell, J. & Taylor, K. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 85-90.
- Keane, T., Malloy, P. & Fairbank, J. (1984). Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 888-891
- Keen, S., Kutter, C., Niles, B., Krinsley, K. (2008). Psychometric properties of PTSD Checklist in sample of male veterans. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, Volume 45, Number 3, 465-474
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G., & Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey: I. Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders, 29*, 85–96.
- Kessler, RC, Sonnega, A, Brommet, E, Nelson, CB. (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*:1048–1060.
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J., & Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of *DSM-III-R* alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 54*, 313–321.
- Kessler, R., et al (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Sample. *Archives of General Psychiatry, 69*, 372-380.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Delmer, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6): 593-602.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005b). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6): 617-627.

- Kidd, P. T., Ford, J. D., & Nasby, W. (1996). Early childhood trauma in veterans with chronic military-related posttraumatic stress disorder. Paper presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Francisco, CA, November 10.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L., & Schnurr, P. P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 19–30.
- Kimerling, R., Ouimette, P., & Wolfe, J. (2002). *Gender and PTSD*. NY: The Guilford Press.
- Kimerling, R., Rasmusson, A. (2009) *Overview of Gender and PTSD Diagnostic Criteria*. Paper presented at The International Society of Traumatic Stress Studies 25th Annual Meeting, Atlanta, USA
- King, D.W., King, L.A., Foy, D.W. and Gudanowski, D.M. (1996) Pre-war factors in combat-related posttraumatic stress disorder: structural equation modeling with a national sample of female and male Vietnam veterans. *J Consult Clin Psychol* 64 (3):520-531
- King, D.W., King, L.A., Gudanowski, D.M., Vreven, D.L. (1995) Alternative Representations of War Zone Stressors: Relationships to Posttraumatic Stress Disorder in Male and Female Vietnam Veterans. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 104, No. 1, 184-196
- King, D.W., King, L.A., Foy, D.W., Keane, T.M., Fairbank, J.A. (1999) Posttraumatic Stress Disorder in a National Sample of Female and Male Vietnam Veterans: Risk Factors, War-Zone Stressors, and Resilience-Recovery Variables. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 108, No. 1, 164-170
- Kinzie, J. D., Frederickson, R.H., Ben, R. (1984). Post-traumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. *American Journal of Psychiatry*, 141, 645-650.
- Klajn, H. (1995). *Ratna neuroza Jugoslovena*. Tersit, Beograd.



- Klaric, M, Klaric, B, Stevanovic, A, Grkovic, J, Jonovska, S (2007) Psychological consequences of war trauma and postwar social stressors in women in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J.* 48:167Y176.
- Knox, K.L., Conwell, Y., & Caine, E.D. (2004). If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it? *American Journal of Public Health*, 94, 37-45.
- Koenen, K.C. & Widom, C.S. (2009). A Prospective Study of Sex Differences in the Lifetime Risk of Posttraumatic Stress Disorder Among Abused and Neglected Children Grown Up. *J Trauma Stress* 22(6): 566–574.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3108182/>
- Koenen, KC, Stellman, JM, Stellman, SD, Sommer, JF Jr (2003) Risk factors for course of posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans: a 14-year follow-up of American Legionnaires. *J Consult Clin Psychol.* 71(6):980-6.
- Kolltveit, S., Lange-Nielsen, II., Thabet A. A., Dyregrov, A., Palsen, S., Johnsen, T. B., Laberg, J. C. (2012). Risk factors for PTSD, anxiety, and depression among adolescents in gaza. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 164-170.
- Koso, M., Hansen, S. (2006) Executive function and memory in posttraumatic stress disorder: a study of Bosnian war veterans. *European Psychiatry*, Volume 21, Issue 3, 167-173
- Kozaric-Kovacic, D., Folnegovic -Smalc, V.& Marusic, A. (1998) Acute posttraumatic stress disorder in prisoners of war released from detention camps. *Drustvena Istrazivanja* 7, 485-497.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self healing: Affect, trauma and alexithymia*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., & Weiss, D. S. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
- Kuo, JR, Goldin, PR, Werner, K, Heimberg, RG, Gross, JJ. (2011) Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* 25:467–473.

- Laporte, L, Guttman, H. (1996) Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 10:247–259.
- Lecic-Tosevski, D., Pejuskovic, B., Miladinovic, T., Toskovic, O., Priebe, S. (2013). PTSD in Serbian community – seven years after trauma exposure. *Journal of Nervous and Mental Disease* 201 (12): 1040-1044.
- Lečić-Toševski, D. (2002). Reakcija na težak stress-posttraumatski stress i akutna stresna reakcija. U: *Urgentna medicina* (ur., Vučović, D.), str. 505-511. Obeležja,
- Levine, P. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Lifton, R. (1973). *Home from the war: Vietnam veterans: Neither victims nor executioners*. New York: Simon & Schuster.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and Management of Acute Grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141–148.
- Litz, B.T., Schlenger, W.E., Weathers, F.W., Cadell, J.M., Fairbank, J.A., LaVange, L.M., (1997) Predictors of emotional numbing in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 10, 607–618.
- Litz, B. T., Orsillo, S. M., Friedman, M., Ehlich, P., & Batres, A. (1997a). Posttraumatic stress disorder associated with peacekeeping duty in Somalia for U.S. military personnel. *American Journal of Psychiatry*, 154, 178–184.
- Livingston, R., Lawson, L., & Jones, J. G. (1993). Predictors of self-reported sychopathology in children abused repeatedly by a parent. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 32, 948–953.
- Loncar, M, Medved, V, Jovanovic, N, Hotujac, L. (2006) Psychological consequences of rape on women in 1991–1995 war in Croatia and Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J* 47: 67–75.
- Lorber, J. (1999) Gender-Paradoxien [*Gender paradoxes*]. Opladen: Leske & Budrich.
- Lubin, H., Loris M., Burt J., Johnson, D. R. (1998). Efficacy of Psychoeducational Group Therapy in reducing symptoms of posttraumatic stress disorder among multiply traumatized women. *American Journal Psychiatry*, 155, 1172-7.
- Lunde, I, Ortmann, J. (1990) Prevalence and sequelae of sexual torture. *Lancet* 336:289–91.

- Madakasira, S, O'Brien, KF. (1987) Acute posttraumatic stress disorder in victims of a natural disaster. *J Nerv Ment Dis* 175:286–290.
- Maes, M., Mylle, J., Delmeire, L., Janca, A. (2001). Pre- and post-disaster negative life events in relation to the incidence and severity of post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 105, 1-12.
- Marmar, CR. (2009) Mental health impact of Afghanistan and Iraq deployment: meeting the challenge of a new generation of veterans. *Depress Anxiety*, 26:493-497.
- Marshall, R. D., Lewis-Fernandez, R., Blanco, C, Simpson, H. B., Lin, S. H., Vermes, D., Garcia, W., Schneier, F., Neria, Y., Sanchez-Lacay, A., Liebowitz, M. R. (2007). A controlled trial of paroxetine for chronic PTSD, dissociation, and interpersonal problems in mostly minority adults. *Depression and Anxiety Journal*, 24, 77–84.
- Marshall, GN, Schell, TL, Elliot, MN, Berthold, SM, Chun, CA (2005) Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *JAMA*. 294:571-579.
- Marshall, G.N., Schell, T. L. (2002) *Journal of Abnormal Psychology* 111: 626-636.
- May-Chahal, C, Cawson, P. (2005) Measuring child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* 29:969–984.
- McFarlane, AC. (1988) The longitudinal course of posttraumatic morbidity. *J Nerv Ment Dis* 176:30–39.
- McLeer, SV., Deblinger, E., Henry, D., Orvaschel, H. (1992) Sexually Abused Children at High Risk for Post-traumatic Stress Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 31 (5): 875-879
- McNally, R.J., (2003). Psychological mechanisms in acute response to trauma. *Biological Psychiatry* 53, 779–788.
- McVlellan, D.S., Farabee, D., Crouch, B.M. (1997) Early Victimization, Drug Use, and Criminality. A Comparison of Male and Female Prisoners. *Criminal Justice and Behavior*, vol. 24 no. 4, 455-476. doi: 10.1177/0093854897024004004
- Merikangas, K. et al. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in the U.S. Adolescent Comorbidity Survey Replication-Adolescent Sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 980-988.

- Miller, K.E., Weine, S.M., Ramic, A., Brkic, N., Bjedic, Z.D., Smajkic, A., Boskailo, E. and Worthington, G. (2002) The relative contribution of war experiences and exile - related stressors to levels of psychological distress among Bosnian refugees. *Journal of Traumatic Stress*. 15, 377-387.
- Milliken, CS, Auchterlonie, JL, Hoge, CW. (2007). Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve components soldiers returning from the Iraq war. *J Am Med Assoc* 298:2141-2148.
- Miljanović, B., Svičević, R., Bjelica, N. i Milić, D. Posttraumatski stresni poremećaj kod boraca hercegovačkog korpusa. U: Zbornik sažetaka, II Kongres ratne medicine sa međunarodnim učešćem, Banja Luka, 24-27.april 1996, pp.183
- Mollica, R.F., McInnes, K., Pham, T., Smith Fawzi, M.C., Murphy, E. and Lin, L. (1998a) The dose-effect relationships between torture and psychiatric symptoms in Vietnamese ex-political detainees and a comparison group. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 186, 543-553.
- Mollica, R.F., McInnes, K., Poole, C. and Tor, S. (1998b) Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *The British Journal of Psychiatry; the Journal of Mental Science*. 173, 482-488.
- Mollica, R. F., Wyshak, G., Lavelle, J. (1987). The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1567-1572.
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Fox, L., Salyers, M. P., Ford, J. D., & Carty, P. (2001). Psychometric evaluation of trauma and posttraumatic stress disorder assessments in persons with severe mental illness. *Psychological Assessment*, 13, 110-117.
- Nash, C., & West, D. J. (1985). Sexual molestation of young girls: A retrospective survey. In D. J. West (Ed.), *Sexual victimization* (pp. 1–92). Brookfield, VT: Gower.
- National Center for PTSD, United States Department for Veterans Affairs, <http://www.ptsd.va.gov/>

- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2005). *Post-traumatic stress disorder; the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Gaskell and the British Psychological Society.
- Neria, Y, Nandi, A, Galea, S (2008) Posttraumatic stress disorder following disasters: A systematic review. *Psychol Med*. 38:467-480.
- Neria, Y., Bromet, E. J., & Sievers, S. (2002). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: Findings from a first admission cohort. *Journal of Counseling and Clinical Psychology* 70, 246–251.
- Newman, E., Orsillo, S.M., Herman, D.S., Niles, B.L. and Litz, B.T. (1995) Clinical presentation of disorders of extreme stress in combat veterans. *The Journal of nervous and mental disease*. 183, 628-632.
- Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., Perilla, J. L. (2004). Postdisaster PTSD over four waves of a panel study of Mexico's 1999 flood. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 283-292.
- Norris, F.H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418
- North, CS, Nixon, SJ, Shariat, S, et al. (1999) Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA* 282:755–762.
- Ogata, SN, Silk, KR, Goodrich, S, Lohr, NE, Westen, D, Hill, EM. (1990) Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 147:1008–1013.
- Olf, M, Langeland, W, Draijer, N, Gersons, BP. (2007) Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychol Bull* 133: 183–204.
- Ornstein, P. A., Ceci, S. J., & Loftus, E. F. (1998). Adult recollections of childhood abuse: Cognitive and developmental perspectives. *Psychology, Public Policy, and Law*, 14, 1025–1051.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., Weiss, D.S., (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin* 129, 52–73.

- Palinkas, LA, Petterson, JS, Russell, J, et al. (1993) Community patterns of psychiatric disorders after the Exxon Valdez oil spill. *Am J Psychiatry* 150:1517–1523.
- Paolucci, EO, Genuis, ML, Violato, C. A (2001) Meta-Analysis of the Published Research on the Effects of Child Sexual Abuse. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied* 135 (1): 17-36
- Perkonigg, A, Wittchen, H.U. (1999). Prevalence and comorbidity of traumatic events and posttraumatic stress disorder in adolescents and young adults. In: Maercker A, Schützwohl M, Solomon Z, editors. *Post-Traumatic Stress Disorder. A lifespan developmental perspective*. Seattle: Hogrefe & Huber. p 113–133.
- Perkonigg, A., Kessler, R. C., Storz, S, Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46-59.
- Pimlott-Kubiak, S, Cortina, LM. (2003) Gender, victimization, and outcomes: Reconceptualizing risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71:528–539.
- Priebe, S., Bogic, M., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Gleazzi, G. M., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Morina, N., Popovski, M., Wang, D., Schützwohl, M. (2010). Mental disorders following war in the Balkans. *Archives of General Psychiatry*, 67: 518-528.
- Pulcino, T, Galea, S, Ahern, J, et al. (2003) Posttraumatic stress in women after the September 11 terrorist attacks in New York City. *J Womens Health* 12:809–820.
- Punamaki, R. L., Komproe, I. H., Qouta, S., Elmasri, M., de Jong, J. T. (2005). The role of peritraumatic dissociation and gender in the association between trauma and mental health in a Palestinian community sample. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 545-551.
- Pynoos, RS, Steinberg, AM, Goenjian, A. (2000) Traumatic stresses in childhood and adolescence. In: van der Kolk BA, MacFarlane AC, Wisath L, editors. *Traumatic stress*. Paderborn: Junfermann. p 265–288
- Ramchand, R., Acosta, J., Burns, R.M., Jaycox, L.H., Pernin, C.G. (2011) *The War Within: Preventing Suicide in the US Military*. Center for Military Health Policy Research. Santa Monica, CA: Rand Corporation. p 33

- Rasmusson, AM, Friedman, MJ. (2002) The neurobiology of PTSD in women. In: Kimerling R, Ouimette PC, Wolfe J, editors. *Gender and PTSD*. New York: Guilford Press, pp. 43–75.
- Ravindran, L. N., Stein, M. B. (2009). Pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder. In: *Post traumatic stress disorder. Diagnosis, management and treatment* (eds., Nutt, D. J., Stein, M. B, Zohar, J.), p.p. 111-126, Informa Healthcare, London.
- Rende, R. D., & Plomin, R. (1992). Relations between first grade stress, temperament, and behavior problems. *Journal of Applied Developmental Psychology, 13*, 435–446.
- Resnick, HS, Kilpatrick, DG, Dansky, BS, Saunders, BE, Best, CL. (1993) Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychology* 61: 984–91.
- Ressler, K. J., Rothbaum, B. O. (2009). Psychosocial treatments of posttraumatic stress disorder. In: *Post traumatic stress disorder. Diagnosis, management and treatment* (eds., Nutt, D. J., Stein, M. B, Zohar, J.), p.p. 99-115, Informa Healthcare, London.
- Ringel, S., & Brandell, J. (Eds.) (2012). *Trauma: Contemporary directions in theory, practice, and research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. [https://us.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/40688\\_1.pdf](https://us.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/40688_1.pdf)
- Risin, L. I., & Koss, M. P. (1987). The sexual abuse of boys: Prevalence and descriptive characteristics of childhood victimizations. *Journal of Interpersonal Violence* 2, 309–323.
- Roemer, L., Litz, B. T., Orsillo, S. M., Ehlich, P. J., & Friedman, M. J. (1998). Increases in retrospective accounts of war-zone exposure over time: The role of PTSD symptom severity. *Journal of Traumatic Stress* 11, 597–605.
- Rona, R. J., Fear, N. T., Hull, L., Wessely, S. (2007). Women in novel occupational roles: Mental health trends in UK armed Forces. *International Journal of Epidemiology*, 36, 319-326.
- Rosner, R, Powell, S, Butollo, W. (2003) Posttraumatic stress disorder three years after the siege of Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59:41–56.

- Ruch, L. O., Amedeo, S. R., Leon, J. J., & Gartrell, J. W. (1991). Repeated sexual victimization and trauma change during the acute phase of the sexual assault trauma syndrome. *Women and Health*, 17, 1-1
- Ryb, G.E., Soderstrom, C.A., Kufera, J.A., & Dischinger, P. (2006). Longitudinal study of suicide after traumatic injury. *Journal of Trauma: Injury, Infection and Critical Care*, 61, 799-804.
- Samardžić, R. (2008) Ratni stresori i ličnost. U: Špirić, Ž.( Urednik) *Ratna psihotrauma srpskih veterana*, Beograd: Udruženje boraca rata Republike Srbije od 1990.god., 115-131
- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., Stein, M. B., Stein, M. B., Belik, S. L., Meadows, G., Asmundson, G. J. G. (2007). Combat and peacekeeping operations in relation to prevalence of mental disorders and perceived need for mental health care: findings from a large representative sample of military personnel. *Archives of General Psychiatry*, 64, 843-852.
- Sareen, J., Cox, B. J., Clara, I., Asmundson, G. J. G. (2005). The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the U.S. national comorbidity survey. *Depression and Anxiety*, 21, 193-202.
- Savic, D., Knezevic, G., Damjanovic, S., Spiric, Z., Matic, G. (2012). "The role of personality and traumatic events in cortisol levels — Where does PTSD fit in?" *Psychoneuroendocrinology*, 37, 937—947.
- Schäfers, B. (1998) Sozialstruktur und sozialer Wandel in Deutschland [*Social structure and social change in Germany*]. Stuttgart: Enke.
- Schell, T.L., Marshall, G.N., Jaycox, L.H., (2004) All symptoms are not created equal: the prominent role of hyperarousal in the natural course of posttraumatic psychological distress. *Journal of Abnormal Psychology* 113, 189–197.
- Schlenger, WE, Caddell, JM, Ebert, L, et al. (2002) Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the national study of Americans' reactions to September 11. *JAMA* 288:581–588.
- Schultz, L. G., & Jones, P. (1983). Sexual abuse of children: Issues for social service and health professionals. *Child Welfare*, 62, 99–108.



- Schuster, MA, Stein, BD, Jaycox, LH, et al. (2001) A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *N Engl J Med* 345:1507–1512.
- Scott, K. D., & Aneshensel, C. S. (1997). An examination of the reliability of sexual assault reports. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 361– 374.
- Seal, K. H., Bertenthal, D., Miner, C. R., Saunak, S., Marmar, C. (2007). Bringing the war back home, mental health disorders among 103,788 U. S. veterans returning from Iraq and Afghanistan seen at department of veterans affairs facilities. *Archives of Internal Medicine*, 167, 470-482.
- Shalev, A, Orr, S, Pitman, R. (1993) Psychophysiological assessment of traumatic imagery in Israeli civilian patients with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 150:620–624.
- Shannon, MP, Lonigan, CJ, Finch, AJ, et al. (1994) Children exposed to disaster: I. Epidemiology of post-traumatic symptoms and symptom profiles. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:80–93.
- Sims, A, Sims, D. (1998) The phenomenology of post-traumatic stress disorder. *Psychopathology* 31:96–112.
- Singer, M. I., Anglin, T. M., Song, L. Y., & Lunghofer, L. (1995). Adolescents' exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. *JAMA*, 273, 477–482.
- Sledjeski, EM, Speisman, B, Dierker, LC (2008) Does number of lifetime traumas explain the relationship between PTSD and chronic medical conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R). *J Behav Med.* 31:341-349.
- Speed, N., Engdahl, B., Schwartz, J., Eberly, R. (1989). Post-traumatic stress disorder as a consequence of POW experience. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 147-153.
- Stam, R. (2007). PTSD and stress sensitisation: A tale of brain and body, Part 1: Human studies, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 31, 530–557
- Stein, MB, Walker, JR, Forde, DR. (2000) Gender differences in susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 38:619–628.
- Stein, D. J., Ipser, J., Seedat, S. (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane database System*. Review, Issue 1.

- Sutker, P. B., Uddo, M., Brailey, K., Vasterling, J. J., & Errera, P. (1994). Psychopathology in war-zone deployed and nondeployed Operation Desert Storm troops assigned graves registration duties. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 383-390
- Sutker, P. B., Allain, A. N., Winstead, D. K. (1993). Psychopathology and psychiatric diagnosis of World War II pacific theater prisoner of war survivors and combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 150, 240-245.
- Špirić, Ž. (2000) Karakteristike neuroendokrinog statusa kod osoba sa hroničnim posttraumatskim stresnim poremećajem (magistarski rad). Beograd: Vojnomedicinska akademija
- Špirić, Z. and Knežević, G. (2004) The Socio-demographic and Psychiatric Profiles of Clients in the Centre for Rehabilitation of Torture Victims – In: Špirić, Z., Knežević, G., Jović, V. and Opačić, G., (Eds.) *Torture in war: Consequences and rehabilitation of victims - Yugoslav experience*, pp. 121-152. Belgrade: International Aid Network.
- Špirić, Ž. (2008). Posleratna adaptacija ratnih veterana: Zdravstveno i socijalno stanje i faktori rizika za nastanak posttraumatskog stresnog poremećaja. U: Špirić, Ž.( Urednik) *Ratna psihotrauma srpskih veterana*, Beograd: Udruženje boraca rata Republike Srbije od 1990.god., 323-367
- Špirić, Ž., Opačić, G., Jović, V., Samardžić, R., Knežević, G., Mandić-Gajić, G., Todorović, M. (2010) Polne razlike kod žrtava ratne torture s obzirom na vrste mučenja i psihološke posledice. *Vojnosanitetski pregled* 67 (5): 411-418
- Teicher, MH. (2002) Scars that won't heal: The neurobiology of child abuse. *Scientific American* 286:68–75.
- Teicher, MH, Dumont, NL, Ito, Y, Vaituzis, C, Giedd, JN, Andersen, SL. (2004) Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biological Psychiatry* 56:80–85.
- Teicher, MH, Tomoda, A, Andersen, SL. (2006) Neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment: Are results from human and animal studies comparable? *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071:313–323.

- Tenjović, L., Vidaković, I., Vujadinović, B., Knežević, G., Opačić, G., Živanović, B., Dordević, B. (2004) *Interno raseljena lica iz prizrenske oblasti Kosova I Metohije: iščekujući povratak*, Beograd: International Aid Network
- Ticehurst, S, Webster, RA, Carr, VJ, et al. (1996) The psychosocial impact of an earthquake on the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 11:943–951.
- Thompson, M.P., Kingree, J.B. and Desai, S. (2004). Gender Differences in Long-Term Health Consequences of Physical Abuse of Children: Data From a Nationally Representative Survey. *American Journal of Public Health*, Vol. 94, No. 4, 599-604. doi: 10.2105/AJPH.94.4.599
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2002). Gender and PTSD: A cognitive model. In R. Kimerling, P. Ouimette, & J. Wolfe (Eds.), *Gender and PTSD* (pp. 76–97). New York: Guilford Press.
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132, 959–992.
- Turner, R., & Lloyd, D. (1995). Lifetime traumas and mental health. *Journal of Health and Social Behavior* 36, 360-376.
- US Department of Health & Human Services (2008) Childhood Maltreatment. <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm08/cm08.pdf>.
- Valentiner, D. P., Foa, E., Riggs, D. S., & Gershuny, B. S. (1996). Coping strategies and posttraumatic stress disorder in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 455–458.
- van der Kolk, BA (1987). *Psychological Trauma*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- van der Kolk, B. A., Dreyfuss, D., Michaels, M., Shera, D., Berkowitz, R., Fisler, R., Saxe, G. (1994). Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 517–522.
- van der Kolk, BA, Pelcovitz, D, Roth, S, Mandel, F, McFarlane, A, Herman, J. (1996) Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry* 153:83–92.

- van der Kolk, B. A., Weisaeth, L., & van der Hart, O. (1996). History of trauma in psychiatry. In B. A. van der Kolk, A. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 47–76). New York: Guilford.
- Van Ommeren, M., de Jong, J.T., Sharma, B., Komproe, I., Thapa, S.B. and Cardena, E. (2001) Psychiatric disorders among tortured Bhutanese refugees in Nepal. *Archives of general psychiatry*. 58, 475-482.
- Vingerhoets, A. J., & Van Heck, G. L. (1990). Gender, coping and psychosomatic symptoms. *Psychological Medicine*, 20, 125–135.
- Voges, M. A., Romney, D. M. (2003). Risk and resiliency factors in posttraumatic stress disorder. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2, 4-12.
- Vrana, S., & Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 289–302.
- Watson, C, G., Juba, M, P., Manifold, V., Kucala, T., & Anderson, P, E, D, (1991), The PTSD Interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 179-188
- Weathers, F. W., Keane, T. M., & Davidson, J. (2001). Clinician-administered PTSD scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety*, 13, 132-156.
- Weathers, F., Litz, B. (1994), Psychometric Properties of the Clinician-Administered PTSD Scale, CAPS-1, *PTSD Research Quarterly*, Vol. 5, No 2
- Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). *The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)*. Interview available from the National Center for PTSD at [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov)
- Weems, C.F., Saltzman, K.M., Reiss, A.L., Carrion, V.G., (2003). A prospective test of the association between hyperarousal and emotional numbing in youth with a history of traumatic stress. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 32, 166–171.
- Wessely, S., Unwin, C., Hotopf, M., Hull, L., Ismail, K., Nicolaou, V., et al. (2003). Stability of recall of military hazards over time. Evidence from the Persian Gulf War of 1991. *British Journal of Psychiatry* 183, 314–322.

- Widom, CS, Czaja, SJ, Dutton, MA. (2008) Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse Negl.* 32:785–796.
- Widom, CS. (1999) Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry* 156:1223–1229.
- Wolfe, J., Erickson, D. J., Sharkansky, E. J., King, D. W., & King, L. A. (1999). Course and predictors of posttraumatic stress disorder among Gulf War veterans: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 520–528.
- Wolfe, J., Kimerling, R. (1997) Gender issues in the Assessment of Posttraumatic Stress Disorder, In: Wilson, J.P. and Keane, T.M. (eds) *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp. 192-238), The Guilford Press, New York
- World Health Organisation. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO.
- Yaeger, D., Himmelfarb, N., Cammack, A., Mintz, J., (2006). DSM-IV diagnosed posttraumatic stress disorder in women veterans with and without military sexual trauma. *Journal of General Internal Medicine* 21 (Suppl. 3), S65–S69.
- Yasan, A., Saka, G., Ozkan, M., Ertem, M. Trauma Type, Gender, and Risk of PTSD in a Region Within an Area of Conflict (2009) *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 22, No. 6: 663–666
- Yehuda, R. (2002) Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine* 346:108–114.
- Yehuda, R. (1999). Biological factors associated with susceptibility to PTSD. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 34-39.
- Yehuda, R., McFarlane, A.C., Shalev, A.Y., (1998). Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biological Psychiatry* 44, 1305–1313.
- Yonkers, KA, Gurguis, G. (1995) Gender differences in the prevalence and expression of Anxiety Disorders. In: Seeman MV (editor). *Gender and psychopathology*. Washington: American Psychiatric Association. p 113–130.
- Zaidi, L.Y., Foy, D.W. (1994). Childhood abuse experiences and combat-related PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 33-42

Zlotnick, C., Zimmerman, M., Wolfsdorf, B. A., Mattia, J. I. (2001). Gender Differences in patients with posttraumatic stress disorder in a general psychiatric practice. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1923-1925.

# PRILOZI

## Prilog 1

### CAPS-DX SABIRNI LIST

Ime: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Istraživač: \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Traumatski događaj (opis):

<i>B. Simptomi ponovnog proživljavanja</i>	<i>TRENUTNI</i>			<i>U TOKU ŽIVOTA</i>		
	<i>Učst.</i>	<i>Int.</i>	<i>U + I</i>	<i>Učst.</i>	<i>Int.</i>	<i>U + I</i>
(1) uznemirujuća prisećanja						
(2) uznemirujući snovi						
(3) ponašanje ili osećaj ponavljanja traum. događaja						
(4) psihička nelagodnost pri izloženosti podsećanju						
(5) fiziološka reakcija pri izloženosti podsećanju						
<i>B subtotal</i>						
<i>Broj simptoma kriterijuma B (potreban 1)</i>						

<i>C. Izbegavanje i simptomi obamrlosti</i>	<i>TRENUTNI</i>			<i>U TOKU ŽIVOTA</i>		
	<i>Učst.</i>	<i>Int.</i>	<i>U + I</i>	<i>Učst.</i>	<i>Int.</i>	<i>U + I</i>
(6) izbegavanje misli, osećanja ili razgovora						
(7) izbegavanje aktivnosti, lokacija ili ljudi						
(8) nesposobnost prisećanja važnih aspekata traume						
(9) smanjeno zanimanje i učešće u aktivnostima						
(10) odvojenost i otuđenje						
(11) ograničen opseg afekta						
(12) osećaj skraćene budućnosti						
<i>C subtotal</i>						
<i>Broj simptoma kriterijuma C (potrebna 3)</i>						

<i>D. Simptomi povećane pobuđenosti</i>	<i>TRENUTNI</i>			<i>U TOKU ŽIVOTA</i>		
	<i>Učst.</i>	<i>Int.</i>	<i>U + I</i>	<i>Učst.</i>	<i>Int.</i>	<i>U + I</i>
(13) teškoće uspavlivanja i spavanja						
(14) razdražljivost i izlivi ljutnje						
(15) teškoće pri koncentrisanju						
(16) podozrivost						
(17) prenaplašena reakcija trzanja						
<i>D subtotal</i>						
<i>Broj simptoma kriterijuma D (potrebna 2)</i>						

<i>E. Trajanje smetnji</i>	<i>TRENUTNO</i>	<i>U TOKU ŽIVOTA</i>
(19) trajanje smetnji najmanje jedan mesec	<i>NE DA</i>	<i>NE DA</i>

<i>F. Značajne smetnje i oštećenje funkcionalnosti</i>	<i>TRENUTNO</i>	<i>U TOKU ŽIVOTA</i>
(20) subjektivne smetnje ukoliko DA opisati		
(21) oštećenje u socijalnom funkcionisanju ukoliko DA opisati		
(22) oštećenje u profesionalnom funkcionisanju ukoliko DA opisati		
Najmanje jedan odgovor $\geq 2$ ?	<i>NE DA</i>	<i>NE DA</i>

<i>Dijagnoza PTSP</i>	<i>TRENUTNO</i>	<i>U TOKU ŽIVOTA</i>
<i>PTSP PRISUTAN – ISPUNJENI SVI KRITERIJUMI (A-F)?</i>	<i>NE DA</i>	<i>NE DA</i>
<b>Odrediti:</b> (18) sa odloženim početkom ( $\geq$ od 6 meseci kasnije)	<i>NE DA</i>	<i>NE DA</i>
Upisati mesec i godinu kada su počeli simptomi _____		
(19) akutni ( $<$ od 3 meseca) ili hronični ( $\geq$ od 3meseca)	<i>akutni hron</i>	<i>akutni hron</i>

<i>Ukupna ocena</i>	<i>TRENUTNO</i>	<i>U TOKU ŽIVOTA</i>
(23) ukupna validnost		
(24) ukupna težina stanja		
(25) ukupno poboljšanje stanja		



Povezane odlike	<i>TRENUTNI</i>			<i>U TOKU ŽIVOTA</i>		
	<i>Učst.</i>	<i>Int.</i>	<i>U + I</i>	<i>Učst.</i>	<i>Int.</i>	<i>U + I</i>
26 krivica zbog učinjenog ili propuštenog						
27 krivica preživelog						
28 smanjenje svesnosti u doživljaju okoline						
29 derealizacija						
30 depersonalizacija						

## Prilog 2

### UPRS– R

Upitnik koji je pred Vama izrađen je na osnovu iskaza ljudi koji su učestvovali u ratu i služe isključivo za psihološko-psihijatrijske potrebe.

Cilj ovog upitnika je što bolje sagledavanje i razumevanje uticaja rata na psihičko stanje učesnika u ratu. Prema tome, upitnik se odnosi kako na one koji imaju određene psihičke tegobe, tako i na osobe koje su kroz ta iskustva prošle bez značajnijih posledica.

#### Upitnik se popunjava na sledeći način:

Na primer, ako pred sobom imate sledeću tvrdnju:

1. Granata je eksplodirala u mojoj blizini

Prvo treba da odgovorite da li ste to doživeli i koliko često. U prvom stupcu su slova od kojih ćete zaokružiti jedno, prema vlastitom iskustvu. Ako navedenu situaciju **NISTE DOŽIVELI** - zaokružićete 0. Ako ste **DOŽIVELI SAMO JEDNOM** - zaokružite broj 1, **NEKOLIKO PUTA** – broj 2 ili **ČESTO** – broj 3 i **GOTOVO SVAKODNEVNO** broj 4.

Nakon toga je potrebno da odgovorite u kojoj meri Vas je taj događaj, u ovom slučaju eksplozija granate u blizini, potresao. Odgovarate tako što zaokružujete jedan od 5 brojeva i to:

broj 1 - ako Vas taj događaj nije **nimalo** potresao

broj 2 - ako Vas je taj događaj potresao **malo**

broj 3 - ako Vas je taj događaj **prilično** potresao

broj 4 - ako Vas je taj događaj **mного** potresao

broj 5 - ako Vas je taj događaj potresao **veoma mnogo**

Dakle, ako je granata eksplodirala u Vašoj blizini i to često, a pri tome Vas je to pogodilo mnogo, zaokružićete pomenute mogućnosti na sledeći način:

0 1 2 <input checked="" type="radio"/> 3 4	Granata je eksplodirala u mojoj blizini.	1 2 3 <input checked="" type="radio"/> 4 5
--	--	--

DOŽIVEO SAM ...	OVAJ DOGAĐAJ ME JE POTRESAO:
0-nikada 1-jednom 2-nekoliko puta 3-često 4-gotovo svakodnevno	1= nimalo 2= malo 3=prilično 4= mnogo 5=veoma mnogo

UKOLIKO OPISANI DOGAĐAJ NISTE NIKADA DOŽIVELI (TJ. ZAOKRUŽILI STE "0"SA LEVE STRANE), MOLIMO VAS DA NA TOM PITANJU U REDU SA DESNE STRANE ZAOKRUŽITE BROJ 1 "NIMALO".

	DOŽIVEO SAM		POTRESLO ME
1.	0 1 2 3 4	Bili smo opkoljeni neprijateljskom vojskom.	1 2 3 4 5
2.	0 1 2 3 4	Zarobio sam neprijateljskog vojnika.	1 2 3 4 5
3.	0 1 2 3 4	Ranjen sam u toku borbi.	1 2 3 4 5
4.	0 1 2 3 4	Dugo nisam ništa znao o sudbini članova moje uže porodice	1 2 3 4 5
5.	0 1 2 3 4	Izvlačio sam ili prenosio leševe vojnika.	1 2 3 4 5
6.	0 1 2 3 4	Video sam unakažen leš deteta.	1 2 3 4 5
7.	0 1 2 3 4	Dešavalo se da ne jedem ništa 48 sati.	1 2 3 4 5
8.	0 1 2 3 4	Nisam mogao da napustim položaj duže od mesec dana.	1 2 3 4 5
9.	0 1 2 3 4	Pred mojim očima je teško povređen ili poginuo moj prijatelj.	1 2 3 4 5
10.	0 1 2 3 4	U toku borbi je teško povređen čovek pored mene.	1 2 3 4 5
11.	0 1 2 3 4	Iznenadio nas je neprijateljski napad.	1 2 3 4 5
12.	0 1 2 3 4	Zalutao sam u minsko polje.	1 2 3 4 5
13.	0 1 2 3 4	Granata je eksplodirala u mojoj blizini.	1 2 3 4 5
14.	0 1 2 3 4	Metak je prošao neposredno pored mene.	1 2 3 4 5
15.	0 1 2 3 4	Desilo se da sam u toku borbe ostao usamljen.	1 2 3 4 5
16.	0 1 2 3 4	Učestvovao sam u "čišćenju terena".	1 2 3 4 5
17.	0 1 2 3 4	Upao sam u neprijateljsku zasedu.	1 2 3 4 5
18.	0 1 2 3 4	Ubio sam neprijateljskog vojnika u borbi "prsa u prsa".	1 2 3 4 5
19.	0 1 2 3 4	Korišten sam kao "živi štit".	1 2 3 4 5
20.	0 1 2 3 4	Deo moje jedinice je pobegao sa položaja.	1 2 3 4 5
21.	0 1 2 3 4	Ostao sam bez municije u toku borbe.	1 2 3 4 5
22.	0 1 2 3 4	Kada sam bio u nevolji nisu mi pomogli čak ni oni od kojih sam očekivao da će mi priteći u pomoć.	1 2 3 4 5
23.	0 1 2 3 4	Borio sam se "prsa u prsa".	1 2 3 4 5
24.	0 1 2 3 4	Učestvovao sam u uličnim borbama.	1 2 3 4 5

DOŽIVEO SAM ...	OVAJ DOGAĐAJ ME JE POTRESAO:
0-nikada 1-jednom 2-nekoliko puta 3-često 4-gotovo svakodnevno	1= nimalo 2= malo 3=prilično 4= mnogo 5=veoma mnogo

	DOŽIVEO SAM		POTRESLO ME
25.	0 1 2 3 4	Video sam leševe civila nakon borbe u kojoj sam i ja učestvovao.	1 2 3 4 5
26.	0 1 2 3 4	U zarobljeništvu sam gledao kako seksualno zlostavljaju druge ljude.	1 2 3 4 5
27.	0 1 2 3 4	Bio sam prisiljen na rad na prvoj liniji fronta.	1 2 3 4 5
28.	0 1 2 3 4	Doživio sam da prve komšije pokažu otvoreno neprijateljstvo prema meni.	1 2 3 4 5
29.	0 1 2 3 4	Video sam kada je granata/mina teško povredila čoveka.	1 2 3 4 5
30.	0 1 2 3 4	Nisam mogao da vidim porodicu duže od mesec dana.	1 2 3 4 5
31.	0 1 2 3 4	U zarobljeništvu sam gledao kako muče i maltretiraju članove moje uže porodice.	1 2 3 4 5
32.	0 1 2 3 4	Povređen sam u toku bombardovanja.	1 2 3 4 5
33.	0 1 2 3 4	Video sam kada je dete teško povređeno ili poginulo.	1 2 3 4 5
34.	0 1 2 3 4	Ležao sam u bolnici zbog ratne povrede.	1 2 3 4 5
35.	0 1 2 3 4	Izgubio sam deo tela u ratu.	1 2 3 4 5
36.	0 1 2 3 4	U zarobljeništvu sam bio zatvoren u samici.	1 2 3 4 5
37.	0 1 2 3 4	U zarobljeništvu sam video ubijanje drugih ljudi.	1 2 3 4 5
38.	0 1 2 3 4	Morali smo da se povučemo sa položaja kada to nije bilo opravdano.	1 2 3 4 5
39.	0 1 2 3 4	Proveo sam noć napolju, na kiši ili u vodi.	1 2 3 4 5
40.	0 1 2 3 4	Dešavalo se da ne spavam po 24 sata.	1 2 3 4 5
41.	0 1 2 3 4	Zbog greške u komandovanju su povređeni ili poginuli ljudi iz moje okoline.	1 2 3 4 5
42.	0 1 2 3 4	Odbio sam nerazumno naređenje.	1 2 3 4 5
43.	0 1 2 3 4	Video sam da sam pogodio neprijateljskog vojnika.	1 2 3 4 5
44.	0 1 2 3 4	Neprijateljska vojska mi je upadala u stan ili kontrolisala u raciji.	1 2 3 4 5
45.	0 1 2 3 4	U zarobljeništvu sam gledao kako muče i maltretiraju druge ljude.	1 2 3 4 5
46.	0 1 2 3 4	Učestvovao sam u sprovođenju ili čuvanju neprijateljskih zarobljenika.	1 2 3 4 5
47.	0 1 2 3 4	Izvlačio sam ranjenika iz borbe.	1 2 3 4 5
48.	0 1 2 3 4	Prenosio sam teško povređenu ženu ili dete.	1 2 3 4 5
49.	0 1 2 3 4	Video sam masakrirane (unakažene) leševe.	1 2 3 4 5

<b>DOŽIVEO SAM ...</b>	<b>OVAJ DOGAĐAJ ME JE POTRESAO:</b>
0-nikada 1-jednom 2-nekoliko puta 3-često 4-gotovo svakodnevno	1= nimalo 2= malo 3=prilično 4= mnogo 5=veoma mnogo

	<b>DOŽIVEO SAM</b>		<b>POTRESLO ME</b>
50.	0 1 2 3 4	U toku rata sam doživeo mučenje i telesno maltretiranje.	1 2 3 4 5
51.	0 1 2 3 4	Izgubili smo vezu sa komandom.	1 2 3 4 5
52.	0 1 2 3 4	U toku rata sam doživeo seksualno zlostavljanje.	1 2 3 4 5
53.	0 1 2 3 4	Učestvovao sam u forsiranim marševima ili teškom fizičkom radu.	1 2 3 4 5
54.	0 1 2 3 4	Pred mojim očima je poginuo čovek.	1 2 3 4 5
55.	0 1 2 3 4	Bio sam na prisilnom radu u zarobljeništvu.	1 2 3 4 5
56.	0 1 2 3 4	Saznao sam da je član moje uže porodice fizički ili seksualno zlostavljan.	1 2 3 4 5
57.	0 1 2 3 4	Bio sam zatvoren u logoru ili "privatnom zatvoru".	1 2 3 4 5
58.	0 1 2 3 4	Video sam leševe neprijateljskih vojnika nakon borbe u kojoj sam i ja učestvovao.	1 2 3 4 5
59.	0 1 2 3 4	Spavao sam napolju, na temperaturi ispod nule.	1 2 3 4 5
60.	0 1 2 3 4	Zbog izdaje su povređeni ili poginuli ljudi iz moje okoline.	1 2 3 4 5
61.	0 1 2 3 4	Doživeo sam da me maltretiraju i ponižavaju naši ljudi.	1 2 3 4 5
62.	0 1 2 3 4	Tražili su mi prilog za neprijateljsku vojsku koji nisam imao da dam.	1 2 3 4 5
63.	0 1 2 3 4	Čuo sam komšije kako govore da sve pripadnike moje nacije treba pobiti.	1 2 3 4 5
64.	0 1 2 3 4	Regrutovali su me u neprijateljsku vojsku.	1 2 3 4 5
65.	0 1 2 3 4	Svojim očima sam gledao sam kako ubijaju pripadnike moga naroda a nisam mogao ništa da preduzmem.	1 2 3 4 5
66.	0 1 2 3 4	Saznao sam da se nalazim na listi za likvidaciju.	1 2 3 4 5
67.	0 1 2 3 4	Tražili su mi velike pare da me puste iz grada.	1 2 3 4 5

## Prilog 3

### Inventar ranih trauma – S forma (ETISR-SF)

J. Douglas Bremner, Department of Psychiatry, Emory University School of Medicine, Atlanta GA  
Roger Bolus, Ph.D., Research Solutions Group, San Diego CA

Ime ili JMBG učesnika: \_\_\_\_\_ Datum rođenja: \_\_\_\_\_ Starost: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

#### I DEO Opšte traume. Pre 18. godine

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. Da li ste nekada bili izloženi prirodnoj katastrofi opasnoj po život?.....   | DA | NE |
| 2. Da li ste učestvovali u nekoj ozbiljnijoj nesreći? .....   | DA | NE |
| 3. Da li ste nekada zadobili ozbiljnu povredu ili preležali neku tešku bolest?.....                                   | DA | NE |
| 4. Da li vam je neki od roditelja (ili primarnih staratelja) umro ili teško bolovao?.....                             | DA | NE |
| 5. Da li su se vaši roditelji razveli ili prestali da žive zajedno? .....   | DA | NE |
| 6. Da li su vam brat ili sestra umrli ili doživeli tešku povredu? .....   | DA | NE |
| 7. Da li vam je neki prijatelj umro ili doživio tešku povredu? .....  | DA | NE |
| 8. Da li ste nekada bili svedok nasilja prema drugima, uključujući članove i porodice?.....                           | DA | NE |
| 9. Da li je neko u vašoj porodici nekada bolovao od mentalne ili psihijatrijske bolesti ili imao "nervni slom"? ..... | DA | NE |
| 10. Da li su vaši roditelji ili staratelji imali problem sa alkoholizmom ili drogom ili zloupotrebom droge? .....     | DA | NE |
| 11. Da li ste ikada videli neko ubistvo? .....  | DA | NE |

#### II DEO. Fizičko kažnjavanje. Pre 18. godine

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. Da li ste nekada dobili šamar? .....                                       | DA | NE |
| 2. Da li su vas nekad opekli vreloom vodom, cigaretom ili nečim drugim? ..... | DA | NE |
| 3. Da li su vas nekad udarili pesnicom ili nogom? .....                       | DA | NE |
| 4. Da li ste nekad bili pogođeni nekim predmetom koji je bačen na vas? .....  | DA | NE |
| 5. Da li su vas nekad gurnuli ili odgurnuli? .....                            | DA | NE |

#### III DEO. Emotivno zlostavljanje. Pre 18. godine

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. Da li su vas često ponižavali ili ismevali? .....   | DA | NE |
| 2. Da li su vas nekada ignorisali ili učinili da se osećate kao da ne postojite? .....                 | DA | NE |
| 3. Da li su vam često govorili da niste dobri? .....   | DA | NE |
| 4. Uglavnom su se prema vama ophodili hladno, nebrižljivo ili su činili da se osećate nevoljeno? ..... | DA | NE |
| 5. Da li vaši roditelji ili staratelji često nisu mogli da razumeju vas ili vaše potrebe?.....         | DA | NE |

#### IV DEO. Događaji u vezi sa seksom. Pre 18. godine

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. Da li su nekada dodirivali vaš intimni deo tela (npr. grudi, butine, genitalije) na način koji vas je iznenadio ili činio da se osećate neprijatno? ..... | DA | NE |
| 2. Da li ste nekada doživeli da neko trlja svoje genitalije o vas?.....  | DA | NE |
| 3. Da li ste nekada bili prisiljeni ili navedeni da dodirujete intimne delove tela neke osobe? .....   | DA | NE |
| 4. Da li je neko imao genitalni seks sa vam protiv vaše volje? .....   | DA | NE |
| 5. Da li ste nekada bili prisiljeni ili navedeni da imate oralni seks sa nekim protiv vaše volje? .....  | DA | NE |
| 6. Da li ste nekada bili prisiljeni ili navedeni da poljubite nekoga na način koji je više seksualan nego srdačan? .....                                     | DA | NE |

**Ako ste odgovorili sa "DA" za bilo koji od gore navedenih događaja, odgovorite na sledeća pitanja imajući u vidu jedan od tih događaja koji je imao/ ima najveći uticaj na vaš život. Pri davanju odgovora uzmite u obzir kako ste se osećali u vreme kada se to dešavalo.**

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. Da li ste osećali strah, gnušanje ili bespomoćnost?.....                  | DA | NE |
| 2. Da li ste imali osećaj kao da ste van svog tela ili kao da sanjate? ..... | DA | NE |

Revised on 10/04

## BIOGRAFIJA AUTORA

Sandrina (Ivan) Špeh Vujadinović je rođena 24.12.1974. u Beogradu.

Prvu beogradsku gimnaziju završila je 1993. godine, nakon čega je upisala osnovne studije na Filozofskom fakultetu, na odeljenju za psihologiju. Diplomirala je 1999., sa prosečnom ocenom 9,36. Magistrirala je 2010. godine na istom fakultetu, pri katedri za kliničku psihologiju, sa radom na temu „*Wisconsin Card Sorting Test (WCST)* kao mera egzekutivnog funkcionisanja u posttraumatskom stresnom poremećaju (PTSP)“.

Pohađala je brojne seminare i trening programe među kojima su oni za trenere u oblasti životnih veština (komunikacija, asertivnost, upravljanje vremenom i sopstvenim resursima, prevladavanje stresa, planiranje karijere), trenere iz oblasti primene principa Istambulskog protokola u istraživanju i dokumentovanju slučajeva torture, kao i brojne edukacije iz savetodavnih, psihoterapijskih i koučing tehnika i veština (psihoanalitička psihoterapija dece i adolescenata, psihoanalitički orijentisano savetovanje i terapija, uvodni kurs iz grupne analize, edukacija iz Racionalno-Emotivno-Bihejvioralne terapije, SFBT - kratka terapija usmerena na rešenja, trening *Umetnost i nauka koučinga...*).

Na osnovnim studijama bila je angažovana kao saradnik Istraživačke stanice Petnica, a u periodu od 2003. do 2007. kao demonstrator na odeljenju za psihologiju Filozofskog fakulteta, na predmetu Osnove psihoterapije i savetovanja.

Od 1998. godine radila je u nevladinoj humanitarnoj organizaciji IAN Međunarodna mreža pomoći. Bila je angažovana na aktivnostima pružanja psiho-socijalne podrške različitim kategorijama ranjivih grupa (izbeglicama, žrtvama ratne traume i torture, dugotrajno nezaposlenim osobama, maloletnim počiniocima krivičnih dela itd.). Od 2007. godine je sa pozicije programskog koordinatora u IAN Centru za rehabilitaciju žrtava torture radila na poslovima osmišljavanja projekata, evaluacije i izveštavanja, dizajniranja i realizacije brojnih edukativnih aktivnosti, kao i saradnje sa lokalnim i međunarodnim partnerima, stručnjacima iz oblasti rada sa traumatizovanim osobama.

Od 2009. godine kao spoljni saradnik kompanije *ITO United Change* Srbija, a od 2013. kao vlasnik sopstvene agencije *Consolution*, angažovana je na poslovima trenera i konsultanta u domaćim i internacionalnim kompanijama, u oblastima procene individualnih potencijala i razvojnih potreba zaposlenih i pružanja stručne podrške u cilju unapređenja njihovih karijera i postizanja visokih poslovnih rezultata.

Učestvovala je u više domaćih i međunarodnih istraživačkih projekata, od kojih su najvažniji projekat Evropske komisije FP6 „Psihobiologija posttraumatskog stresnog poremećaja“, FP5 „Traženje i ishod tretmana kod ljudi obolelih od PTSP nakon rata i migracija na Balkanu“, kao i regionalno istraživanje IAN Međunarodne mreže pomoći „Život u posleratnim zajednicama“.

Kao autor i koautor je objavila nekoliko radova u domaćim i stranim publikacijama (monografijama) i jedan rad u domaćem časopisu sa liste Ministarstva nauke. Prezentovala je tri rada na domaćim stručnim skupovima sa međunarodnim učešćem (Kongres psihologa Jugoslavije 1997., I Kongres psihoterapeuta Srbije 2011., II Konferencija Viktimološkog društva Srbije 2011).

Pasionirani je ljubitelj plesa, rekreativno se bavi latino plesovima i folklorom.

Udata je, majka je dva dečaka.



Прилог 1.

## Изјава о ауторству

Потписани-а Сандрина Шпех Вујадиновић

број уписа \_\_\_\_\_

### Изјављујем

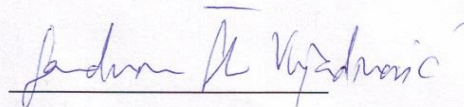
да је докторска дисертација под насловом

*Полне разлике у релацијама између ратног трауматског искуства, ране трауматизације и пост-трауматског поремећаја*

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

Потпис докторанда

У Београду, 05.02.2016.



Прилог 2.

## Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора Сандрина Шпех Вујадиновић

Број уписа \_\_\_\_\_

Студијски програм \_\_\_\_\_

Наслов рада Полне разлике у релацијама између ратног трауматског искуства,  
ране трауматизације и пост-трауматског поремећаја

Ментор Проф. др Горан Кнежевић

Потписани САНДРИНА ШПЕХ ВУЈАДИНОВИЋ

изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла за објављивање на порталу **Дигиталног репозиторијума Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис докторанда

У Београду, 05.02.2016.

Сандрина Шпех Вујадиновић

Прилог 3.

## Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

Полне разлике у релацијама између ратног трауматског искуства, ране трауматизације и пост-трауматског поремећаја

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство
2. Ауторство - некомерцијално
3. Ауторство – некомерцијално – без прераде
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима
5. Ауторство – без прераде
6. Ауторство – делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

Потпис докторанда

У Београду, 05. 02. 2016.

Јарослав Ш. Врзачкић