PSIHIČKI I TJELESNI KOMORBIDITET U HRVATSKIH BRANITELJA ZATOČENIKA LOGORA OBOLJELIH OD POSTTRAUMATSKOG STRESNOG POREMEĆAJA 25 GODINA NAKON ZATOČENIŠTVA

Jukić, Melita

Doctoral thesis / Disertacija

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:086920

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

Repository of the Faculty of Medicine Osijek

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Melita Jukić

PSIHIČKI I TJELESNI KOMORBIDITET U HRVATSKIH BRANITELJA ZATOČENIKA LOGORA OBOLJELIH OD POSTTRAUMATSKOG STRESNOG POREMEĆAJA 25 GODINA NAKON ZATOČENIŠTVA

Doktorska disertacija

Osijek, 2021.

Mentor rada: prof. prim. dr. sc. Ivan Požgain

Rad ima **154** lista.

PREDGOVOR O RADU

Zahvaljujem svom mentoru, prof. dr. sc. Ivanu Požgainu, na suradnji, savjetovanju i potpori u izradi ove disertacije.

Veliko hvala hrvatskim braniteljima koji su svojim pristankom na sudjelovanje u istraživanju omogućili izradu ove disertacije.

Zahvaljujem i prof. dr. sc. Pavi Filakoviću, svom bivšem mentoru, te prof. dr. sc. Vladi Jukiću, koji nažalost više nisu s nama, na korisnim savjetima i smjernicama te iznimnoj podršci.

Hvala mojim roditeljima, Vjeki na potpori i strpljenju, Jasmini na dobroj energiji, Roku na odanosti, a najveća hvala Marku, bez kojeg izrada ove disertacije ne bi bila moguća.

SADRŽAJ

1. UVOD 1
1. 1. Posttraumatski stresni poremećaj 2
1. 1. 1. Kratki pregled razvoja koncepta posttraumatskog stresnog poremećaja 2
1. 1. 2. Posttraumatski stresni poremećaj kroz dijagnostičke klasifikacije 4
1. 1. 3. Klinička slika i tijek poremećaja 7
1. 1. 4. Epidemiologija traumatskih događaja i PTSP-a 10
1. 1. 5. Etiologija PTSP-a 12
1. 1. 6. Komorbiditet 19
1. 2. Ratno zatočeništvo 25
1. 2. 1. Osobitosti traume zatočeništva 25
1. 2. 2. Traumatski stresori tijekom zatočeništva 28
1. 2. 3. Mehanizmi sučeljavanja sa zatočeništvom 28
1. 2. 4. Psihičke posljedice zatočeništva 30
1. 2. 5. Tjelesne posljedica zatočeništva 31
2. HIPOTEZA 32
3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA 33
4. ISPITANICI I METODE 34
4. 1. Ustroj studije 34
4. 2. Ispitanici 35
4. 3. Metode 35
4. 3. 1. Postupak prikupljanja podataka 35
4. 3. 2. Anamnestički podaci i podaci iz medicinske dokumentacije o tjelesnim bolestima 36
4. 3. 3. Anamnestički podaci i podaci iz medicinske dokumentacije o psihičkim poremećajima 36
4. 3. 4. Upitnici 37
4. 3. 5. Statistička analiza 41
5. REZULTATI 42
5. 1. Ispitivanje intenziteta posttraumatskoga stresnog poremećaja 44
5. 2. Ispitivanje psihičkoga komorbiditeta 48
5. 3. Ispitivanje intenziteta anksioznosti i depresivnosti 57
5. 4. Ispitivanje somatskoga komorbiditeta 60
5. 5. Ispitivanje kvalitete života povezane sa zdravljem 68
6. RASPRAVA 78
6. 1. Intenzitet posttraumatskog stresnog poremećaja 78
6. 1. 1. Utjecaj zatočeništva i intenziteta traume 79

6. 1. 2. Utjecaj sociodemografskih čimbenika i socijalne potpore 82
6. 2. Psihički komorbiditet 85
6. 2. 1. Utjecaj zatočeništva i inteziteta traume 87
6. 2. 2. Utjecaj sociodemografskih čimbenika i socijalne potpore 90
6. 3. Intenzitet depresivnosti i anksioznosti 91
6. 3. 1. Utjecaj zatočeništva i intenziteta traume 92
6. 3. 2. Utjecaj sociodemografskih čimbenika i socijalne potpore 93
6. 4. Tjelesni komorbiditet 95
6. 4. 1. Utjecaj zatočeništva i inteziteta traume 98
6. 4. 2. Utjecaj sociodemografskih čimbenika i socijalne potpore 100
6. 5. Kvaliteta života povezana sa zdravljem (i socijalno funkcioniranje) 102
6. 5. 1. Utjecaj zatočeništva, inteziteta traume i ineteziteta PTSP-a.....102
6. 5. 2. Utjecaj komorbiditeta i inteziteta depresivnosti i anskioznosti 105
6. 5. 3. Utjecaj sociodemografskih čimbenika i socijalne potpore 108
6. 5. 4. Socijalno funkcioniranje kao dimenzija psihičkog i općeg zdravlja 110
7. ZAKLJUČCI 112
8. SAŽETAK 114
9. SUMMARY 116
10. LITERATURA.....118
11. ŽIVOTOPIS 153

Popis korištenih kratica

APA – Američko psihijatrijsko udruženje (engl. American Psichiatry Association)

AŽS – Autonomni živčani sustav

BP – Tjelesni bolovi

BRAS – Bračni status

DER – Dermatološke bolesti

DOB – Dob, RADS-Radni status

DSM - Dijagnostiči i statistički priručnik mentalnih poremećaja

E/M – Endokrinološke i metaboličke bolesti

GABA – Gama-aminomaslačna kiselina

GAP – Generalizirani anskiozni poremećaj

GH – Opće zdravlje

GI – Gastrointestinalne bolesti

HHA – Hipotalamičko-hipofizno-adrenalna os

HUTD – Harvardski upitnik o traumatskom događaju

KV – Kardiovaskularne bolesti

LM – Lokomotorne bolesti

MA – Maligne bolesti

MATS – Materijalni status

MCS – Ocjena psihičke komponente

MH – Mentalno zdravlje

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti

MPFC – Medijalni prefrontalni korteks

N/CV – Neurološke i cerebrovaskularne bolesti

NCS – Nacionalne studije komorbiditeta (engl. Nacional Comorbidity Survey – NCS)

NVVRS – Nacionalna studija o prilagođavanju vijetnamskih veterana (engl. National Vietnam Veterans Readustment Study)

OR – Omjer izgleda (engl. Odds ratio)

PCL-5 – PTSP upitnik (engl. PTSD checklist)

PCS – Ocjena fizičke komponente

PF – Fizičko funkcioniranje

PTSP – Posttraumatski stresni poremećaj

RE – Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća

RE – Respiratorne bolesti

RP – Ograničenja zbog fizičkih poteškoća

SF – Socijalno funkcioniranje

SF-36 – Upitnik zdravstvenog stanja i kvalitete života povezane sa zdravljem (engl. Short Form Health Survey)

SOCP – Socijalna potpora

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

ŠKL – Školovanje

T3 – Trijodtironin

T4 – Tiroksin

TBG – Tiroksin vezujući globulin

TPCL5 – Ukupni PCL-5 rezultat

TRD – Broj traumatskih događaja

TSF36 – Ukupna ocjena na SF-36 testu

TSH – Tireostimulirajući hormon

UPP – Ukupni broj psihičkih poremećaja

UTB – Ukupni broj tjelesnih bolesti

VIF – Faktor inflacije varijance (engl. Variance Inflation Factor)

VT – Vitalnost i energija

ZAT – Zatočeništvo

1. UVOD

Tijekom Domovinskog rata u Republici Hrvatskoj, koji je trajao od 1991. do 1995. godine, veliki je broj osoba izložen traumatiziranju na različite načine. Mnogi su ljudi bili izravno izloženi borbenim djelovanjima, kao aktivni sudionici u obrani suvereniteta Republike Hrvatske ili pak kao civili, ali i na mnogobrojne druge načine, životom izvan svojih domova u dugogodišnjem progonstvu ili su pak bili zatočeni u neprijateljskim logorima. Prema procjeni Vlade Republike Hrvatske, u Domovinskom je ratu više od milijun ljudi bilo izloženo ratnom stresu (1), dok je broj zatočenih osoba oko osam tisuća, uključujući civile i hrvatske branitelje. No, prema podacima Društva logoraša srpskih koncentracijskih logora, broj zatočenih osoba je višestruko veći te iznosi oko trideset tisuća (2). Tijekom zatočeništva mnogi od zatočenika logora iskusili su izuzetno traumatizirajuće situacije čije posljedice trpe i danas, tri desetljeća nakon proživljenih trauma.

Kao najčešći poremećaj koji se javlja kao posljedica izloženosti traumatskim događajima, pa tako i onima tijekom ratnih zbivanja, javlja se posttraumatski stresni poremećaj (PTSP). Da bi se postavila dijagnoza toga poremećaja prvi uvjet, odnosno kriterij koji mora biti zadovoljen, jest upravo proživljavanje traumatskog događaja, odnosno situacije (3, 4). Posttraumatski stresni poremećaj neće se razviti kod svih osoba koje su bile izložene traumatskim događajima, ali se nakon proživljavanja nekih izuzetno stresnih, traumatičnih situacija javlja s visokom učestalošću. Traumatsko iskustvo nakon kojeg se PTSP javlja s visokom učestalošću jest iskustvo zatočeništva (5), koje se u istraživanjima opisuje kao jedno od najtežih ljudskih iskustava (6). Osim što PTSP može trajati desetljećima, ili se ponovo aktivirati kod već oporavljenih osoba, uz ovaj poremećaj često se javljaju različiti komorbiditetni poremećaji, i psihički, i tjelesni (7, 8). PTSP, zbog osobitosti kliničke slike, često dovodi do poteškoća u raznim područjima funkcioniranja (9, 10). O značaju PTSP-a u Republici Hrvatskoj, govore i podaci Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo, prema kojima je i nadalje veliki broj hrvatskih branitelja kojima je potrebna zdravstvena skrb zbog PTSP-a, unatoč vremenu proteklom od okončanja Domovinskog rata. Tako se prema tim podacima tijekom 2019. godine u Republici Hrvatskoj 36 655 branitelja, zbog smetnji u okviru PTSP-a, koristilo zdravstvenu zaštitu (11).

Ovo istraživanje bavilo se psihičkim i tjelesnim komorbiditetom u hrvatskih branitelja oboljelih od PTSP-a, koji su bili zatočenici logora te kvalitetom života povezanom sa zdravljem u ove izrazito ranjive skupine ratnih stradalnika.

1. 1. Posttraumatski stresni poremećaj

1. 1. 1. Kratki pregled razvoja koncepta posttraumatskog stresnog poremećaja

Povijest ljudske civilizacije obilježena je brojnim prirodnim katastrofama te mnogim ratnim sukobima, a stoga je i proživljavanje traume duboko utkano u ljudsko iskustvo. Odavno je zamijećeno da teška traumatska iskustva mogu izazvati značajne promjene u ponašanju, emocijama, ali i tjelesne reakcije čovjeka. Drevni zapisi i književna djela opisali su traumatska iskustva i reakciju čovjeka na traumatske događaje mnogo prije nego li je to učinila službena medicina i psihijatrija.

Kucmin i sur. (2016.) iznose pregled drevnih zapisa i književnih djela u kojima se opisuju traumatske reakcije te smetnje koje odgovaraju poremećaju koji danas nazivamo posttraumatskim stresnim poremećajem. Jedan od prvih takvih zapisa jest onaj koji opisuje uništenje grada Ura, koje se dogodilo između 2023. i 2007. godine prije Nove ere. U tom zapisu, zapisanom klinastim pismom, opisuju se uznemirenost, nesanica, nametajuće slike mrtvih tijela, ljudi stradalih prilikom napada na grad, koje proživljava autor. U velikome epskom djelu egipatskog liječnika neznanog imena *Epu o Gilgameshu*, opisuju se reakcije vojnika na gubitak svoga prijatelja Enkida, koji smrtno stradava u borbi. Nakon što njegov prijatelj i suborac pogine, Gilgamesh ne može prestati razmišljati o njemu, ne može spavati, postavlja si brojna pitanja o smrti i osjeća iznimni strah za vlastiti život, ali i krivnju što je preživio. Ovo djelo napisano je 1900. godine prije Nove ere. Homer u *Odiseji i Ilijadi* opisuje scene iz trojanskih ratova te patnje preživjeloga Odiseja i Ahileja. Odisej se ne može osloboditi sjećanja na poginule na bojnom polju, a ni krivnje što je preživio, kao ni Ahilej kojemu smrtno strada prijatelj Patroklo. Pri tome je preplavljen tugom, ne može zaspati okupiran mislima o smrti i gubitku. Herod, opisuje bitku kod Maratona („Povijest“, šesta knjiga, u periodu od 484. do 426. godine prije Nove ere), a pri tome govori o hrabrom vojniku Epizelsusu, koji nakon što svjedoči smrtnom stradavanju svojih suboraca oslijepi, iako nije bio ozlijeđen. Vid mu se više nikada nije vratio te se ovaj opis može shvatiti i kao prvi zapis o kroničnim smetnjama nakon proživljene traume. I u djelima Williama Shakespearea nalazimo opise smetnji koje odgovaraju simptomima posttraumatskog stresnog poremećaja. Tako npr. opisuje nametajuće slike i strahove koje proživljava Lady Macbeth nakon smrtnog stradanja kralja Škotske Duncana. (12)

Pinelovi zapisi iz 18.stoljeća opisuju psihičke promjene kod ljudi tijekom Francuske revolucije, koji predstavljaju prve precizne opise ratne neuroze koji naziva „kardiorespiratornom neurozom“. Industrijska revolucija i razvoj željeznice sa sobom su donijeli i niz teških nesreća

sa ozljedama ljudi ili pak njihovim smrtnim stradavanjem. Ti su događaji bili praćeni različitim emocionalnim reakcijama, a neki su ih tumačili kao organski uvjetovane te ih nazivali „željezničkom kralješnicom“ ili željezničkim mozgom“, dok su ih drugi tumačili kao reakcije psihološke, histerične prirode. Prvo spominjanje pojma „traumatske neuroze“ vjerojatno datira iz toga razdoblja. Krajem 19.stoljeća njemački liječnik Hermann Oppenheim donosi opis 42 slučaja nakon željezničkih nezgoda ili nezgoda na radnom mjestu (13).

Dobro je poznat i sindrom „iritabilnog srca“ koji je uključivao smetnje koje su se javljale kod vojnika, ali i civila tijekom Građanskog rata u Sjedinjenim Američkim Državama. Istodobno s tim sindromom koji se očituje u lupanju srca, nesanici, nedostatku zraka i težine u prsima javlja se i „sindrom nostalgije“, a odnosi se na patnju mladih vojnika, njihovu težnju za domom, apatiju, gubitak teka i groznicu. Neki koriste naziv „Da Costin sindrom“ u opisivanju tih smetnji (14). Početkom 20. stoljeća, njemački liječnik Honigman uočava sličnost između psihičkih i emocionalnih reakcija koje se javljaju kod civila i onih koje se javljaju kod vojnika, a koje naziva „ratnom neurozom“ (15).

Razdoblje Prvoga svjetskog rata vremenski se podudara s prvim znanstvenim pokušajima psihijatrije u objedinjavanju dotadašnjih saznanja o psihičkim reakcijama na ratne i civilne traumatske događaje. Njemački psihijatar Gaupp 1914. piše o tome kako su bolnice prepune neozlijeđenih vojnika. Opisuje njihove reakcije na borbeno iskustvo, na svjedočenje stradavanju drugih te navodi njihov izniman strah. Opisuje kako neki od njih nisu mogli stajati, hodati, zanijemili su od šoka, a neki su imali gubitke svijesti (13). U vrijeme Prvoga svjetskog rata opisana je i akutna reakcija pod nazivom „granatni šok“, a uključivala je reakciju straha, konfuzije, ošamućenosti (16).

Tijekom Drugog svjetskog rata analiziraju se akutne reakcije na stres te se javlja dvojba oko toga da radi li se o psihološkoj ili fiziološkoj podlozi kliničke slike. Jedno od najznačajnijih imena iz toga razdoblja jest Wood, koji provodi niz kliničkih istraživanja na temelju kojih se odustaje od tumačenja da su reakcije koje se događaju kod vojnika somatskog karaktera te se zaključuje da se radi o psihoneurozi te da se akutna reakcija na stres može očitovati i različitim somatskim reakcijama. Po završetku Drugoga svjetskog rata, 1945.godine, američki psihijatri Grinker i Spiegel u svojoj knjizi *Muškarci pod stresom* opisuju psihičke smetnje izloženih borbenom djelovanju, svjedoka stradavanja drugih, a razlikuju akutne reakcije od odgođenih reakcija na borbu, uključujući psihosomatska stanja, osjećaje krivnje, depresiju, agresivne reakcije, psihotične reakcije (13).

Dobro je poznat i „sindrom koncentracijskog logora„ koji opisuje smetnje zatočenih u vrijeme Drugoga svjetskog rata (17). Vijetnamski rat i veliki broj onih koji su bili njegovi sudionici, a trebali su psihijatrijsku pomoć, ponovo je probudio zanimanje za psihičke posljedice traume. Smetnje uočene kod vijetnamskih veterana nazvane su „postvijetnamskim sindromom“. Uočeno je da je veliki broj tih veterana posezao za alkoholom i drogama, kao nekim oblikom samoterapije kod akutnih oblika reakcije na stres, a naknadno se pokazalo da mnogi od njih imaju dugotrajne psihičke probleme (18). Proučavanje patnji vijetnamskih veterana značajno je pridonijelo tomu da službena medicina i psihijatrija konačno definiranju koncept Posttraumatskog stresnog poremećaja.

1. 1. 2. Posttraumatski stresni poremećaj kroz dijagnostičke klasifikacije

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) 1948. godine u *Međunarodnu klasifikaciju bolesti povreda i uzroka smrti* (MKB), uvodi i mentalne poremećaje, u okviru šestog izdanja navedene klasifikacije. Smetnje nastale kao posljedica suočavanja sa stresom, odnosno nakon izloženosti traumatskom događaju označavaju se tada kao „akutna reakcija prilagođavanja“ (19). U devetom izdanju, MKB-9 (20), upotrebljava se specifičniji izraz „akutna reakcija na stres“, unutar koje se razlikuju podtipovi u kojima dominiraju poremećaji emocija, poremećaji svijesti, psihomotorne smetnje ili se radi o istodobnom postojanju različitih simptoma.

Tek 1992. godine, u 10. izdanju te klasifikacije, prvi se put javlja naziv posttraumatski stresni poremećaj. Nalazi se unutar poglavlja „Neurotski poremećaji, poremećaji vezani uz stres i somatoformni poremećaji“ (u kojoj se nalaze i fobično anksiozni poremećaji, drugi anksiozni poremećaji, opsesivno-kompulzivni poremećaj, disocijativni poremećaji, somatoformni poremećaji i drugi neurotski poremećaji). Da bi se postavila dijagnoza PTSP-a prema dijagnostičkim kriterijima MKB-10, potrebno je zadovoljiti uvjet da se poremećaj razvio unutar šest mjeseci od izloženosti stresnom događaju, ali nije jasno definiran akutni, odnosno kronični tijek poremećaja. (21, 22) Traumatski događaj je definiran kao „događaj ili situacija izrazito jake ugroženosti ili katastrofalne prirode (kraćega ili dužega trajanja) koja može izazvati sveprožimajuću uznemirenost kod gotovo svake osobe“. Osim zadovoljenja kriterija izloženosti traumatskom događaju, moraju biti prisutni određeni simptomi poremećaja. Simptomi su podijeljeni u tri klastera, odnosno u skupine simptoma ponovnog proživljavanja traumatskog događaja, izbjegavajućeg ponašanja i pojačane pobuđenosti i/ili nemogućnosti prisjećanja

nekih značajnih aspekata povezanih s traumatskim događajem. Simptomi ponovnoga proživljavanja traume očituju se kroz sjećanja, snove, misli o traumatskom događaju, ili se pak javljaju „flashbackovi“ (kriterij B). Kriterij C odnosi se na izbjegavanje situacija, mjesta, događaja koji podsjećaju na traumatski događaj. Treću skupinu simptoma čine simptomi pojačane pobuđenosti, razdražljivosti, teškoće usnivanja, prosnivanja, poremećaja koncentracije te nemogućnost prisjećanja nekih bitnih činjenica vezanih za traumatski događaj (kriterij D).

Unatoč svim dotadašnjim saznanjima, opservacijama i kliničkom iskustvu s traumatiziranom populacijom, Američko psihijatrijsko udruženje (engl. *American Psichiatry Association*, APA) PTSP uvrštava u Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja tek 1980. godine, odnosno njegovo treće izdanje (23).

U prvom izdanju navedenoga priručnika (DSM - I) iz 1952. godine, opisuje se „Velika stresna reakcija“, koja se javlja kod inače psihički zdravih ljudi, a nakon izlaganja izuzetnom stresnom događaju, bilo prirodnoj katastrofi ili traumi ratne prirode. Ta je dijagnostička kategorija određena akutnim tijekom, odnosno, naglašava se da ako traje dulje od nekoliko tjedana, to zahtijeva postavljanje neke druge dijagnoze (24). Ni drugo idanje, DSM II iz 1968. godine (25), ne definira mogući kronični oblik smetnji, a traumatska stresna reakcija svrstava se u kategoriju pod nazivom „Poremećaji prilagođavanja kod odraslih“.

Kao rezultat opsežnih istraživanja psihičkih promjena kod vijetnamskih veterana te studija koje su se bavile posljedicama silovanja (26), u trećem izdanju DSM-a (DSM-III) PTSP se nalazi u kategoriji anksioznih poremećaja, a naznačena je akutna i kronična forma poremećaja. Pri tome akutni oblik traje manje od šest mjeseci, a kronični najmanje šest mjeseci. Osim toga, opisan je PTSP s odgođenim početkom. Opisano je ukupno dvanaest simptoma poremećaja, koji su podijeljeni u tri skupine, odnosno skupinu ponovnog proživljavanja traume, izbjegavanja podražaja koji podsjećaju na traumu i skupinu simptoma koji se odnose na promjene na planu ličnosti. Traumatski događaj je u DSM - III definiran kao događaj koji mora biti stresogen za većinu ljudi (23).

U revidiranom izdanju (DSM III R) iz 1987. godine definirani su i novi simptomi poremećaja. Naznačeno je da simptomi iz različitih skupina mogu postojati istodobno, ali se i međusobno izmjenjivati, fluktuirati u svom očitovanju. Naznačeno je i da izlaganje podsjetnicima na

traumu može izazvati i psihičke i fiziološke reakcije. Traumatski događaj je u ovome izdanju DSM-a definiran kao događaj izvan uobičajenog ljudskog iskustva (27).

U sljedećem izdanju, DSM IV (28, 29), preciznije je definiran traumatski događaj. Novo definiranje traumatskoga događaja određuje da je osoba bila izložena ili je suočena s događajem koji je predstavljao smrtnu opasnost, bilo izravnu ili potencijalnu ili ugrozu tjelesnog integriteta ili pak tuđega integriteta, a pri tome se „javio strah, osjećaj bespomoćnosti ili užasnutost“. Događaj je određen objektivnim karakteristikama i subjektivnim doživljajem, odnosno emocionalnim odgovorom osobe koja je izložena događaju. Simptomi poremećaja svrstani su u tri dijagnostička kriterija, odnosno simptome ponovnoga proživljavanja traume i izbjegavajućeg ponašanja koji se nalaze unutar istoga kriterija sa simptomima emocionalne, afektivne zaravnjenosti, odnosno otupjelosti, opće reaktivnosti te pojačane podražljivosti. Da bi se postavila dijagnoza PTSP-a, uz zadovoljenje kriterija za traumatski događaj, osoba mora imati barem jedan simptom ponovnoga proživljavanja traume, tri simptoma koji se odnose na izbjegavajuće ponašanje ili emocionalnu otupjelost te dva simptoma iz klastera pojačane podražljivosti U ovoj klasifikaciji je naglašeno da poremećaj mora uzrokovati i poteškoće u funkcioniranju. Kako bi se bolje naglasila razlika između „normalnoga“ i ranog patološkog odgovora na traumu u tu klasifikaciju uvedena je i definirana akutna reakcija na stres, koja uključuje simptome PTSP-a koji traju do mjesec dana nakon izloženosti traumi (30). Revidirano izdanje, DSM IV – TR, ne donosi promjene u dijagnostičkim kriterijima (31).

Posljednje, peto izdanje (DSM-5) iz 2013. godine donosi niz promjena u odnosu na prethodno. Navedeno izdanje prevedeno je na hrvatski jezik 2014. godine (3, 32). PTSP se ovome izdanju svrstava u kategoriju poremećaja vezanih uz stres za razliku od prethodnih klasifikacija, u okviru kojih je bio svrstan u anksiozne poremećaje. Dolazi do promjena u definiranju traumatskoga događaja, ali i promjena u svrstavanju simptoma u skupine. Naime, oni se sada dijele u četiri skupine. Tako se u DSM-V, traumatski događaj (kriterij A) odnosi na „izloženost stvarnoj smrti, ozbiljnoj ozljedi ili seksualnom nasilju, ili prijetnji od navedenog na jedan (ili više) od sljedećih načina: 1. neposrednim doživljavanjem traumatskog/traumatskih događaja; 2. osobnim svjedočenjem takvim događajima kod drugih; 3. saznanjem da se traumatski događaj dogodio članu bliže obitelji ili bliskom prijatelju. U slučajevima stvarne smrti ili prijetnje smrću članu obitelji ili prijatelju, događaj mora biti nasilan ili slučajan; 4. doživljavanjem ponavljanja ili ekstremno izlaganje averzivnim detaljima traumatskog događaja (npr. osobe koje prve skupljaju ljudske ostatke, policajci stalno izloženi detaljima zlostavljanja

djece). Taj kriterij ne odnosi se na izloženost preko elektroničkih medija, televizije, filmova ili slika, osim u slučaju kada je izloženost povezana s poslom“ (32). Kriterij B zahtijeva prisutnost jednog (ili više) simptoma ponovnoga proživljavanja traumatskog događaja, kroz nametajuća sjećanja na traumatski događaj, snove uznemirujućeg sadržaja povezanih s traumatskim događajem ili pak proživljavanje disocijativnih reakcija tijekom kojih se traumatizirana osoba osjeća ili ponaša kao da ponovo proživljava traumatski događaj. U taj kriterij ubrajaju se i upadljive psihološke reakcije bilo na vanjske ili pak unutarnje podsjetnike na traumatski događaj. Kriterij C se odnosi na izbjegavajuće ponašanje ili pak ulaganje truda u to da se izbjegnu bilo vanjski podsjetnici, bilo unutarnji podsjetnici na traumatski događaj. Pri tome traumatizirana osoba nastoji izbjeći mjesta, događaje i situacije koji podsjećaju na traumatski događaj, odnosno sjećanja, misli i osjećaje vezanih za traumatski događaj. Zahtijeva se prisutnost barem jednog od navedenih simptoma. Kriterij D se odnosi na negativne promjene u mislima i raspoloženju, a povezano s traumatskim događajem. Zahtijeva prisutnost barem dva simptoma koji se odnose na nemogućnost prisjećanja elemenata traumatskog događaja (zbog disocijativne amnezije): negativno vjerovanje o sebi i drugima, o svijetu, iskrivljene misli o uzroku i posljedicama traumatskog događaja, pri čemu često traumatizirana osoba proživljava osjećaje krivnje ili pak okrivljava druge osobe zbog proživljene traume, ili traumatiziranu osobu stalno preplavljuju negativne emocije. Unutar ovoga kriterija nalaze i simptomi koji uključuju reducirani interes za događaje oko sebe ili bilo kakve aktivnosti, osjećaj otuđenosti i odvojenosti od drugih ljudi te nemogućnost doživljavanja pozitivnih emocija, odnosno zadovoljstva, radosti i ljubavi.

Kriterij E odnosi se na promjene u pobuđenosti i reaktivnosti u svezi s traumatskim događajem, a zahtijeva se prisutnost dvaju ili više simptoma iz te skupine. Simptomi se mogu očitovati kao pojačana razdražljivost, impulzivno i agresivno ponašanje, kao i nesmotreno ili pak autodestruktivno ponašanje, pretjerana pobuđenost, pretjerane reakcije na podražaje iz okoline te teškoće koncentracije i poremećaje sna. Poremećaj je određen trajanjem od najmanje mjesec dana te mora uzrokovati klinički značajne smetnje te smetnje u funkcioniranju (3, 32).

1. 1. 3. Klinička slika i tijek poremećaja

Klinička slika PTSP-a može biti vrlo raznolika, u okviru predviđenih dijagnostičkih kriterija, ali i dodatnih simptoma koji se javljaju kao sporedni simptomi te komorbiditetnih psihičkih

poremećaja. Osim toga, simptomi PTSP-a tijekom trajanja poremećaja mogu se mijenjati na način da u nekom periodu dominira jedna, a u sljedećem periodu neka druga skupina simptoma (33).

Kao neposredna, akutna reakcija na traumatski događaj, o čijem obliku često ovisi i kasniji tijek poremećaja te klinička slika, mogu se javiti iznimno snažne reakcije užasa, nemoći, straha ili pak disocijativne reakcije. Osoba će unutar disocijativne reakcije proživljavati suženje svijesti, promjene na razini vremenske percepcije, poput usporavanja vremena, osjećaja duge tišine, derealizacijske fenomene, odnosno osjećaj kao da je okolina promijenjena ili pak depersonalizirane doživljaje poput izvantjelesnog iskustva i fragmentacije tijela. Mogu se javiti automatska motorička ponašanja, bilo da su ona adaptivna ili su drugoga tipa, a moguć je razvoj potpune ili djelomične amnezije (34, 35). Može se javiti izraziti nemir, šok, zakočenost ili potreba za bijegom. Nakon toga obično slijedi osjećaj tjeskobe, konfuzija, a mogu se javiti i psihotične reakcije. U prvim satima ili danima nakon traumatskoga događaja često se mogu javljati „flashbackovi“ (36).

Kako je prethodno navedeno, u osnovne simptome PTSP-a ubrajaju se simptomi ponovnoga proživljavanja traume. Ponovno proživljavanje traume može se očitovati na različite načine. Odnosno, kod iste osobe mogu postojati različite manifestacije ponovnoga proživljavanja traume. Osoba može imati izrazito neugodne noćne more povezane s traumatičnim sadržajem, a tijekom buđenja mogu se javljati „flashbackovi“, u okviru kojih osoba ima osjećaj da ponovno proživljava traumatski događaj. Često su prisutna intenzivna sjećanja na proživljenu traumu i promišljanja o proživljenome. Osoba u okolini može uočavati elemente koji je podsjećaju na traumatsku situaciju. Snovi, sjećanja i promišljanja o događaju mogu izazvati snažne emocionalne reakcije, ali i motoričke reakcije istovjetne onima koje je osoba pokazivala tijekom proživljavnja događaja (37).

Kao rezultat straha, užasnutosti, bilo od proživljavanja nove traume ili u sklopu prisjećanja na proživljenu traumu te njezino opetovano proživljavanje na neki od navedenih načina, javljaju se simptomi koji su dio autonomne hiperaktivnosti. Osoba može vrlo impulzivno reagirati, biti razdražljiva, osjećati stalni nemir uz naglašenu hipervigilnost. Ponovno se mogu javljati i disocijativni fenomeni, bilo kao amnezija, fuge, fenomeni depersonalizacije i derealzacije, ili psihogene atake (38). Izražena razdražljivost i pretjerane reakcije praćene značajnom anksioznošću vrlo su česte. Anksioznost može biti perzistirajuća, ali i ograničena te se očitovati paničnim napadima, ali i fobičnim ponašanjem. Fobična ponašanja su povezana su s

percepcijom traumatičnog događaja te se odnose na moguće podsjetnike na traumatični događaj (39). Osobe koje su doživjele gubitak nekog bliskog, mogu proživljavati separacijsku anksioznost (40).

Osobe nastoje izbjeći sve što ih podsjeća na traumu, mjesta, događaje, ljude, situacije, ali i misli i sjećanja na proživljeno. Sve navedeno može biti popraćeno negativnim osjećajima, mislima, i o okolini, i o sebi. Promjene na planu raspoloženja vrlo su česte u okviru kliničke slike PTSP-a, a da pri tome nisu zadovoljeni kriteriji za depresivni poremećaj. Prisutno je sniženo raspoloženje ili pak gubitak interesa, emocionalna otupjelost i nemogućnost doživljaja pozitivnih emocija (41). Osoba ne uspijeva funkcionirati, čak ni krugu svojih najbližih, često se javlja osjećaj odbačenosti, nepripadanja, napuštenosti, a česti su i osjećaji krivnje. Krivnja je vrlo česta kod onih koji su preživjeli neku traumatsku situaciju, a koju drugi ljudi nisu (42). Česta su izrazito fatalistička promišljanja usredotočena na uzroke i posljedice traume, isključenost iz zbivanja oko sebe, osjećaj nemogućnosti upravljanja vlastitim životom, osjećaji besmisla i beznadnosti. Osjećaj da drugi, oni koji nisu proživjeli istu ili sličnu traumu, ne mogu razumjeti njegovu patnju, osobu postupno odvaja od okoline. Izražena navedena depresivna simptomatologija povećava rizik od počinjenja suicida. Osobito se teškim kliničkim slikama smatraju one kod koji dolazi do psihotičnih dekompenzacija (43, 44).

U literaturi se, s obzirom na navedeno, pojavljuju i opisi različitih podtipova poremećaja te se PTSP označava kao disocijativni ili kao anksiozni poremećaj. Teške kliničke slike, koje uključuju promjene na razini ličnosti uslijed proživljavanja teških, obično dugotrajnih i ponavljajućih traumatskih događaja označavaju kao „kompleksni PTSP“ ili kao trajne promjene ličnosti izazvane traumatskim događajima (30).

S obzirom na trajanje, PTSP se može podijeliti na akutni, kronični i onaj s odgođenim početkom. Klinička slika je istovjetna, ali je razlika u trajanju, odnosno u odgodi početka poremećaja. Akutnim se označava onaj poremećaj koji traje najmanje mjesec, a najviše tri mjeseca, dok se kroničnim označava trajanje poremećaja duljim od tri mjeseca. PTSP s odgođenim početkom javlja se najmanje šest mjeseci nakon proživljavanja traumatskog događaja, a ima sklonost ka kroničnom tijeku. Također se kod osoba koje su se već oporavile, pod utjecajem različitih čimbenika, mogu ponovo javiti simptomi poremećaja te tada govorimo o reaktiviranom PTSP-u. (30, 45). Kroničnom tijeku PTSP-a, osim tipa traumatskog događaja, doprinosi niz drugih čimbenika te njihova interakcija. U te čimbenike autori uključuju između ostaloga neposrednu reakciju na traumatski događaj, dominaciju pojedinih klastera simptoma

u kliničkoj slici, karakteristike ličnosti, načine sučeljavanja sa stresom, retraumatizaciju, socioekonomske čimbenike, izostanak socijalne potpore te komorbiditet s drugim psihičkim poremećajima. (33, 46, 47).

1. 1. 4. Epidemiologija traumatskih događaja i PTSP-a

Provedena su brojna epidemiološka istraživanja traumatskih događaja i PTSP-a. Rezultati istraživanja pokazuju značajne varijacije koje proizlaze iz različitih metoda, odnosno primjeni kriterija sukladnih različitim dijagnostičkim klasifikacijama, i u procjeni PTSP-a, tako i u procjeni traumatskih događaja, ali i izloženosti različitom broju, intenzitetu i tipovima traumatskih događaja. Također, istraživanja se mogu odnositi na različite populacije, odnosno opću populaciju ili pak pojedine subpopulacije, kao npr. populacije izložene specifičnim traumatskim događajima, istraživanja koja uključuju samo osobe ženskog spola ili samo muškoga spola te istraživanja po različitim dobnim skupinama, ali i istraživanja različitih geografskih područja koja opet imaju svoje društvene specifičnosti (48, 49, 50).

Mnoga istraživanja ukazuju da izloženost traumatskim događajima tijekom života u općoj populaciji nije zanemariva. Tako je na temelju američke Nacionalne studije komorbiditeta (engl. *Nacional Comorbidity Survey* – NCS) ustanovljena visoka izloženost opće populacije traumatskim događajima. Odnosno, ona među osobama ženskog spola iznosi 51,2 %, a među osobama muškoga spola 60,7 % (50). Rezultati istraživanja opće populacije u Australiji, ukazuju da je 64,4 % muškaraca i 49,5 % žena bilo izloženo tijekom života barem jednom traumatskom događaju (51). Istraživanja pokazuju i na nerijetko prisutnu izloženost višekratnim traumatskim događajima tijekom života (50). Tako npr. kanadsko istraživanje u kojem su korišteni kriteriji DSM-IV, ukazuje na to da je 45,8 % žena i 55,4 % muškaraca tijekom života bilo izloženo višestrukim traumatskim događajima (52). Nešto manja izloženost jest ona u rezultatima studije temeljem NCS-a, odnosno za žene iznosi 24,9 %, a za muškarce 34,2 % (50).

Kod istraživanja razlika među spolovima u izloženosti traumatskim događajima većina rezultata ukazuju na to da će muškarci u odnosu na žene imati veću mogućnost biti izloženi traumatskim događajima (53, 54, 55). Studije također ukazuju na razlike u tipovima traumatskih događaja kojima su izložene žene u odnosu na one kojima su češće izloženi muškarci. Žene su u odnosu na muškarce češće izložene zlostavljanju te imaju više izgleda da će doživjeti

silovanje, dok su muškarci češće izloženi traumi koja se odnosi na borbena djelovanja, stradavanju u izloženosti požaru, fizičkim napadima te prijetnjama oružjem, a češće su izloženi i traumi svjedočenja tuđem stradavanju (50, 51).

Istraživanja prevalencije PTSP-a ukazuju na to da, bez obzira na značajnu izloženost traumatskim događajima u općoj populaciji ili pak drugim ispitivanim skupinama, neće svi ljudi koji su doživjeli neki traumatski događaj ili pak više njih, razviti PTSP. Životna prevalencija PTSP-a se u općoj populaciji, prema DSM-IV, kreće od 1 do 14 %, ovisno o primijenjenim metodama (28). Prema NCS istraživanju provedenom od 1990. do 1992. godine životna prevalencija PTSP-a kod Amerikanaca je oko 8 %, a izloženost traumatskim događajima tijekom života 56 % (56). U kasnijem NCS istraživanju koje je provedeno od 2001. do 2003. godine, životna prevalencija PTSP-a iznosila je 6,8 % (57). Rezultati multicentrične studije koja je uključivala šest europskih zemalja (Italija, Španjolska Njemačka, Nizozemska, Belgija, Francuska) ukazuju da je prevalenciju PTSP-a tijekom života 1,9 % (58). Prevalencija PTSP-a značajno je veća u područjima koja su bila poprišta ratnih zbivanja (59). Također, veća je u populacijama izloženima pojedinim vrstama traumatskih događaja, u odnosu na prevalenciju u općoj populaciji. Tako je npr. kod osoba koje su preživjele uragan Katarina prevalencija PTSP-a iznosila oko 30 % (60), a oko 20 % vatrogasaca koji su sudjelovali u gašenju velikog požara u Australiji imalo je PTSP dvije i pol godine nakon izloženosti traumi (61). Prevalencija PTSP-a bila je oko 24 % kod mladih odraslih ljudi nakon izloženosti prijetnjama smrću ili npr. oko 23 % nakon fizičkoga napada (53). U populaciji izbjeglica brojne studije potvrđuju značajnu prevalenciju PTSP-a. Tako npr. studija koja se odnosi na izbjeglice iz Jugoistočne Azije spominje prevalenciju od 58,8 %. (62). Visoka prevalencija PTSP-a se redovito nalazi kod žrtava silovanja, odnosno seksualnog zlostavljanja. Prema rezultatima jednog istraživanja, oko 80 % žena koje su pretrpjele traumu silovanja ima simptome PTSP-a (53).

Jedna od najznačajnijih studija provedena na veteranskoj populaciji jest američka Nacionalna studija o prilagođavanju vijetnamskih veterana (engl. *National Vietnam Veterans Readustment Study* - NVVRS). Provedena je od 1986. do 1988. godine, a uključivala je oko 3 016 američkih veterana. Prema toj studiji 15 % veterana koji su bili aktivni sudionici borbenih djelovanja u ratu, imalo je PTSP u trenutku ispitivanja, a još 11 % parcijalni PTSP. Životna prevalencija PTSP-a bila je oko 30,9 % za muškarce i 26,9 % za žene (63). Studije koje se bave PTSP-jem kod ratnih i političkih zatočenika redovito ukazuju na visoku prevalenciju PTSP-a u toj populaciji. Ona prema nekim studijama iznosi i preko 70 % (64, 65).

1. 1. 5. Etiologija PTSP-a

1. 1. 5. 1. Traumatski događaj

PTSP je jedan od rijetkih psihičkih poremećaja koji je etiološki definiran, odnosno prvi uvjet za postavljanje dijagnoze, kako je već ranije navedeno, jest izloženost osobe traumatskom događaju. Uz ranije spomenute odrednice traumatskih događaja kroz dijagnostičke klasifikacije, u istraživanjima se izdvajaju osobitosti događaja koji je po svojoj prirodi traumatski. Tako se ističe da je traumatski događaj određen svojim trajanjem, intenzitetom i drugim svojstvima, kao što su npr. njegova nepredvidivost, nemogućnost kontroliranja traumatske situacije i samoga događaja te suočavanje sa smrtnom prijetnjom (66).

Brojne studije potvrđuju da je intezitet traumatskog događaja najsnažniji prediktor PTSP-a (67, 68). Tako rezultati studija ukazuju da neki događaji koji su osobito visokog intenziteta mogu gotovo kod svake osobe dovesti do psihopatoloških posljedica (69). Među stresorima koji imaju visok rizik pojavnosti PTSP-a u istraživanjima se navode i sudjelovanje u ubijanju civila tijekom ratnih zbivanja ili pak izloženost različitim oblicima mučenja (70).

Niz je različitih definicija traumatskih događaja, a jedna od njih je ona koja taj događaj definira njegovim djelovanjem na prilagodbene kapacitete osobe koja mu je izložena, dovodeći do preopterećenosti, a moguće i do iscrpljivanja prilagodbenih mehanizama (71). S obzirom na trajanje, traumatski se događaji mogu podijeliti na one kratkoročne te kronične ili ponavljajuće traumatske događaje. Kratkoročni su događaji oni koji se dogode naglo, jednokratni su, mogu trajati od nekoliko minuta pa do nekoliko dana. Primjeri tih događaja jesu oružana pljačka, silovanje (koje se nije ponavljalo), potres i druge prirodne katastrofe, prometne nezgode, teroristički napadi i sl. Dugoročni, kronični ili ponavljajući događaji su npr. zlostavljanje, ratna zbivanja i zatočeništvo (72). Traumatski događaj osim toga najvažniji je čimbenik u razvoju PTSP-a. Osobitosti traume, odnosno intenzitet traumatskog događaja, broj traumatskih događaja i trajanje traumatskog događaja također su se u metaanalizi studija pokazali značajnim čimbenicima (73).

1. 1. 5. 2. Čimbenici rizika razvoja PTSP-a

Iako je PTSP između ostaloga definiran izloženošću osobe traumatskom događaju, može se postaviti pitanje je li traumatski događaj uzrok ili samo povod razvoju poremećaja, jer mnoge

studije upućuju na to da zadovoljenje toga kriterija ne znači da će kod svake osobe doći do nastanka poremećaja te da to ovisi o čitavom nizu čimbenika. Rezultati istraživanja pokazali su da je, kako je ranije navedeno, izloženost traumatskim događajima u općoj populaciji relativno visoka te da izlaganje traumi nije dovoljan čimbenik za razvoj PTSP-a, odnosno da brojni drugi čimbenici, mogu doprinijeti razvoju toga poremećaja ili pak spriječiti njegov nastanak (74).

Čimbenike rizika većina autora svrstava u pretraumatske, peritraumatske i posttraumatske (75, 76). U rizične čimbenike ubraja se među ostalim, ženski spol, jer se bez obzira na veću izloženost muškaraca traumatskim događajima, PTSP javlja u muškaraca dva puta rjeđe nego li kod žena (77). Ta veća pojavnost PTSP-a u žena tumači se na različite načine. Tako se npr. objašnjava da je veća učestalost kod žena dijelom posljedica svojstava socijalne sredine, te se naglašava razlika među spolovima prisutne u patrijarhalnim sredinama (54). I u drugim se studijama ženski spol se pokazao rizičnim čimbenikom za razvoj PTSP-a. Potvrđeno da su osobe ženskog spola više izložene određenim tipovima traumatskih događaja. Osobe ženskog spola su češće izložene zlostavljanju u djetinjstvu, uključujući i seksualno zlostavljanje te dio studija veću izloženost navedenom traumatiziranju u dječjoj dobi povezuje s povećanom prevalencijom PTSP-a kod žena u odrasloj dobi (78). Studije naglašavaju da je značaj ženskog spola za razvoj PTSP-a puno veći povezano s traumama u djetinjstvu, nego li u odrasloj dobi (53). Isto potvrđuje i metaanaliza 77 studija (73). U navedenoj se metaanalizi, kada se uspoređuje muški i ženski spol, pokazalo da mlađi muškarci, nižeg socioekonomskog statusa te pripadnici etničkih manjina imaju veću vjerojatnost za razvijanje PTSP-a u odnosu na žene.

Osim nižega socioekonomskog statusa i niže intelektualne sposobnosti, rizične čimbenike za razvoj PTSP-a predstavlja i odrastanje u problematičnim obiteljima bez adekvatnih roditeljskih odnosa, razvod roditelja prije desete godine života te izloženost zlostavljanju tijekom djetinjstva (79, 80, 81). Neka obilježja ličnosti, kao što su vanjski lokus kontrole i neuroticizam, također predstavljaju prediktore razvoja PTSP-a (53, 82).

Sumirajući rezultate 38 studija, Shalev (1996.) je izdvojio, osim osobitosti traume, i druge značajne čimbenike za razvoj PTSP-a. Prema njemu, nastanak PTSP-a ovisiti će o međusobnom odnosu traumatskog događaja, ranjivosti osobe izložene traumi, neposredne akutne reakcije na traumatski događaj i posttraumatskih čimbenika. Ranjivost traumatizirane osobe određena je nizom čimbenika, npr. postojanjem psihičkih poremećaja u obitelji, zlostavljanjem i negativnim iskustvima s roditeljima tijekom odrastanja, traumatiziranjem u ranoj životnoj dobi, nižom razinom obrazovanja, nekim genetskim i neuroendokrinim osobitostima te obilježjima ličnosti

(83). Među bitnim posttraumatskim čimbenicima ističe se socijalna potpora, odnosno njezin izostanak te kasniji životni stresori. Eventualni razvoj PTSP-a ovisit će i o intenzitetu traumatskog događaja, pripremljenosti na eventualni traumatski događaj i neposrednim reakcijama na traumatski stres (disocijativna reakcija npr. predstavlja rizik za pojavu PTSP-a).

Brojne studije potvrđuju značaj neposrednih reakcija na traumatski događaj za kasniji razvoj PTSP-a. Tako se kao značajni prediktori ističu osjećaj srama te osjećaj ljutnje i bijesa prema drugim osobama tijekom, odnosno nakon traume, te disocijativne reakcije (84, 85). Brewin i sur. (1999.) ističu da pojava triju ili više simptoma pojačane pobuđenosti ili intruzivnih simptoma u razdoblju od tri tjedna nakon izloženosti traumatskom događaju, s velikom vjerojatnošću mogu predvidjeti kasniji razvoj PTSP-a (85). Na značaj disocijativnih reakcija ukazuje i Ozer sa svojim suradnicima (76).

Studije ukazuju i na značaj socijalne potpore te kasnijih stresnih životnih događaja te se u nekim studijama ističe da je utjecaj tih čimbenika u određenim uvjetima veći od utjecaja pretraumatskih čimbenika. Prema rezultatima istraživanja, adekvatna socijalna potpora jedan je od najsnažnijih negativnih prediktora intenziteta simptoma PTSP-a (73, 86). Neki upućuju na to da u nastanku psihičkih poremećaja, kao posljedice traumatskog iskustva, značaj nedostatka socijalne potpore može biti veći od samog traumatskog događaja. (87). Brojna istraživanja veteranske populacije su pokazala da mnogi veterani po povratku s ratišta imaju poteškoća u uključivanju u civilni život, često iskuse potpunu socijalnu izolaciju, osjećaju da ne mogu podijeliti svoja traumatska iskustva s drugima ili pak nailaze na negativne reakcije okoline (88) Odgovarajuća socijalna potpora po povratku s ratišta povezana je i s manje izraženim simptomima PTSP-a (89).

1. 1. 5. 3. Psihodinamske teorije

Zajedničko svim psihodinamskim modelima jest isticanje karakteristika traume kao događaja koji izaziva osjećaj bespomoćnosti i ranjivosti, a može dovesti do slabljenja psihičkih kapaciteta te oštećenja procesuiranja sjećanja na traumu, što se onda očituje kroz simptome ponavljanog proživljavanja traumatskih događaja bilo kroz snove, sjećanja, promišljanja ili „flashbackove“.

Psihodinamske teorije starijeg datuma zasnivaju se uglavnom na objašnjavanju traumatske neuroze, odnosno doživljaju traumatskog događaja koji je u podlozi razvoja neuroze. Tako npr.

Freud ističe značaj odnosa osobe prema doživljenoj traumi, a uvodi i pojam traumatske situacije. Pojednostavljeno rečeno, traumatsku neurozu tumači kao rezultat prejakoga podražaja (traumatskog događaja), koji nije mogao biti prorađen na odgovarajući način. Prema tome modelu, aktualna trauma oživljava ranu traumu te neriješene konflikte, što potom vodi u psihičku regresiju. Osobito se to odnosi na konflikte koji su povezani sa snažnim emocijama, tjelesnim funkcijama te strahom od kazne. Osjećaj bespomoćnosti koji se javlja zbog nemogućnosti prevladavanja traumatske situacije dovodi do ponavljanja kompulzije traumatskog događaja, što se očituje u kompulzivnom ponavljanju traume kroz prisjećanja ili snove traumatskoga sadržaja. Istovremeno se aktiviraju i mehanizmi obrane od ponovnoga proživljavanja traume, koji se izmjenjuju s kompulzivnim ponavljanjem (90).

Psihodinamske teorije nešto novijeg datuma objašnjavaju odnos prema traumi na dva načina, odnosno kao pasivan i aktivan odnos ega u prevladavanju traume (91) U pasivnom odnosu prema traumi dolazi do negacije traume, a pri tome i do zatajenja prilagodbenih kapaciteta. Za razliku od pasivnog odnosa prema traumi, aktivni odnos uključuje obrambene reakcije potaknute promišljanjima i sjećanjima na traumu (92, 93).

1. 1. 5. 4. Kognitivne i bihevioralne teorije

Osnovu kognitivnih teorija čini međuodnos traumatskoga događaja i osobe koja mu je bila izložena te način obrade informacija od strane traumatizirane osobe. Osim osobina traumatskoga događaja, za konačni ishod proživljene traume odgovorne su osobine ličnosti, odnosno njihova bazična vjerovanja, stavovi, obrasci ponašanja i načini obrade i integracije informacija koji karakteriziraju osobu prije nego li je bila izložena traumatskom događaju (94).

Jedan od istaknutijih modela ovoga tipa je Horowitzeva teorija obrade informacija. Prema toj teoriji, traumatski događaj jest onaj događaj koji predstavlja informaciju inkompatibilnu s postojećim načinom obrade informacija kod osobe koje je doživjela traumu (95). U pokušaju obrade informacije (traumatskog događaja) dolazi do promjena u postojećim modelima, a da bi se informacija obradila i integrirala potrebno je vrijeme te značajna emocionalna energija. U pokušaju integracije, osoba se nastoji obraniti od emocionalnoga iscrpljenja koje se javlja uslijed ponavljanoga proživljavanja traumatskog događaja, u sklopu pokušaja integriranja informacije u postojeće sheme. Ovdje se uključuje mehanizam inhibicije, odnosno negacije, koji ima ulogu spriječiti iscrpljenje, a ako on nije dovoljno snažan javljaju se intruzivni

simptomi kao dominantni u kliničkoj slici. Nasuprot nedovoljno jakim inhibicijama, mogu se javiti pretjerani inhibitorni mehanizmi, koji onda rezultiraju izbjegavajućim simptomima u čijoj osnovi je proces negacije. Neuspjeh u integriranju, odnosno proradi informacija, rezultira zaostajanjem informacija o traumatskom događaju u aktivnom sjećanju što može dovesti do kornificiranih smetnji (35).

Kognitivno-socijalne teorije, kako je ranije naznačeno, zasnivaju se na nepodudaranju traumatskoga događaja s osobnim vjerovanjima i stavovima te jedna od takvih teorija ističe kako se traumatski događaj ne može uklopiti u vjerovanje o svijetu kao sigurnom mjestu i vjerovanje u vlastitu neranjivost (96). Trauma pri tome zahtijeva poništenje dotadašnjih vjerovanja te ulaganje velike energije u stvaranje novih uvjerenja, pri čemu se javljaju novi manje uspješni prilagodbeni mehanizmi, odnosno pokušaji se očituju kroz simptome. Ova se teorija naziva i konstrukcionističkom teorijom. U slučaju osoba koje nemaju pozitivne stavove o sebi i svijetu, traumatski događaj bi prema ovoj teoriji samo potvrdio i učvrstio negativna uvjerenja.

Teorije koje ističu značaj emocija odnosno emocionalnoga procesuiranja, objašnjavaju da podsjetnici na traumu izazivaju iste emocionalne i ponašajne reakcije kao i originalni traumatski događaj (97). Te teorije temelje se na Langovom modelu „mreže straha“ (98), odnosno strukturi obilježenoj strahom, koji se javio kod proživljavanja traumatskoga događaja te nije adekvatno obrađen. Prilikom ponovnog proživljavanja traume kroz emocionalno procesuiranje se aktivira postojeća mreža straha s ciljem pronalaska novih, primjerenijih načina sučeljavanja s traumom.

U osnovi jednog od najznačajnijih kognitivnih modela jest onaj koji objašnjava da je PTSP rezultat obrade traumatskoga događaja kao da se on događa sada, kao da u sadašnjem trenutku predstavlja opasnost i prijetnju (99). Taj doživljaj traumatskog događaja rezultat je pretjerano negativnih procjena traume i poremećaja u pamćenju što dovodi do neodgovarajuće integracije informacije te simptoma ponovnoga proživljavanja traume, odnosno aktivacije sjećanja, ali bez konteksta sadašnjosti.

Bihevioralne teorije zasnivaju se na procesima učenja, odnosno klasičnom i instrumentalnom uvjetovanju. Osoba izložena traumatskom događaju, koji predstavlja bezuvjetni podražaj, naučena je kroz proživljavanje traume reagirati na uvjetne podražaje anksioznošću, odnosno strahom. Uvjetne podražaje predstavljaju svi oni podražaji koji su bili nazočni tijekom

traumatskoga događaja. Izbjegavanjem svega onoga što podsjeća na traumatski događaj nastoje se izbjeći emocije koje bi se mogle javiti kod izloženosti određenim podražajima. Iako kratkoročno takvo izbjegavajuće ponašanje vodi ka olakšanju, svojevrsnoj nagradi, dugoročno to može dovesti do nemogućnosti gašenja veze između negativnih emocija i reakcija s uvjetnim podražajima (100).

1. 1. 5. 5. Kratki pregled bioloških promjena u PTSP-u

U neurobiološkoj podlozi PTSP-a nalaze se promjene različitih sustava, koje su posljedica izloženosti dugotrajnom stresu, odnosno traumatskom stresu koji se ne poklapa s realnim vremenom u kojem je osoba bila izložena traumatskom događaju. To proizlazi iz činjenica da je PTSP obilježen u svojoj osnovi stalnim ili ponavljajućim proživljavanjima traume što je dio kliničke slike PTSP-a. Ovo dugotrajno djelovanje stresora iz prošlosti rezultira dugotrajnom aktivacijom mehanizama stresne reakcije. Tome se pridružuju i novi, životni stresori kojima su osobe izložene, a sve to dodatno opterećuje homeostazu organizma i može dovesti do dugoročnih promjena različitih sustava (101).

Opterećenost autonomnoga živčanog sustava (AŽS) i njegova pretjerana reakcija potvrđena je kroz mnoge studije koje evidentiraju povećanje krvnoga tlaka, preznojavanje, uvećanje frekvencije rada srca koji prate misli, slike, zvukove, mjesta i situacije povezane s traumatskim događajem iz prošlosti (98, 102). Primjer pretjerane aktivacije AŽS-a kod PTSP-a je i pretjerana reakcija trzanja koja uključuje i specifične mišićne reakcije, a nastaje kao rezultat izlaganju iznenadnim podražajima (103). Pretjerana reakcija trzanja može perzistirati i kod osoba u kojih je došlo do povlačenja simptoma PTSP-a, što se objašnjava pogrešnom interpretacijom vanjskih bezopasnih, iznenadnih podražaja (104, 105).

Kod oboljelih od PTSP-a potvrđena je promjena različitih neurotransmitorskih sustava, koji se nalaze u podlozi pojedinih simptoma PTSP-a. Tako se npr. nalazi povišena razina noradrenalina, što se povezuje sa simptomima pojačane pobuđenosti, odnosno pretjeranim izražavanjem emocija te pojačanim osjećajem prestrašenosti (101). Razina dopamina pokazala se također povišenom u nekim istraživanjima, što se povezuje s kondicioniranjem straha, dok se snižena razina serotonina povezuje s impulzivnošću, agresivnošću, osjećajem ustrašenosti i nametajućim mislima o traumatskome događaju (106, 107). Istraživanja također ukazuju i na povišenu razinu glutamata te sniženu razinu gama-aminomlaslačne kiseline (GABA) što što se

povezuje sa disocijativnim simptomima, odnosno anksioznošću (108). U istraživanjima se potvrđuju i promjene u izlučivanju endogenih opijata, što u kombinaciji s promjenama noradrenergičkoga sustava predstavlja podlogu simptoma ponovnog proživljavanja traume te simptoma izbjegavajućeg ponašanja kod oboljelih od PTSP-a (102, 109).

Navedene promjene praćene su i promjenama anatomskih struktura te njihove aktivnosti. Brojna istraživanja potvrđuju smanjeni volumen i sniženu aktivnost hipokampusa dok je aktivnost amigdala povećana. Smanjeni volumen hipokampusa neka istraživanja povezuju s prvotno pojačanim lučenjem kortizola uslijed stresa, a do smanjenja volumena dolazi u slučaju kroničnih stanja koja onda za posljedicu imaju ireverzibilne promjene (110, 111). Neke studije upućuju na to da bi promjena volumena hipokampusa mogla biti u podlozi razvoja PTSP-a, a ne njegova posljedica (112). Smanjeni volumen hipokampusa povezuje se s oštećenjem memorije kod oboljelih od PTSP-a (113). Neka istraživanja upućuju na smanjeni volumen amigdala, a povećana aktivnost amigdala je u pozitivnoj korelaciji s intenzitetom simptoma PTSP-a, odnosno povezuje se s anksioznošću te je u podlozi pojačanog opreza, pogrešne interpretacije podražaja te tumačenja bezazlenih podražaja iz okoline kao prijetećih (114).

Česti nalaz kod osoba oboljelih od PTSP-a jest i smanjena aktivnost medijalnog prefrontalnog korteksa (MPFC) te smanjeni volumen prefrontalnog i cingularnog korteksa (115). Neke studije ukazuju i na poremećaj funkcije talamusa, koji predstavlja neki oblik filtera u propuštanju okolišnih senzornih podražaja prema različitim područjima korteksa, amigdali i hipokampusu (116, 117) Rezultati nekih studija pokazuju lateralizaciju hemisfera, pa se tako npr. disfunkcija lijeve hemisfere u stanjima izrazite pobuđenosti povezuje sa stanjima derealizacije i depersonalizacije u akutnom PTSP-u (118).

Često istraživane promjene neuroendokrinoga sustava u oboljelih od PTSP-a potvrđuju promjene na razini hipotalamo-hipofizno-adrenalne osi (HHA). Rezultati istraživanja ukazuju na to da dolazi do prilagodbe organizma na ponavljani ili dugotrajni stres kroz ponovna proživljavanja traume. Kao posljedica navedenog, HHA sustav reagirati će razvojem negativne povratne sprege te je evidentirana niska razina kortizola kod osoba s PTSP-jem (119). Niska razina glukokortikoida rezultirat će povećanim brojem glukokortikoidnih receptora u hipokampusu (120). Istraživanja potvrđuju i promjene unutar hipotalamo-hipozino-tireoidne osi (HHT) koje se očituju povišenim serumskim vrijednostima tiroksina (T4), tiroksin vezujućeg globulina (TBG), ukupnog trijodtironina (T3) i slobodnog T3, kao i povišenim

odnosom T3/T4, bez povišenih razina slobodnog T4 i tireo-stimulirajućeg hormona (TSH). Poremećeni odnos T3/T4 povezuje se sa simptomima pojačane pobuđenosti (121).

Brojna istraživanja bave se promjenama imunološkog sustava u stresu, koje su vrlo složene i još uvijek nedovoljno istražene. Ono što se do sada potvrdilo, u brojnim istraživanjima, je pojačana aktivnost imunosustava koja se očituje u povećanoj koncentraciji proupalnih citokina i povećanom broju leukocita, limfocita i T limfocita u perifernoj cirkulaciji. Smanjena je aktivnost prirodnih stanica ubojica. Navedeno više odgovara akutnoj reakciji na stres nego li kroničnom stresu za koji je karakteristična imunosupresija, a povezuje se sa već spomenutim smanjenjem razine kortizola (122, 123, 124).

1. 1. 6. Komorbiditet

1. 1. 6. 1. Psihički komorbiditet

Brojna istraživanja pokazuju da je komorbiditet PTSP-a s drugim psihičkim poremećajima vrlo čest. Tako prema američkom Nacionalnom istraživanju komorbiditeta (NCS) 88,3 % muškaraca i 79,0 % žena koji imaju PTSP istovremeno ima barem još jedan psihički poremećaj, a dvije trećine ispitanika zadovoljava kriterije za još najmanje dva psihička poremećaja (50) Kao najčešći komorbiditetni psihički poremećaji javljaju se depresija, panični poremećaj, generalizirani anskiozni poremećaj (GAP) te zloporaba sredstava ovisnosti ili pak ovisnost o navedenim tvarima.

Studija provedena u Kanadi koja je uključivala približno 500 veterana pokazuje visok stupanj komorbiditeta. Kod gotovo 80 % ispitanika istodobno perzistiraju barem dva poremećaja, a najčešće PTSP i depresivni poremećaj (61,5 %) te generalizirani anskiozni poremećaj (52,3 %). (125). Istraživanje koje je provedeno na uzorku od više od 7000 ispitanika uključujući muškarce i žene koji su kao pripadnici vojnih snaga sudjelovali u ratu u Afganistanu i Iraku ukazuje na razlike u komorbiditetnim poremećajima PTSP-a po spolu, a koje je povezano i s različitim tipovima traumatiziranja. Kod žena koje su imale PTSP, a bile su izložene seksualnom zlostavljanju kao komorbiditetni poremećaj najčešća je depresija, a kod muškaraca koji su bili izloženi ekstremnim traumama tijekom borbenih djelovanja kao najčešći komorbiditetni psihički poremećaj javlja se alkoholizam te zloporaba alkohola (126). Istraživanje koje je uključivalo pripadnike britanske i američke vojske koji su sudjelovali u vojnim akcijama u

Iraku i Afganistanu pokazalo je povezanost vrste i intenziteta traume s pojavom PTSP-a te veću učestalost agresivnoga ponašanja te štetne uporabe alkohola i istovremeno rizičnog ponašanja pod utjecajem alkohola(127).

Istraživanje koje je uključivalo 1 127 pacijenata s aktualnom dijagnozom PTSP-a pokazuje da je njih 69 % zadovoljavalo kriterije za depresiju, 38 % za GAP, a 23 % za panični poremećaj (128). Istraživanje koje je također uključivalo ispitanike s aktualnim PTSP-jem upućuje da su svi ispitanici u jednome trenutku tijekom života zadovoljavali kriterije za neki drugi psihički poremećaj, odnosno njih 82 % imalo je depresivni poremećaj, a 60 % panični poremećaj s agorafobijom. Visoka je učestalost komorbiditeta PTSP-a i zloporabe sredstava ovisnosti te se javlja u 11 – 41 %,a prema nekim studijama i u do 50 % osoba s PTSP-em (51, 56, 129, 130, 131).

Studije koje se bave komorbiditetom PTSP-a i drugih psihičkih poremećaja analiziraju podlogu tako visokog komorbiditeta i daju različite rezultate. Tako neke studije upućuju na to da PTSP stvara predispoziciju za nastanak drugih poremećaja zbog mogućeg povećanja vulnerabilnosti. Neki autori npr. zaključuju da intruzivni simptomi PTSP-a, odnosno opterećenost nametajućim sjećanjima na traumatsko iskustvo, predstavljaju predispoziciju za razvoj paničnog poremećaja (128). Također, zaključuju da PTSP češće prethodi razvoju paničnog poremećaja nego obratno.

Kako je prethodno navedeno, PTSP vrlo često dolazi u komorbiditetu s depresivnim poremećajem, a u većini studija se navodi da je depresija nastala nakon razvoja PTSP-a, kao komplikacija kliničkog stanja i disfunkcionalnosti, a osobito se povezuje sa izbjegavajućim simptomima i simptomima otupjelosti i obamrlosti (132, 133, 134, 135). Druge studije navode da depresija prethodi razvoju PTSP-a nakon izloženosti traumatskom događaju te da je intenziviranje simptoma depresije prediktor intenziviranja simptoma PTSP-a, osobito intruzivnih simptoma te simptoma obamrlosti i simptoma pojačane pobuđenosti, kratko nakon traumatskog događaja (136, 137). Rezultati nekih istraživanja ukazuju da se depresija i PTSP mogu javiti istovremeno nakon traumatskog događaja (138).

Česti komorbiditet PTSP-a i zloporabe ili ovisnosti o sredstvima ovisnosti objašnjava se najčešće hipotezom o samoterapiji odnosno samomedikaciji, a studije najčešće upućuju na to da PTSP prethodi razvoju zloporabe i ovisnosti (139). Suprotno hipotezi o samomedikaciji neke studije upućuju na to da u nekim slučajevima zloporabe i ovisnosti prethode razvoju PTSP-a,

ističući veću vjerojatnost za proživljavanje traumatskih događaja, a time i za pojavu PTSP-a kod tih osoba (139).

Istraživanja su pokazala da izloženost traumatskom događaju ili višekratnim traumatskim događajima u djetinjstvu, odnosno neurorazvojnom razdoblju, može predstavljati rizični čimbenik za razvoj shizofrenije, a naknadna traumatizacija te razvoj PTSP-a mogu dovesti do egzacerbacije psihotičnih simptoma odnosno do relapsa postojećega psihotičnog poremećaja (140). Druga istraživanja navode da psihotični poremećaji koji perzistiraju prije razvoja PTSP-a povećavaju rizik za traumatske događaje kao što su seksualno i fizičko zlostavljanje, a time i rizik za razvoj PTSP-a (141, 142).

1. 1. 6. 2. Tjelesni komorbiditet

Brojna istraživanja pokazala su jasnu povezanost izloženosti traumatskim događajima, odnosno traumatskom stresu, s narušenim tjelesnim zdravljem (143). Tako se s tjelesnim bolestima povezuju na primjer zlostavljanje u djetinjstvu, izloženost borbenom stresu ili prirodnim katastrofama te seksualnom zlostavljanju (144, 145, 146).

Rezultati različitih studija također potvrđuju povezanost PTSP-a kao posljedice izloženosti traumatskom događaju i različitih tjelesnih bolesti. Mnoga istraživanja potvrđuju komorbiditet PTSP-a i somatskih bolesti. Prema rezultatima istraživanja tjelesni komorbiditet se nalazi u oko 55 % osoba oboljelih od PTSP-a (147). Tako je npr. kod veterana oboljelih od PTSP-a evidentirana značajno veća prevalencija kardioloških, neuroloških, respiratornih i gastroenteroloških bolesti u odnosu na prevalenciju tjelesnih bolesti kod veterana koji nisu oboljeli od PTSP-a (143, 148, 149). Slični su rezultati studija kod onih koji su preživjeli prirodne katastrofe (150).

Studije upućuju na to da PTSP posreduje u odnosu između traumatskog iskustva i tjelesnih bolesti (151) te u taj odnos mogu biti uključeni brojni psihosocijalni čimbenici kao što je to npr. nezdravi način života, loše životne navike, ali i biološki čimbenici pokrenuti traumatskim stresom i razvojem PTSP-a (146, 152). Ti nalazi u drugim studijama nisu potvrđeni (144, 153). Posredovanje PTSP-a između traume i pojave tjelesnih bolesti kroz biološke promjene u PTSP-u, koje su prethodno spomenute, tumači se alostatskim opterećenjem u kojem dolazi do opetovanoga pokretanja prilagodbenih mehanizama, odnosno aktivacije HHA te aktivacijom

simpatičkoga živčanog sustava, padom koncentracije kortizola i porastom kateholamina u perifernoj cirkulaciji (154, 155). Slijedom tih promjena dolazi do pokretanja proupalnih procesa koji su povezani s nastankom tjelesnih bolesti, npr. s bronhitisom, astmom, aterosklerozom, odnosno kardiovaskularnim bolestima (143, 156, 157).

U studiji koja je uključivala 3 171 osobu odrasle dobi ispitanici su podijeljeni u 3 skupine: skupinu ispitanika koji nemaju iskustvo traume, skupinu ispitanika koji su proživjeli traumatski događaj bez PTSP-a te skupinu ispitanika koja je razvila PTSP. Rezultati studije pokazali su djelomični utjecaj PTSP-a na odnos traume i tjelesnih bolesti. Ta je veza bila jasna u slučaju kardiovaskularnih i plućnih bolesti te su rezultati pokazali da je među onima koji su imali traumatsko iskustvo postojao 20 % veći rizik za kardiovaskularne bolesti (anginu pektoris i zatajenje srca) i moždani udar u slučaju kada se isključi utjecaj drugih čimbenika (nezdrave životne navike, povišen indeks tjelesne mase, povišen krvni tlak, postojanje depresivnog poremećaja). Usporedbom skupine ispitanika koji su razvili PTSP i skupine bez PTSP-a ustanovljen je 2,4 puta veći rizik za razvoj angine pektoris te 3,4 puta veći rizik za zatajenje srca. Ispitanici s PTSP-em imali su oko 3 puta veći rizik za razvoj bronhitisa, bronhijalne astme te bolesti jetre i perifernih arterijskih bolesti u odnosu na one bez PTSP-a (158). U ovoj studiji rezultati su pokazali povezanost traume i moždanog udara, bubrežnih bolesti te osteoartritisa i poliartritisa, pri čemu navedene bolesti nisu bile povezane s PTSP-em. Jasna poveznica PTSP-a i kardiovaskularnih bolesti utvrđena je i u brojnim drugim istraživanjima. Tako je ta veza utvrđena u istraživanjima koja su uključivala osobe koje su preživjele prirodne katastrofe i brojnim studijama koje su uključivale veterane s PTSP-jem (159, 160, 161, 162).

Studije koje su uključivale vijetnamske veterane ukazuju na značajno narušeno tjelesno zdravlje veterana te češći somatski morbiditet u onih koji su imali iskustvo borbene traume, i koji su kao posljedicu traume razvili PTSP u odnosu na usporedive neveteranske ispitanike ili pak veterane koji nemaju iskustvo borbene traume i veterane koji nisu razvili PTSP. Ti veterani značajno su se više koristili uslugama zdravstvene zaštite od onih koji nisu imali borbeno iskustvo i od onih koji nisu razvili PTSP (63, 145, 163). Poslijeratni somatski morbiditet vijetnamskih veterana oboljelih od PTSP-a bio značajno veći u odnosu na one bez PTSP-a za mnoge somatske bolesti, uključujući kronične kardiovaskularne bolesti, neurološke bolesti, mišićno-koštane bolesti, plućne bolesti, pa i onda kada se isključi utjecaj rizičnih čimbenika za navedena somatska stanja (145).

Istraživanja su potvrdila da 25 % onih veterana koji su imali PTSP i dva desetljeća nakon ratnih zbivanja ima dijagnoze nekih kardiovaskularnih bolesti, nasuprot 13 % onih koji nemaju PTSP. Također 19 % onih s PTSP-jem ima neurološku bolest u usporedbi s onima bez PTSP-a kod kojih 6 % ima neurološke bolesti. Među vijetnamskim veteranima oboljelim od PTSP-a njih 68 % ima neku kroničnu tjelesnu bolest, nasuprot 48 % onih koji nemaju PTSP (122). Također, veterani oboljeli od PTSP-a imaju povišenu razinu leukocita i T stanica (164).

Studije koje su uključivale veterane iz II. svjetskog rata i Korejskoga rata također potvrđuju visoku razinu morbiditeta, odnosno veću učestalost kardiovaskularnih bolesti kod onih veterana koji imaju PTSP (165). Istraživanje provedeno na nizozemskim veteranima ukazuje na višu učestalost angine pektoris kod veterana oboljelih od PTSP-a u odnosu na kontrolnu skupinu (166). Spomenute promjene imunološkog sustava povezane s PTSP-em rezultiraju razvojem različitih autoimunih bolesti. U oboljelih od PTSP-a nalazi se prema rezultatima nekih studija veća učestalost psorijaze i reumatodinog artritisa (167, 168).

1. 1. 6. 3. Kvaliteta života i funkcioniranje oboljelih od PTSP-a

Iako se koncepti kvalitete života, zdravlja, zdravstvenog statusa i kvalitete života povezane sa zdravljem, opisuju kao zasebni, oni se vrlo često isprepliću i preklapaju. Kvaliteta života vrlo je složena konstrukcija koja se u literaturi opisuje kroz brojne definicije. Svjetska zdravstvena organizacija definira taj koncept kao osobnu percepciju vlastite pozicije u specifičnom kulturološkom, socijalnom i okolišnom kontekstu (169). Prema Krizmanić i Kolesarić, kvaliteta je života u svojoj suštini individualni doživljaj zadovoljstva životnim uvjetima, mogućnostima koje život pruža pojedincu, uz sva ograničenja na koja tijekom života osoba nailazi. Kvaliteta se života prema tim autorima odnosi na subjektivni doživljaj objektivnih životnih okolnosti, koji će ovisiti o mnogim čimbenicima, a između ostaloga bit će oblikovana životnim iskustvom, htijenjima i očekivanjima pojedinca (170). Jedna od najčešće spominjanih definicija kvalitete života jest i ona koja se odnosi na opće blagostanje, određeno objektivnim čimbenicima i subjektivnim vrednovanjem emocionalnoga, socijalnoga, fizičkoga i materijalnoga blagostanja (171).

Zdravlje je prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji definirano ne samo „odsustvom bolesti, već i zdravstvenim, društvenim i materijalnim blagostanjem“ (172). Kada se govori o povezanosti zdravlja, odnosno bolesti i kvalitete života, također se analizira na koji način i u

kojoj mjeri je narušena kvaliteta života u različitim područjima življenja, odnosno funkcioniranja kroz subjektivnu procjenu pojedinca. Kao i u slučaju definiranja kvalitete života, kada se govori o kvaliteti života povezanoj sa zdravljem, postoji više definicija toga koncepta (173, 174). Pri tome mjere kvalitete života povezane sa zdravljem obuhvaćaju mentalnu i fizičku komponentu zdravlja te različite dimenzije kojima su ove dvije osnovne komponente zdravlja određene. Dobrobit kao manifestacija kvalitete života, određena je subjektivnim osjećajem pojedinca (173). Koncept kvalitete života povezane sa zdravljem odavno je u svom značaju nadišao objektivne mjere zdravlja, odnosno zdravstvenoga stanja te se pokazao značajnijim u procjeni zdravlja, morbiditeta i mortaliteta, u brojnim epidemiološkim i drugim istraživanjima (175, 176, 177). Pojam kvalitete života povezane sa zdravljem usko je usredotočen na utjecaj zdravlja, odnosno bolesti i terapijskih postupaka na kvalitetu života, a ne uključuje druge odrednice kao što su npr. kvaliteta obrazovanja, političke slobode, kulturološke osobitosti okoline itd., iako je ponekad teško u potpunosti odvojiti ove utjecaje (178). Istodobno, kada se govori o kvaliteti života koja je povezana sa kroničnim bolestima, vrlo često dolazi upravo do utjecaja bolesti (ili poremećaja) na mnoga područja te se u tom slučaju teško može odvojiti što nije povezano sa zdravljem, a što jest (179).

Istraživanja su pokazala da PTSP, bez obzira da li se radi o veteranskoj ili civilnoj populaciji, značajno narušava kvalitetu života u mnogim njezinim domenama (180). O značaju utjecaja PTSP-a na kvalitetu života povezanu sa zdravljem govore i studije čiji rezultati ukazuju da je kvaliteta života povezana sa zdravljem snižena i u onih osoba kod kojih nisu bili u potpunosti zadovoljeni dijagnostički kriteriji za PTSP, nego su imali parcijalni PTSP, odnosno pojedine simptome toga poremećaja (181). Također, istraživanja upućuju na to da PTSP utječe na kvalitetu života i desetljećima nakon izloženosti traumi (182, 183).

PTSP, osim što narušava zdravlje i kvalitetu života povezanu s mentalnim zdravljem, utječe i na tjelesnu komponentu zdravlja te mnoga područja funkcioniranja i unaprijed određene uloge i aktivnosti, kao što su radno, socijalno i bračno funkcioniranje (173). Tako studije upućuju na to da veći intenzitet simptoma PTSP-a utječe na radno funkcioniranje u većoj mjeri nego li manji intenzitet simptoma PTSP-a. Pri tome se, u nekim istraživanjima, naglašava važnost pojedinih skupina simptoma PTSP-a, odnosno utvrdilo se da su s narušenim radnim funkcioniranjem bili povezani jače izraženi izbjegavajući simptomi, simptomi apatije, otupjelosti te simptomi pojačane pobuđenosti (184, 185). Također, studije upućuju na to da su

simptomi otupjelosti, obamrlosti i izbjegavajući simptomi naročito povezani s narušenim socijalnim, odnosno obiteljskim funkcioniranjem (184, 186).

Istraživanja koja su uključivala veteransku populaciju pokazuju slične rezultate. Tako studija koja uključuje veterane s PTSP-jem i bez njega, upućuje na značajno lošije radno te interpersonalno funkcioniranje, uključujući i obiteljsko funkcioniranje kod oboljelih od PTSP-a u odnosu na one bez PTSP-a (187). I druga istraživanja koja se odnose na funkcioniranje veteranske populacije upućuju na narušenu radnu funkcionalnost, ali i loše funkcioniranje u području obrazovanja, kao i narušeno emocionalno funkcioniranje (188). Pojedini klasteri simptoma su se u istraživanjima pokazali značajnije povezani s pojedinim područjima funkcioniranja. Studije povezuju simptome ponovnoga proživljavanja traume s narušenim socijalnim i obiteljskim funkcioniranjem, dok simptomi izbjegavajućeg ponašanja u najvećoj mjeri dovode do narušenoga socijalnog funkcioniranja, a naglašeni simptomi otupjelosti, te oni pojačane pobudljivosti, u najvećoj mjeri utječu na radno funkcioniranje (189).

Osim što istraživanjima potvrđen negativan utjecaj PTSP-a na kvalitetu života, istraživanja su se bavila i utjecajem narušene kvalitete života na intenzitet PTSP-a. Pokazalo da ovaj odnos nije jednosmjeran, nego se radi o složenom odnosu u okviru kojeg, osim što PTSP dovodi do narušavanja kvalitete života, narušena kvaliteta života dovodi do intenziviranja simptoma PTSP-a (190, 191).

1. 2. Ratno zatočeništvo

1. 2. 1. Osobitosti traume zatočeništva

Brojna istraživanja koja se bave zatočeništvom, njegovim karakteristikama i posljedicama upućuju na to da je zatočeništvo jedno od najtraumatičnijih ljudskih iskustava. U istraživanjima se ističe da je tijekom zatočeništva žrtva izložena prolongiranom i ponavljanom traumatiziranju tijekom kojeg može biti žrtvom različitih oblika zlostavljanja od strane drugoga čovjeka. Osim uskraćivanja osnovnih ljudskih potreba za hranom, vodom, snom, izlaganja ekstremnim temperaturama, prekidu informacija iz vanjskog svijeta, premlaćivanju, stvara se situacija u kojoj je žrtva, odnosno zatočenik, u potpunosti ovisna o zatočitelju. Kao osobito teška trauma, ističe se situacija izolacije, odnosno smještanje žrtve u samicu. Autori ističu da se između žrtve i zlostavljača (zatočitelja) stvara posebna vrsta odnosa, koju autori opisuju situacijom prisilne

kontrole. U tom odnosu žrtva je izložena namjernom i na nju usmjerenom djelovanju od strane svoga mučitelja (6, 192).

Kada se govori o ratnom zatočeništvu, najčešće se radi o veteranima koji osim iskustva zatočeništva imaju i iskustvo borbe, odnosno traumatiziranja koje je posljedica izloženosti borbenim aktivnostima i različitim životno ugrožavajućim situacijama. U istraživanjima se ističe da postoji značajna razlika između ova dva tipa traume. Iako je tijekom borbe ugrožen tjelesni integritet te život osobe, ovdje se ne radi o osobnoj prijetnji usmjerenoj na jedinstvenu osobu niti postoji poniženje i duboko povređivanje osobnosti žrtve (193, 194), a jasna je poveznica između traume i mogućih posljedica. Osim toga, postoji i razlika u socijalnom kontekstu. U situaciji borbenoga stresa vojnici su okruženi svojim suborcima, imaju kontakt s nadređenima, imaju oružje i drugu opremu, dok su zatočenici logora lišeni svega navedenoga, a često se nalaze i u situaciji potpune izolacije (195). U istraživanjima se ističe da su podrška suboraca i ostali suportivni izvori iznimno značajni u izdržavanju stresora borbe (196, 197).

Trauma zatočeništva je duboko osobna i događa se na razini odnosa žrtve i zlostavljača, zatočitelja. Tortura, izolacija i poniženje imaju za cilj slomiti zatočenu osobu i to je osnovna značajka traume zatočeništva (62, 198). Taj odnos između žrtve i zlostavljača se odvija na dnevnoj bazi i kod žrtve izaziva ekstremni osjećaj bespomoćnosti, može dovesti do oštećenja na razini strukture ličnosti te otežati oporavak kapaciteta za osjećanje, vjerovanje i oslanjanje i povezivanje s drugim ljudima nakon zatočeništva (6).

Osjećaj potpunog izostanka kontrole nad svojim životom traumu zatočeništva čini iznimno jakom, odnosno pojačava učinak objektivnoga stresnog događaja. Konkretne situacije, kojima je izložena zatočena osoba, rezultiraju kumulativnim učinkom svih pojedinih elemenata konkretne traumatične situacije. Tako autori opisuju konkretne situacije specifične za zatočeništvo, slikovito objašnjavajući pojedine elemente traumatske situacije i njihov kumulativni učinak. Opisuje se npr. situacija premlaćivanja zatočene osobe kojoj su vezane ruke i prekrivene oči te osoba ne može vidjeti što se događa oko nje niti može na bihevioralnoj razini kontrolirati situaciju te se multiplicira učinak premlaćivanja. Odnosno, u takvim i sličnim situacijama u kojima je prisutan gubitak ikakve kontrole, značajno se pojačava učinak pojedinog stresora (199). Razini distresa, koji izaziva svaki pojedinačni događaj u uvjetima zatočeništva, značajno doprinosi cjelokupna situacija koja je prožeta strahom i nedostatkom temeljnih potreba (hrane, vode, lijekova).

Većina je ratnih zatočenika izložena dvostrukoj traumi, traumi borbenog iskustva, a potom i traumi zatočeništva. Autori ističu da zatočeništvo nije samo nastavak traumatiziranja nakon traume u borbi niti je dio iste traume, već je posve drugi tip traume, odvojen od borbenog iskustava, koja slijedi borbenu traumu (200). Također se ističe da kumulativni učinak višestruke traume dovodi do značajno većih oštećenja nego li izolirana i fokusirana trauma (6).

Uočeno je da tijekom zatočeništva osobe prolaze kroz nekoliko faza, a svaka faza predstavlja odvojeni stresor. To su faze zarobljavanja, zatočenja, faza oslobađanja iz zatočeništva i povratka u svoju životnu sredinu te naposljetku faza reintegracije (201, 202). Tako autori navode da se tijekom zarobljavanja osoba koja je do tog trenutka bila u ulozi vojnika, borca, mora vrlo brzo „prebaciti“ u drugu ulogu, uspostaviti emocionalnu kontrolu, suočiti se sa strahovima od smrti, ponašati se u skladu s novom situacijom, odnosno prilagoditi svoje ponašanje s ciljem preživljavanja.

Vrlo brzo nakon zarobljavanja nestaje nada da se može izbjeći boravak u zatočeništvu, a javlja se očaj i nevjerica uslijed niza novih događaja kojima je osoba u ulozi zatočenika izložena. Osoba se vrlo brzo suočava s novonastalom situacijom u kojoj je prisilno reducirano njezino funkcioniranje, suočava se s gubitkom slobode i statusa, a javljaju se maštanja o domu i eventualno mogućoj odmazdi. Istodobno je pozornost hipervigilna, promatra se i upoznaje novo okruženje, obraća se pozornost na detalje. Nakon što se stekne orijentacija i spoznaja o novoj okolini i situaciji, prvotno se, kratkotrajno, javlja osjećaj ohrabrenja. Potom slijedi faza u kojoj je zatočena osoba izložena različiti situacijama koje zatočeništvo može uključivati. Zatočenika se npr. ispituje, iznuđuju se priznanja i informacije. Zatočena osoba postaje svjesna izolacije, često se javlja osjećaj dosade, a potom dolazi do demoraliziranja i suočavanja sa neizvjesnošću. Hipervigilnost i prethodno trenutno ohrabrenje zamjenjuju disforija, apatija te prilagodba novoj situaciji. Istodobno osoba donosi odluke o otporu odnosno suradljivosti. Zatočenici se potom u ovoj fazi „mirenja“ sa situacijom i samoinicijativno aktiviraju, osmišljavaju tjelesne aktivnosti, jedni drugima pružaju podršku, unutar grupe razvijaju otpornost i osmišljavaju načine psihološkog jačanja. U tom kontekstu se navode humor, maštanja o bijegu i sabotaži te životu poslije zatočeništva. Nakon zatočeništva slijedi nova faza koja također predstavlja više ili manje izraženo traumatsko iskustvo, a to je uključivanje u uobičajeni život i suočavanje s novim životnim stresorima.

1. 2. 2. Traumatski stresori tijekom zatočeništva

Tijekom zatočeništva osobe su izložene različitim tipovima stresora. Autori stresore dijele u biološke, odnosno fizičke te psihološke stresore. Intenzitet pojedinih stresora nije isti u svakom zatočeništvu i ovisit će o nizu čimbenika. Također, stresori se mogu mijenjati u svom intenzitetu tijekom vremena provedenog u zatočeništvu, a često su po svojim karakteristikama neljudski i zastrašujući. U biološke ili fizičke stresore ubrajaju se npr. prenapučenost prostora u kojem su ljudi zatočeni, tjeranje na forsirano stajanje ili hodanje, prisilni rad, premlaćivanje i drugi oblici mučenja, uskraćivanje hrane, vode, potrebe za snom, izloženost ekstremnim temperaturama i vremenskim neprilikama, klimatskim uvjetima, nehigijenski uvjeti, bolesti, uključujući infektivne, zarazne bolesti, dijareju te uskraćivanje medicinske skrbi. U psihološke stresore se ubrajaju odvojenost od doma, obitelji, dosada, neizvjesnost, osjećaj opasnosti, izloženost prijetnjama, „ispiranju mozga“, izazivanje osjećaja krivnje, izolacija, ponižavanje, osjećaj straha i nepredvidivost situacija.

Biološki stresori su uglavnom konstanti i ovise o zemljopisnom području na kojem se odvija zatočeništvo, ali i o kulturološkom, društvenom okruženju, što onda definira ponašanja onih kojih su u ulozi zatočitelja i mučitelja. Za razliku od biološkog stresa, psihološki stresori su uglavnom promjenjivi i u velikoj mjeri ovise o tome koliko im je zatočena osoba ili grupa zatočenika u političkom smislu „dragocjena“ (203, 204).

Mnogi autori, kako je već navedeno, ističu izolaciju, odnosno boravak u samici, često u mračnom prostoru, u tišini bez mogućnosti komunikacije s drugim zatočenicima, kao jedno od najtraumatičnijih iskustava tijekom zatočeništva. Analizom psihičkih proživljavanja ljudi koji su proveli dulje vrijeme u samici, otkriveno je nekoliko uobičajenih mentalnih procesa koji se odvijaju tijekom potpune izolacije u samici. Kod većine se tih osoba javlja živopisno proživljavanje prošlosti kroz fantazije i snove, ali i preispitivanje vlastita života, životnih odluka uz često javljanje osjećaja krivnje i kajanja te promišljanja o neiskorištenim prilikama. Dugotrajna fantaziranja, koja se nastavljaju na živopisne snove, ponekad mogu trajati i danima (205, 206).

1. 2. 3. Mehanizmi sučeljavanja sa zatočeništvom

Analiza iskustava velikog broja onih koji su preživjeli zatočeništvo u II. svjetskom ratu, rezultirala je sumiranjem načina sučeljavanja s traumom zatočeništva, odnosno

prepoznavanjem najčešćih modela ponašanja tijekom zatočeništva. Autor navodi da se određena ponašanja i osobine ličnosti, u onih ljudi koji su preživjeli zatočeništvo od strane Japanaca na pacifičkom području vjerojatno doprinijeli preživljavanju zatočeništva (207).

Kao prediktori preživljavanja navode se snažna motivacija za životom, viša inteligencija, emocionalna stabilnost, umjerena emocionalna osjetljivost ili neosjetljivost, osjećaj i briga za druge, smisao za humor, oportunizam, kontrolirano fantaziranje, osmišljeno i uspješno pružanje otpora, hrabrost te vojno iskustvo (207, 208). I druga istraživanja potvrđuju svojim rezultatima da su se uvjetima zatočeništva uspješnije prilagodili oni koji su imali širi spektar mehanizama obrane ega, oni koji su se koristili racionalizacijom, poricanjem, humorom i oni koji su imali osobitu snažnu vjeru u dobar ishod (209, 210).

S druge strane, neke osobine ličnosti mogle su se povezati s težim posljedicama i lošijim ishodom. Tako se navodi da se u uvjetima zatočeništva teže snalaze i prilagođavaju nezrele ličnosti, opsesivno kompulzivne, pasivno ovisne ličnosti, odnosno ličnosti karakterizirane ograničenim prilagodbenim kapacitetima, odnosno posjeduju ograničene mehanizme obrane ega. Kao osobito neprilagodljive ličnosti ističu se pasivno ovisne ličnosti, čija se ovisnička i pasivna struktura koristi od strane onih koji upravljaju logorima i određuju načine mučenja i zlostavljanja (210, 211, 212).

Analizom karakteristika preživjelih iz logora u Vijetnamu pokazalo se da su određeni kodeksi ponašanja i ideja bili svojstveni preživjelim veteranima. To se između ostalog odnosi na njihovu odanost domovini i osjećaj dužnosti i svojevrsne obveze preživljavanja i izdržljivosti, u ime domoljublja. Potom se pokazalo značajnim idealiziranje obitelji te razmišljanje o povratku u obitelj uz osjećaj dostojnosti biti dijelom te obitelji. Također je bilo važno održati povezanost s drugim zatočenicima, svojim suborcima, uz pružanje međusobne podrške i kooperativnoga, grupnog otpora (213). Istraživanja upućuju na to da je bilo vrlo važno zadržati određeni vojni standard i kodeks ponašanja tijekom zatočeništva uz zadržavanje vojnih ideala i odlučnosti (214).

U sučeljavanju sa situacijom zatočeništva i preživljavanje sa što manjim posljedicama, vrlo važnim su se pokazali načini komunikacije među zatočenicima. Opisani su posebni oblici i znakovi komunikacije koji su zatočenicima pomagali održati stabilnost, ali i izraziti otpor neprijatelju, kao npr. nakašljavanje, šmrcanje, lupkanje, stvarani su posebni kodovi razumljivi samo zatočenicima te oblici izražavanja ljutnje i bijesa prema neprijatelju. Izražavanje otpora

je pomagalo u oslobođenju napetosti i frustracija, ali je bitno da ono bude prilagođeno, nevidljivo, jer je u protivnom nesuzdržano i nekontrolirano izražavanje otpora dovodilo do nepotrebnog dodatnog mučenja.

Mogućnost komunikacije među zatočenicima te mogući stupanj eventualnog otpora prema zatočiteljima, ovise o ciljevima zatočitelja. Tako se opisuje da u slučaju kada je cilj „slomiti" duh zajedništva i organiziranosti među zatočenicima, a u svrhu npr. izvlačenja informacija, primijenit će se različite metode prilikom čega se znatno umanjuje mogućnost pružanja otpora te se smanjuju resursi sučeljavanja sa situacijom. Tada zatočitelji primjenjuju metode kojima se onemogućava postojanje bilo kakvih organiziranja među zatočenicima, udaljavaju vođe zatočenika smještajući ih u izolaciju, a pri tome se djeluje i na ostale zatočenike kod kojih se javlja osjećaj nemoći i straha (212).

1. 2. 4. Psihičke posljedice zatočeništva

Mnogi zatočenici logora tijekom zatočeništva imaju različite psihičke simptome ili poremećaje. U istraživanjima se pokazalo da su anksiozni simptomi vrlo česti, bilo da se radi o paničnim napadima ili drugim oblicima anksioznosti. Često se javlja disforija, ali i apatija, depresivno raspoloženje, suicidalna promišljanja, disocijativne smetnje te psihotični simptomi, insomnija ili pak hipersomnija, neurastenija, gubitak teka i tjelesne težine uslijed psihičkih smetnji, a ne samo zbog uskraćivanja hrane (215). Analizom psihičkih reakcija i promjena koje su se dogodile tijekom zatočeništva, ponekad je teško razlučiti da li se radilo o mehanizmima obrane ili pak psihičkim poremećajima (216). Psihičke smetnje se mogu javiti i kao posljedica somatskih stanja, odnosno kao posljedica ozljeda prilikom premlaćivanja, zlostavljanja, potom uslijed dehidracije i nutritivnih deficita, pothranjenosti. Nije moguće utvrditi koja je prevalencija pojedinih psihičkih poremećaja tijekom zatočeništva, ali se u studijama pokazalo da veliki broj zatočenika pati od anksioznih poremećaja te depresivnog poremećaja. Psihičke smetnje tijekom zatočeništva dodatno otežavaju boravak u zatočeništvu, mogu umanjiti šansu za preživljavanje, a povećavaju vjerojatnost razvoja psihičkih poremećaja nakon zatočeništva (217).

Istraživanja potvrđuju da su psihički poremećaji povezani s uvjetima u zatočeništvu te da veliki broj zatočenih veterana ima više ili manje izražene psihičke smetnje nakon zatočeništva. Dobro poznati „sindrom koncentracijskog logora" odnosio se na razvoj emocionalne labilnosti,

depresije, anksioznosti, neurastenije, intelektualne deterioracije te nesanice i noćnih mora (218). Najčešći psihički poremećaj koji nastaje kao posljedica traumatiziranja tijekom zatočeništva jest PTSP i javlja se u zatočenika logora u visokoj prevalenciji, odnosno životna prevalencija u zatočenika logora prema rezultatima studija iznosi i preko 80 % (219). Istraživanja pokazuju da se, kao posljedica zatočeništva, osim PTSP-a javljaju i drugi psihički poremećaji. Tako se često uz PTSP javlja depresija, a neke studije ukazuju veću učestalost kod veterana koji su bili zatočenici logora u odnosu na one veterane koji nisu bili zatočenici (220, 221). Neka istraživanja ukazuju i na značajnu učestalost alkoholizma te zloporabe drugih sredstava ovisnosti kod zatočenika logora te značajnu prevalenciju anksioznih poremećaja (222, 223, 224).

1. 2. 5. Tjelesne posljedica zatočeništva

Osim što istraživanja ukazuju na značajan psihički morbiditet kod zatočenika logora, zatočeništvo često rezultira i narušenim tjelesnim zdravljem. Tako se evidentira velika učestalost nespecifičnih somatskih simptoma kao što su umor, iscrpljenost, bolovi, ali i povećana učestalost somatskih bolesti. Osim značajnoga somatskog morbiditeta u prvim godinama nakon rata (gastrointestinalne bolesti, kardiološke bolesti, tuberkuloza, brojne posljedice nutritivnog deficita) neka istraživanja pokazala su da i mnogo godina nakon zatočeništva bivši zatočenici imaju veću učestalost nekih somatskih bolesti u odnosu na one koji nisu bili zatočenici logora (225).

Značajniji somatski morbiditet u zatočenika logora u odnosu na veterane koji nisu bili zatočenici logora u nekim se istraživanjima povezuje s teškim uvjetima zatočeništva i ranije navedenim biološkim stresorima kojima su zatočenici logora bili izloženi (226, 227), a razvoju somatskih bolesti doprinosi i postojanje psihičkih poremećaja (228, 229).

2. HIPOTEZA

Hipoteza se temeljila na tvrdnji da hrvatski branitelji, zatočenici logora u vrijeme Domovinskog rata, koji su oboljeli od kroničnog PTSP-a, imaju značajno više psihičkog i tjelesnog komorbiditeta, lošiju kvalitetu života povezanu sa zdravljem i slabije socijalno funkcioniranje, u odnosu na hrvatske branitelje oboljele od kroničnog PTSP-a koji nisu bili zatočenici logora.

3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Ciljevi istraživanja bili su:

1. istražiti intenzitet simptoma PTSP-a u hrvatskih branitelja zatočenika logora i hrvatskih branitelja koji nisu bili zatočenici, a imaju PTSP;
2. istražiti tjelesni komorbiditet u hrvatskih branitelja zatočenika logora i hrvatskih branitelja koji nisu bili zatočenici, a imaju PTSP;
3. istražiti psihički komorbiditet u hrvatskih branitelja zatočenika logora i hrvatskih branitelja koji nisu bili zatočenici, a imaju PTSP;
4. usporediti zdravstveno stanje i kvalitetu života povezanu sa zdravljem u hrvatskih branitelja zatočenika logora i hrvatskih branitelja koji nisu bili zatočenici, a imaju PTSP;
5. usporediti socijalno funkcioniranje u hrvatskih branitelja zatočenika logora i hrvatskih branitelja koji nisu bili zatočenici logora.

4. ISPITANICI I METODE

4. 1. Ustroj studije

Istraživanje je dizajnirano je kao presječno usporedno istraživanje, a provedeno je na Odjelu psihijatrije Nacionalne memorijalne bolnice Vukovar, u razdoblju od veljače 2018. do rujna 2020. godine. U istraživanje su uključeni hrvatski branitelji oboljeli od PTSP-a, koji su liječeni u navedenoj ustanovi zbog smetnji u okviru PTSP-a, u razdoblju od 2012. do 2017. godine te su u vrijeme provođenja istraživanja zadovoljavali kriterije za PTSP. Istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo Medicinskog fakulteta Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku i Etičko povjerenstvo Nacionalne memorijalne bolnice Vukovar.

Ispitanici su pozvani na sudjelovanje u istraživanju od strane istraživača. Svi ispitanici uključeni u ovo istraživanje detaljno su informirani o svrsi i ciljevima istraživanja te očekivanom znanstvenom doprinosu, a oni koji su pristali sudjelovati u njemu potpisali su informirani pristanak. Podaci o ispitanicima su šifrirani i nisu dostupni u bilo koje druge svrhe osim u svrhe ovog istraživanja. Nakon prikupljanja podataka provedena je njihova statistička obrada.

Kriteriji za uključivanje u studiju:

- hrvatski branitelj, zatočenik logora tijekom Domovinskog rata koji zadovoljava kriterije za dijagnozu kroničnog PTSP;
- hrvatski branitelj koji nije bio zatočenik logora, a zadovoljava kriterije za dijagnozu kroničnog PTSP-a.

Kriteriji za isključivanje iz studije:

- aktualni psihotični i drugi psihički poremećaj koji zbog težine i prirode smetnji ometa osobu u razumijevanju i suradnji u ispitivanju;
- tjelesna bolest ili loše opće stanje koje onemogućava osobu u sudjelovanju u istraživanju;
- bilo koji razlog zbog kojeg je osoba odustala od ispitivanja nakon što je prethodno pristala na njega.

4. 2. Ispitanici

Ispitanici su bili hrvatski branitelji oboljeli od kroničnog PTSP-a, koji su bili zatočenici neprijateljskih logora u vrijeme Domovinskoga rata te hrvatski branitelji oboljeli od kroničnog PTSP-a, koji su liječeni ambulantno, stacionarno ili u dnevnoj bolnici Odjela psihijatrije Nacionalne memorijalne bolnice Vukovar u navedenome razdoblju. Kako je znatno veći broj hrvatskih branitelja koji nisu bili zatočenici logora u Domovinskom ratu, oni su odabrani randomizacijom (svaki treći branitelj koji nije bio zatočenik logora).

Ispitanici (ukupno 264) su podijeljeni u dvije skupine, eksperimentalnu i kontrolnu:

1. eksperimentalna skupinu (116 ispitanika) činili su hrvatski branitelji zatočenici logora tijekom Domovinskog rata koji zadovoljavaju kriterije za dijagnozu kroničnog PTSP-a;
2. kontrolnu skupinu (148 ispitanika) činili su hrvatski branitelji koji nisu bili zatočenici logora, a zadovoljavaju kriterije za dijagnozu kroničnog PTSP-a.

S obzirom na postavljenu razinu značajnosti 0,05 te snagu 0,8 pomoću programa G*Power (inačica 3.1.9.2., Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, Njemačka) utvrđeno je da je broj ispitanika po skupinama bio zadovoljavajući za sve metode koje su se koristile u ovom istraživanju (230, 231).

4. 3. Metode

4. 3. 1. Postupak prikupljanja podataka

Branitelji koji su već od ranije imali postavljenu dijagnozu PTSP-a te su zbog iste liječeni na Odjelu psihijatrije Nacionalne memorijalne bolnice Vukovar, pozvani su od strane istraživača da sudjeluju u istraživanju te je svakome od njih objašnjenja svrha istraživanja. Stopa sudjelovanja u istraživanju iznosila je 91 %. Svakoj osobi koja je pristala na istraživanje objašnjen je sadržaj upitnika te se odgovorilo na eventualne upite i pojasnilo eventualne nejasnoće u svezi istraživanja. Od svakog ispitanika su pribavljeni anamnestički podaci, obavljen je klinički pregled te ustanovljeno da li u vrijeme istraživanja zadovoljava kriterije PTSP-a temeljem MKB 10 (22). Klinički pregled obavljen je od strane istraživača. Oni koji temeljem kliničkog pregleda nisu zadovoljavali kriterije za PTSP nisu uključeni u istraživanje. Ispitanici su prethodno, kod poziva, zamoljeni da dostave svoju medicinsku dokumentaciju

zbog prikupljanja podataka o tjelesnom i psihičkom komorbiditetu, ako oni eventualno nisu bili dostupni u bolničkom informacijskom sustavu. Svaki ispitanik obaviješten je o tome da će biti korišteni i dostupni nam podaci pohranjeni u navedenom bolničkom sustavu. Također objašnjene su sve eventualne nejasnoće kod ispunjavanja upitnika. Vrijeme ispunjavanja upitnika bilo je individualno prilagođeno. Ispitanicima je priopćeno da svatko ima pravo u svakom trenutku odustati od istraživanja te da odustajanje od sudjelovanja u istraživanju ili pak njegov pristanak na sudjelovanje u istraživanju neće ni na koji način utjecati na proces njegova liječenja ili na koji drugi način ugroziti njegova prava.

4. 3. 2. Anamnestički podaci i podaci iz medicinske dokumentacije o tjelesnim bolestima

Na temelju anamnestičkih podataka te raspoložive medicinske dokumentacije, one koju su predočili ispitanici te one u sklopu bolničkog informacijskog sustava su prikupljeni su podaci o tjelesnim bolestima unatrag pet godina, uključujući i period istraživanja. Podaci koji su uzeti u obzir odnosili su se na kronične tjelesne bolesti te druge značajne tjelesne bolesti. Tjelesne bolesti evidentirane su prema dijagnostičkim skupinama bolesti, zbog velikog broja različitih dijagnoza te lakše obrade podataka. Dijagnostičke skupine tjelesnih bolesti uključenih u studiju bile su: kardiovaskularne (arterijska hipertenzija, infarkt miokarda, angina pektoris, kardiomiopatija, aritmije), gastrointestinalne (gastritis, duodenitis, ulkus želuca, ulkus duodenuma, ulcerozni kolitis, bolesti jetre), neurološke i cerebrovaskularne (inzult, multipla skleroza, glavobolja, neuropatije), endokrinološke i metaboličke (dijabetes, bolesti štitnjače, poremećaji lipida), lokomotorne (dorzopatije, artroze i ostali poremećaji zglobova, artritis), maligne (karcinom pluća, debelog crijeva, prostate), respiratorne (kronični bronhitis, astma) i dermatološke (dermatitis, psorijaza, alopecija) bolesti.

4. 3. 3. Anamnestički podaci i podaci iz medicinske dokumentacije o psihičkim poremećajima

Na temelju anamnestičkih podataka te raspoložive medicinske dokumentacije, one koju su predočili ispitanici te one u okviru bolničkog informacijskog sustava prikupljeni su podaci o psihičkim poremećajima unatrag pet godina, uključujući i razdoblje istraživanja. Dijagnostičke skupine psihičkih poremećaja i pripadajuće šifre bolesti prema MKB 10, bile su: alkoholizam i

zloporaba alkohola (F10), zloporaba/ovisnost o sedativima i hipnoticima (F13), akutni i prolazni psihotični poremećaji (F23), depresivni poremećaj (depresivna epizoda (F32) i povratni depresivni poremećaj (F33)), panični poremećaj (F41.0), generalizirani anksiozni poremećaj (GAP) (F41.1), opsesivno kompulzivni poremećaj (F42), disocijativni poremećaj (F44), Somatoformni poremećaj (F45) i psihološki čimbenici koji djeluju na tjelesno stanje („psihosomatski“) (F54).

4. 3. 4. Upitnici

4. 3. 4. 1. Opći sociodemografski upitnik

Korišten je strukturirani upitnik koji sadrži pitanja o općim podacima, odnosno dobi, radnom statusu, školovanju, bračnom statusu. Osim navedenih pitanja uključuje i pitanje koje se odnosi na samoprocjenu materijalnoga statusa, koji su ispitanici mogli procijeniti kao ispodprosječan, prosječan i iznadprosječan. Upitnik je konstruiran za potrebe ovoga istraživanja. Osim toga postavljeno je i pitanje koje se odnosilo na ispitanike eksperimentalne skupine (bivši zatočenici logora) o vremenu provedenom u zatočeništvu.

4. 3. 4. 2. PCL-5 upitnik

PCL-5 (od engl. *PTSD checklist*) jest samoocjenski instrument na kojemu ispitanik ocjenjuje pojedine simptome PTSP-a. Sastoji se od 20 izjava – rečenica, koje se ocjenjuju ocjenom 0-4, ovisno o tome koliko je u posljednjih mjesec dana izjava iz rečenice odgovarala psihičkom stanju ispitanika te kolike mu je poteškoće predstavljao neki od simptoma, odnosno smetnji ponuđenih u upitniku, u zadnjih mjesec dana. Pri tome ocjena nula (0) označava izostanak smetnji, dok ocjena četiri (4) označava najveći intenzitet smetnji. Veći ukupan zbroj bodova označava veće poteškoće za ispitanika. Osim ukupnog zbroja bodova, mogu se izračunati i pojedini rezultati za svaku od skupina simptoma PTSP-a. Pojedine čestice, odnosno izjave/rečenice, prate pojedinačne kriterije za PTSP prema DSM 5 (3). Što je viši rezultat (bilo ukupni, bilo za pojedini sklop simptoma), on govori za viši intenzitet PTSP-a, odnosno pojedinog sklopa simptoma PTSP-a. Pri tome se izjave pod rednim brojevima 1-5 odnose se na dijagnostički kriterij B – ponovno proživljavanje traume, izjave pod rednim brojevima 6 i 7 se odnose na dijagnostički kriterij C – izbjegavanje podražaja povezanih s traumom, izjave

označene brojevima od 8 do 14 uključuju simptome kriterija D – negativne promjene kognicije i raspoloženja, a izjave označene brojevima 15 do 20 odnose se na skupinu simptoma E – pojačana pobuđenost i reaktivnost. Ukupan zbroj bodova može maksimalno iznositi 80 bodova. Rezultati po pojedinim česticama mogu iznositi za kriterij B maksimalno 20 bodova, za kriterij C 8 bodova, za kriterij D 28 bodova te za kriterij E 24 boda. Ukupni rezultat od 31 boda određuje donju bodovnu granicu koja je optimalna za dijagnosticiranje PTSP-a, što je bio i jedan od kriterija uključivanje/isključivanje ispitanika iz studije. Dosadašnja istraživanja ukazuju da je ovaj instrument valjanih psihometrijskih karakteristika te se može koristiti za detektiranje PTSP-a u vojnoj i veteranskoj populaciji (232, 233).

4. 3. 4. 3. Harvardski upitnik o traumatskom događaju (HUTD)

Upitnik sadrži četiri cjeline koje se odnose na proživljene traumatske događaje, samoprocjenu najtraumatičnijih iskustava, traumatske ozljede mozga i psihosocijalne simptome povezane s traumom (234).

U ovom istraživanju korišten je prvi dio Harvardskoga upitnika, odnosno onaj koji sadrži 47 traumatskih događaja. Ispitanik označava da li je bio izložen nekom od navedenih doživljaja te ako je, u kojoj mjeri, odnosno rijetko ili često. Pored navedenih traumatskih događaja upitnik nudi i mogućnost opisa zastrašujuće ili životno ugrožavajuće situacije kojoj je ispitanik eventualno bio izložen, a nije prethodno navedena u upitniku. Navedenih 47 traumatskih događaja uključuju nekoliko tipova traumatskih događaja i situacija. Uključeni su događaji koji opisuju nedostatak hrane, vode, adekvatne liječničke skrbi, oduzimanje i uništenje imovine, potom niz događaja koji se odnose na traumatske situacije u borbenim aktivnostima, sudjelovanje u borbama u kojima je stradao neprijatelj, civili, suborci, potom upadanje u zasjedu, prisilno povlačenje i neprijateljski prepad, zatim upadanje u minska polja te čišćenje minskih polja, sudjelovanje u čišćenju terena, prevoženje i pokapanje mrtvih tijekom borbe te situacije u kojima je sigurnost dovedena u pitanje zbog kvara opreme. Nadalje, uključeni su i događaji koji opisuju različite oblike ozljeđivanja, odnosno udaranje po tijelu, silovanje, druge oblike seksualnog zlostavljanja te događaji koji uključuju zatočeništvo, različite oblike prisile, fizičko i psihičko mučenje. Jedna grupa pitanja odnosi se na stradavanje bližnjih. Dio pitanja odnosi se na svjedočenje stradavanju drugih, a dio pitanja na percepciju socijalne potpore.

Četiri pitanja iz harvardskog upitnika (5., 6., 46. i 47.) upotrjebljena su za procjenu percipirane socijalne potpore od strane ispitanika na način da su ispitanici raspodijeljeni u skupine na osnovi zbroja pozitivnih odgovora na navedena pitanja. Pri tome su ispitanici bez ijednog pozitivnog odgovora svrstani u skupinu s visokom samopercipiranom socijalnom potporom, ispitanici s 1-2 pozitivna odgovora u skupinu sa srednjom, a ispitanici s 3-4 pozitivna odgovora u skupinu s niskom socijalnom potporom.

4. 3. 4. 4. Beckov upitnik depresivnosti

Beckov upitnik depresije ili Beckova ljestvica za ispitivanje depresivnosti jest često korišteni samoocjenski upitnik, koji se rabi za procjenu postojanja depresije te procjenu intenziteta depresije. Sadrži 21 česticu kojima se procjenjuju simptomi depresije, a ovisno o tome kako se ispitanik osjeća moguće je ocijeniti ponuđene simptome ocjenom od 0 do 3, pri čemu viša ocjena označava veći intenzitet simptoma, a nula označava odsustvo simptoma. Maksimalan broj bodova može biti 63. Česticama se procjenjuje raspoloženje, mogućnost doživljaja zadovoljstva, volja i energija, stavovi o sebi i okolini, osjećaji krivnje, stupanj samokritičnosti, prisutnost suicidalnih misli, promjene spavanja i apetita, promjene u socijalnim aktivnostima te promjene libida. Rezultati se interpretiraju na različite načine. Jedan od načina, koji je primijenjen u našoj studiji, je taj da se rezultat od 0 do 13 bodova tumači kao minimalna depresija, odnosno izostanak depresije, od 14 do 19 kao blaga depresija, a od 20 do 28 bodova kao umjerena te 29 i više bodova kao teška, izražena depresija. Navedeni upitnik standardiziran je i u Republici Hrvatskoj (235).

4. 3. 4. 5. Beckov upitnik anskioznosti

Beckov upitnik anksioznosti, odnosno ljestvica za ispitivanje anksioznosti jest samoocjenski upitnik, kojim se procjenjuje razina anksioznosti u proteklih mjesec dana. Sadrži 21 česticu, koje se odnose na različite simptome anksioznosti. Ispitanik odgovara s jednim od moguća četiri odgovora koja se ocjenjuju vrijednostima od 0 do 3, pri čemu 0 označava odsustvo simptoma, a 3 najveći intenzitet simptoma. Većina čestica se odnosi na tjelesne manifestacije anksioznosti, kao što su vrtoglavica i nesvjestica, trnci, drhtanje, lupanje srca, osjećaji nedostatka zraka ili poteškoće s disanjem, preznojavanje te probavne smetnje. Manji dio čestica se odnosi na

psihičke manifestacije anksioznosti, odnosno osjećaje straha, gubitka kontrole te anticipirajuću anksioznost. Ukupni rezultat upućuje na stupanj anksioznosti, a moguć je maksimalan zbroj bodova 63. Pri tome se rezultati od 0 do 9 tumače kao odsustvo anksioznosti ili minimalna anksioznost, od 10 do 18 kao blaga anksioznost, od 19 do 29 kao umjerena, a od 30 i više kao izražena anksioznost (236).

4. 3. 4. 6. Upitnik zdravstvenog stanja i kvalitete života povezane sa zdravljem (SF-36)

SF-36 (od engl. *Short Form Health Survey 36*) jest samoocjenski upitnik kojim se procjenjuje zdravstveni status, odnosno kvaliteta života povezana sa zdravljem. Kroz 36 pitanja procjenjuju se dvije manifestacije zdravlja, odnosno funkcioniranje i dobrobit. Procjena zdravlja uključuje subjektivnu procjenu fizičke i psihičke komponentne zdravlja, koje se procjenjuju kroz osam dimenzija zdravlja. Pri tome se 4 dimenzije odnose na fizičko zdravlje, a 4 dimenzije na psihičko zdravlje.

Fizička komponenta zdravlja procjenjuje se kroz pitanja koja se odnose na 1. fizičko funkcioniranje (10 pitanja), 2. ograničenje zbog fizičkih poteškoća (4 pitanja), 3. tjelesne bolove (2 pitanja), 4. percepciju općeg zdravlja (5 pitanja). Psihička komponenta zdravlja uključuje pitanja vezana za vitalnost (4 pitanja), socijalno funkcioniranje (2 pitanja), ograničenje zbog emocionalnih poteškoća (3 pitanja) i mentalno/duševno zdravlje (5 pitanja).

Pitanja su organizirana u četiri različite vrste skala. Skale se odnose na različite pokazatelje zdravlja, odnosno funkcioniranje na ponašajnoj razini, percipiranu dobrobit, ograničenja vezana uz socijalni život i ostvarenje različitih životnih uloga te percepciju ukupnog zdravlja.

Na pitanja su ponuđeni višestruki odgovori s različitim brojem ponuđenih odgovora na pojedina pitanja. Maksimalan broj bodova koji je moguće postići na upitniku je 100. Pri tumačenju rezultata veći broj bodova odražava bolje zdravstveno stanje, odnosno kvalitetu života povezanu sa zdravljem. U našem istraživanju korištena je hrvatska inačica upitnika (237, 238).

4. 3. 5. Statistička analiza

Normalnost raspodjele podataka ispitana je Kolmogorov-Smirnovljevim testom i utvrđeno je da sve varijable značajno odstupaju od normalne raspodjele. Kategorijski podaci predstavljeni su apsolutnim i relativnim frekvencijama, a numerički podaci mjerama centralne tendencije (aritmetičkom sredinom i medijanom) i varijabilnosti (standardnom devijacijom i granicama interkvartilnog raspona). Razlike kategorijskih varijabli ispitane su Hi-kvadrat (χ^2) testom. Razlike numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina testirane su Mann-Whitneyevim U testom. Međusobna povezanost varijabli ocijenjena je Spearmanovim (ρ) koeficijentom korelacije. Za ocjenu utjecaja pojedinih nezavisnih varijabli na pojedini promatrani ishod korištene su jednostruka i višestruka logistička i linearna regresijska analiza. Prethodno je ispitana eventualna multikolinearnost nezavisnih varijabli izračunavanjem VIF faktora inflacije varijance (od engl. *Variance Inflation Factor*). U jednostrukoj regresijskoj analizi nezavisna varijabla je bila zatočeništvo, a u višestrukoj regresijskoj analizi upotrjebljene su nezavisne varijable za koje se pretpostavljalo da mogu imati značajan utjecaj na pojedini promatrani ishod (zatočeništvo, socijalna potpora, dob, radni status, školovanje, bračni status, materijalni status i broj traumatskih događaja). Provjera značajnosti logističke regresije provedena je Waldovim testom, a obične linearne regresijske analize F-testom. Za ocjenu reprezentativnosti višestruke regresije korišten je Nagelkerkov korigirani koeficijent determinacije. Sve *P*-vrijednosti bile su dvostrane, a razina značajnosti postavljena je na $\alpha = 0{,}05$. Za statističku analizu korišten je program Statistica (inačica 13.5.0.17, TIBCO Software Inc., Palo Alto, SAD).

5. REZULTATI

U ovom istraživanju sudjelovalo je ukupno 264 hrvatskih branitelja oboljelih od kroničnog PTSP-a, od čega su njih 116 (43,9 %) bili zatočenici neprijateljskih logora u vrijeme Domovinskoga rata, a preostalih 148 (56,1 %) ispitanika je predstavljalo kontrolnu skupinu. Hi-kvadrat (χ^2) testom utvrđena je statistički značajna razlika ($p < 0,05$) između ispitivanih skupina u svim sociodemografskim obilježjima osim školovanja (Tablica 5.1.).

Tablica 5.1. Raspodjela ispitanika prema općim sociodemografskim značajkama

Sociodemografske značajke	**Zatočenici**		**Kontrola**				
	(*n*)	(%)	(*n*)	(%)	χ^{2*}	$\chi^2_{Krit.}$ (DF)†	*p*
Dob							
<45	4	3,5	20	13,5			
45-54	56	48,5	68	46,0	13,589	7,815 (3)	**0,004**
55-64	44	37,9	56	37,8			
>64	12	10,3	4	2,7			
Radni status							
Nezaposlen	4	3,4	28	18,9			
Zaposlen	12	10,3	32	21,6	24,336	5,991 (2)	**<0,001**
Umirovljen	100	86,2	88	59,5			
Školovanje							
Osnovna	23	19,8	24	16,2			
Srednja	79	68,1	108	73,0	0,785	5,991 (2)	0,675
Fakultet	14	12,1	16	10,8			
Bračni status							
Udovac	2	1,7	3	2,0			
Razveden	6	5,2	20	13,5	30,991	7,815 (3)	**<0,001**
Neoženjen	6	5,2	40	27,0			
Oženjen	102	87,9	85	57,4			
Materijalni status							
Ispodprosječan	18	15,5	48	32,4			
Prosječan	86	74,1	90	60,8	10,180	5,991 (2)	**0,006**
Iznadprosječan	12	10,3	10	6,8			

*χ^2-Hi-kvadrat vrijednost; †DF-stupnjevi slobode

Utvrđena je statistički značajna razlika u dobi eksperimentalne i kontrolne skupine ispitanika (χ^2 = 13,589, p = 0,004). Značajno više bivših zatočenika pripadalo je najstarijoj dobnoj skupini (n = 12, 10,3 %), a manje kategoriji ispod 45 godina (n = 4, 3,5 %) u odnosu na kontrolnu skupinu (n = 4, 2,7% > 65 godina i n = 20, 13,5 % > 45 godina). Umirovljenih zatočenika je bilo značajno više (n = 100, 86,2 %) nasuprot kontrolnoj skupini (n = 88, 59,5 %), u kojoj je bio značajno veći broj nezaposlenih (n = 28, 18,9 %) i zaposlenih ispitanika (n = 22, 21,6 %) (χ^2 = 24,336, p < 0,001). Značajno veći broj zatočenika bio je oženjen (n = 102, 87,9 %) u odnosu na kontrolnu skupinu (n = 85, 57,4 %) kod koje je primjetan veći broj razvedenih (n = 20, 13,5 %) i neoženjenih ispitanika (n = 40, 27,0 %) (χ^2 = 30,991, p < 0,001). Značajno lošiji materijalni status (χ^2 = 10,18, p = 0,006) imala je kontrolna skupina, a udio ispitanika s ispodprosječnim dohotkom bio je 48 (32,4 %) naspram veterana gdje je ispodprosječan dohodak imalo 18 (15,5 %) ispitanika.

U Tablici 5.2. prikazana je percepcija socijalne potpore koju imaju ispitanici. Hi-kvadrat (χ^2) testom utvrđena je statistički značajna razlika (p < 0,05) između ispitivanih skupina (χ^2 = 13,140, p < 0,001) jer je čak 108 (73,0 %) ispitanika iz kontrolne skupine procijenilo da ima nisku socijalnu potporu naspram 61 (52,6 %) bivših zatočenika.

Tablica 5.2. Percipirana socijalna potpora

Socijalna potpora	**Zatočenici**		**Kontrola**				
	(n)	(%)	(n)	(%)	χ^{2*}	$\chi^2_{Krit.}$ (DF)†	p
Niska	61	52,6	108	73,0			
Srednja	38	32,8	32	21,6	13,140	5,991 (2)	**0,001**
Visoka	17	14,7	8	5,4			

*χ^2-Hi-kvadrat vrijednost; †DF-stupnjevi slobode

Mann-Whitney U testom utvrđena je statistički značajna razlika u broju trauma kojima su ispitanici bili izloženi (U = 13376, p < 0,001). Zatočenici logora bili su izloženi ukupno većem broju traumatskih događaja (medijan M_e = 26, interkvartilni raspon IQR = 23-30) u odnosu na kontrolnu skupinu (M_e = 21, IQR = 18-24) (Tablica 5.3.).

Tablica 5.3. Ukupni broj traumatskih događaja prema Hardvarskom upitniku

Harvardski upitnik	**Zatočenici**		**Kontrola**			
	$\bar{x}$ (*SD*)*	M_e (*IQR*)†	$\bar{x}$ (*SD*)	M_e (*IQR*)	*U*‡	*p*
Ukupni broj trauma	26,0 (5,5)	26,0 (23,0-30,0)	20,4 (4,8)	21,0 (18,0-24,0)	13376	**<0,001**

*$\bar{x}$ (*SD*)-Aritmetička sredina (Standardna devijacija); †M_e (*IQR*)-Medijan (Interkvartilni raspon); §Mann-Whitney U test

5. 1. Ispitivanje intenziteta posttraumatskoga stresnog poremećaja

Iz rezultata prikazanih u Tablici 5.4. vidljivo je da između dviju skupina ispitanika nije bilo statističke značajne razlike u ukupnom rezultatu PCL-5 upitnika (U = 8416, p = 0,785), kao niti u pojedinim skupinama simptoma: B-Ponovljeno proživljavanje traume (U = 7664, p = 0,134), D-Negativne promjene kognicije i raspoloženja (U = 8112, p = 0,443) i E-Promjene pobuđenosti i reaktivnosti (U = 7568, p = 0,098). Unatoč nepostojanju statističke značajne razlike, vidljivo je da je u svim prethodno navedenim klasterima kontrolna skupina imala nešto više ocjene. Jedino su u skupini simptoma C-Izbjegavanje podražaja povezanih s traumom zatočenici imali statistički značajniji veći intenzitet PTSP-a (U = 12272, p < 0,001), odnosno značajno veći medijan ostvarenih bodova (M_e = 3,0, *IQR* = 2,5-4,0) u odnosu na kontrolnu skupinu (M_e = 2,5, *IQR* = 2,0-3,0).

Tablica 5.4. Rezultati ispitivanja pojedinih skupina simptoma PTSP-a prema PCL-5 upitniku

PCL-5 skupine simptoma	**Zatočenici**		**Kontrola**			
	$\bar{x}$ (*SD*)*	M_e (*IQR*)†	$\bar{x}$ (*SD*)	M_e (*IQR*)	*U*‡	*p*
B-Ponovljeno proživljavanje traume	2,4 (0,7)	2,4 (2,0-2,8)	2,6 (0,8)	2,6 (2,0-3,0)	7664	0,134
C-Izbjegavanje podražaja povezanih s traumom	3,1 (1,0)	3,0 (2,5-4,0)	2,4 (0,8)	2,5 (2,0-3,0)	12272	**<0,001**
D-Negativne promjene kognicije i raspoloženja	2,2 (0,8)	2,0 (1,7-2,6)	2,3 (0,7)	2,3 (1,9-2,7)	8112	0,443
E-Promjene pobuđenosti i reaktivnosti	2,2 (0,8)	2,2 (1,5-2,7)	2,3 (0,7)	2,5 (1,8-2,8)	7568	0,098
Ukupni PCL-5	47,1 (10,6)	49,0 (37,0-52,0)	48,0 (12,8)	46 (38,0-57,0)	8416	0,785

*$\bar{x}$ (*SD*)-Aritmetička sredina (Standardna devijacija); †M_e (*IQR*)-Medijan (Interkvartilni raspon); §Mann-Whitney U test

Iz rezultata Spearmanove korelacijske analize (Tablica 5.5.) vidljivo je da je skupina simptoma B bila u statistički značajnoj korelaciji ($p < 0,01$) sa socijalnom potporom ($\rho = -0,335$), radnim ($\rho = -0,287$) i materijalnim statusom ($\rho = -0,204$), skupina simptoma C sa zatočeništvom ($\rho = 0,376$) i dobi ($\rho = 0,262$), skupina D sa socijalnom potporom ($\rho = -0,190$), bračnim ($\rho = -0,174$) i materijalnim statusom ($\rho = -0,295$), a skupina E samo sa materijalnim statusom ($\rho = -0,224$). Ukupni PCL-5 rezultat značajno je negativno korelirao sa socijalnom potporom ($\rho = -0,205$) i materijalnim statusom ($\rho = -0,283$).

Tablica 5.5. Spearmanove korelacije (ρ) između podataka za sociodemografske značajke, percipiranu socijalnu potporu te ukupni broj traumatskih događaja i pojedinih skupina simptoma PTSP-a prema PCL-5 upitniku†

	B	**C**	**D**	**E**	**Ukupni PCL-5**
Zatočeništvo	-0,093	**0,376****	-0,047	-0,102	-0,017
Socijalna potpora	**-0,335****	-0,019	**-0,190****	-0,094	**-0,205****
Dob	0,062**	**0,262****	-0,029	0,028	0,071
Radni status	**-0,287****	**0,139***	-0,111	-0,060	-0,118
Školovanje	**-0,155***	-0,112	-0,043	-0,034	-0,062
Bračni status	-0,048	**0,143***	**-0,174****	-0,069	-0,078
Materijalni status	**-0,204****	-0,043	**-0,295****	**-0,224****	**-0,283****
Traumatski događaji	-0,049	0,094	0,020	0,013	0,043
B	-	**0,427****	**0,403****	**0,485****	**0,682****
C	-	-	**0,270****	**0,298****	**0,499****
D	-	-	-	**0,605****	**0,844****
E	-	-	-	-	**0,847****

* $p < 0,05$, **$p < 0,01$;
†B-Ponovljeno proživljavanje traume, C-Izbjegavanje podražaja povezanih s traumom, D-Negativne promjene kognicije i raspoloženja, E-Promjene pobuđenosti i reaktivnosti

Osim korelacijske analize provedena je i regresijska analiza kako bi se utvrdio utjecaj nezavisnih varijabli (sociodemografske značajke, percipirana socijalna potpora, ukupni broj traumatskih događaja) na predviđanje simptoma PTSP-a, odnosno rezultata PCL-5 upitnika (Tablica 5.7.). Prvo je provedena jednostruka linearna regresijska analiza kako bi se utvrdilo da li je zatočeništvo samo po sebi značajan prediktor pojedinih skupina simptoma PTSP-a, a nakon nje provedena je i višestruka (multipla) linearna regresijska analiza. Prethodno je ispitana eventualna multikolinearnost ulaznih varijabli (Tablica 5.6.) te ona nije potvrđena jer je faktor

inflacije varijance VIF (od engl. *Variance Inflation Factor*) u svim slučajevima bio manji od 4, a tolerancija iznad 0,25, a te vrijednosti predstavljaju granicu kada se smatra da postoji kolinearnost (239).

Tablica 5.6. Rezultati ispitivanja kolinearnosti nezavisnih (ulaznih) varijabli†

Mjera kolinearnosti	ZAT	SOCP	DOB	RADS	ŠKL	BRAS	MATS	TRD
Tolerancija	0,693	0,757	0,948	0,809	0,873	0,820	0,732	0,721
VIF*	1,443	1,321	1,054	1,236	1,146	1,219	1,365	1,387

*VIF-Faktor inflacije varijance (od engl. *Variance Inflation Factor*)
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

Iz rezultata prikazanih u Tablici 5.7. vidljivo je da je zatočeništvo značajan prediktor samo skupine C-Izbjegavanje podražaja povezanih s traumom (F = 43,594, p < 0,0001), a dobiveni model objašnjava 14,3 % varijance ove skupine simptoma (R^2 = 0,143). Upotrebom sociodemografskih značajki, percipirane socijalne potpore i ukupnog broja traumatskih događaja kao regresora u višestrukoj regresijskoj analizi svi izračunati modeli predviđanja intenziteta simptoma PTSP-a po skupinama bili su značajni.

Kao značajniji prediktori skupine simptoma B-Ponovljeno proživljavanje traume pokazali su se socijalna potpora, radni status (β = -0,196, p = 0,002) i školovanje (β = -0,143, p < 0,021) pri čemu se socijalna potpora pokazala kao najznačajnija (β = -0,268, p < 0,0001), a modelom se može objasniti 13,0 % ukupne varijance ($\bar{R}^2$ = 0,130). Na skupinu simptoma C- Izbjegavanje podražaja povezanih s traumom je, i nakon uvođenja dodatnih prediktorskih varijabli, najveći utjecaj imalo zatočeništvo (β = 0,406, p < 0,001), a kao značajni prediktori pokazali su su se još dob (β = -0,196, p < 0,001) i broj doživljenih traumatskih događaja (β = 0,133, p = 0,041). Modelom je objašnjeno 19,8 % varijance ($\boldsymbol{\bar{R}^2 = 0{,}198}$). Bračni status ($\beta$ = -0,222, p = 0,001), materijalni status (β = -0,228, p = 0,001) i broj trauma (β = 0,184, p = 0,008) značajno su doprinijeli modelu predviđanja simptoma skupine D-Negativne promjene kognicije i raspoloženja (F = 43,594, $\bar{R}^2$ = 0,095, p < 0,0001), kao i modelu predviđanja ukupnog rezultata PCL-5 (F = 3,692, $\bar{R}^2$ = 0,076, p < 0,001) gdje je osim bračnog (β = -0,133, p = 0,044) i materijalnog statusa (β = -0,200, p = 0,004) te broja trauma (β = 0,140, p = 0,046) značajan

prediktor bila i percipirana socijalna potpora (β = -0,153, p = 0,026). Modelom predviđanja skupine simptoma E-Promjene pobuđenosti i reaktivnosti objašnjeno je samo 3,1 % varijance, a jedini značajan prediktor bio je materijalni status (β = -0,205, p = 0,004).

Tablica 5.7. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli[†] na intenzitet simptoma PTSP-a po skupinama[‡]

		Jednostruka		Višestruka								
		ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
B	$b^{\dagger}$	-0,103	b_0 = 2,551 F = 1,271 R^2= 0,005 p = 0,261	-0,008	-0,299	0,082	-0,207	-0,197	-0,067	-0,017	0,015	b_0 = 3,586 F = 5,919 $\bar{R}^2$ = 0,130 **p < 0,0001**
	SEM	0,091		0,102	0,074	0,059	0,068	0,085	0,063	0,090	0,009	
	β	-0,069		-0,006	-0,268	0,082	-0,196	-0,143	-0,068	-0,013	0,122	
	t	-1,127		-0,082	-4,061	1,391	-3,066	-2,331	-1,072	-0,192	1,794	
	p	0,261		0,934	< **0,001**	0,166	**0,002**	**0,021**	0,285	0,848	0,074	
C	b	0,694	b_0 = 2,392 F = 43,594 R^2 = 0,143 **p < 0,0001**	0,746	-0,028	0,284	0,086	-0,106	0,011	-0,200	0,021	b_0 = 2,518 F = 9,110 $\bar{R}^2$ = 0,198 **p < 0,0001**
	SEM	0,105		0,122	0,088	0,070	0,081	0,101	0,075	0,107	0,010	
	β	0.378		0,406	-0,021	0,230	0,065	-0,062	0,009	-0,121	0,133	
	t	6,603		6,114	-0,323	4,047	1,063	-1,054	0,142	-1,878	-2,050	
	p	**<0.001**		**< 0,001**	0,747	**< 0,001**	0,289	0,293	0,887	0,062	**0,041**	
D	b	-0,090	b_0 = 2,326 F = 0,903 R^2 = 0,003 p = 0,343	-0,046	-0,136	-0,017	0,043	-0,073	-0,226	-0,314	0,024	b_0 = 3,410 F = 4,460 $\bar{R}^2$ = 0,095 **p < 0,0001**
	SEM	0,094		0,108	0,078	0,062	0,071	0,089	0,066	0,094	0,009	
	β	-0.059		-0,030	-0,119	-0,017	0,040	-0,052	-0,222	-0,228	0,184	
	t	-0.950		-0,427	-1,758	-0,277	0,610	-0,825	-3,427	-3,330	2,666	
	p	0,343		0,669	0,080	0,782	0,543	0,410	**0,001**	**0,001**	**0,008**	
E	b	-0,153	b_0 = 2,332 F = 2,641 R^2 = 0,010 p = 0,105	-0,210	-0,018	0,031	0,060	-0,009	-0,035	-0,288	0,018	b_0 = 2,407 F = 2,051 $\bar{R}^2$ = 0,031 **p = 0,041**
	SEM	0,094		0,112	0,080	0,064	0,074	0,092	0,069	0,098	0,009	
	β	-0.100		-0,137	-0,015	0,030	0,055	-0,006	-0,034	-0,209	0,138	
	t	-1,625		-1,876	-0,220	0,477	0,811	-0,093	-0,505	-2,947	1,934	
	p	0,105		0,062	0,826	0,634	0,418	0,926	0,614	**0,004**	0,054	
TPCL5	b	-0,835	b_0 = 47,973 F = 0,320 R^2 = 0,001 p = 0,572	-0,004	-2,739	0,793	-0,346	-1,578	-2,111	-4,284	0,286	b_0 = 2,407 F = 3,692 $\bar{R}^2$ = 0,076 **p < 0,001**
	SEM	1,475		1,702	1,222	0,978	1,123	1,403	1,042	1,486	0,142	
	β	-0.035		0,000	-0,153	0,049	-0,020	-0,071	-0,133	-0,200	0,140	
	t	-0.566		-0,003	-2,241	0,811	-0,308	-1,125	-2,027	-2,882	2,008	
	p	0,572		0,998	**0,026**	0,418	0,758	0,262	**0,044**	**0,004**	**0,046**	

*b-regresijski koeficijent; b_0-odsječak; β-standardizirani regresijski koeficijent; *SEM*-Standardna pogreška; $\bar{R}^2$-Korigirani koeficijent determinacije; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju

[†]ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

[‡]B-Ponovljeno proživljavanje traume, C-Izbjegavanje podražaja povezanih s traumom, D-Negativne promjene kognicije i raspoloženja, E-Promjene pobuđenosti i reaktivnosti; TPCL5-Ukupni PCL-5 rezultat

5. 2. Ispitivanje psihičkoga komorbiditeta

Hi-kvadrat (χ^2) testom utvrđena je statistički značajna razlika ($p < 0,001$) između ispitivanih skupina u broju psihičkih poremećaja po ispitaniku (Tablica 5.8.). Dva i više psihička poremećaja imalo je 64 (55,2 %) zatočenika i 33 (22,3 %) ispitanika iz kontrolne skupine. Najviše ispitanika koji nisu imali psihički komorbiditet bilo je iz kontrolne skupine ($n = 72$, 48,7 %) dok samo 20 (17,2 %) zatočenika nije imalo nijedan psihički poremećaj.

Tablica 5.8. Ukupni broj psihičkih komorbiditeta po ispitaniku

Psihički poremećaji	**Zatočenici**		**Kontrola**				
	(*n*)	(%)	(*n*)	(%)	χ^{2*}	$\chi^2_{Krit.}$ (DF)†	*p*
Niti jedan	20	17,2	72	48,7			
Jedan	32	27,6	43	29,1	37,585	5,991 (2)	**<0,001**
Dva i više	64	55,2	33	22,3			

*χ^2-Hi-kvadrat vrijednost; †DF-stupnjevi slobode

Tablica 5.9. Raspodjela ispitanika po pojedinim psihičkim komorbiditetima

Psihički poremećaji†	**Zatočenici**		**Kontrola**			
	(*n*)	(%)	(*n*)	(%)	χ^{2*}	*p*
F10	32	27,6	28	18,9	2,782	0,095
F13	12	10,3	8	5,4	2,266	0,132
F23	8	6,9	1	0,7	7,643	**0,006**
F32/33	64	55,1	64	43,2	3,705	0,054
F41.0	40	34,5	36	24,3	3,273	0,070
F41.1	72	62,1	28	18,9	51,457	**<0,001**
F42	8	6,9	4	2,7	2,636	0,104
F44	4	3,5	3	2,0	3,841	0,476
F45	8	6,9	8	5,4	0,254	0,614
F54	28	24,1	12	8,1	12,998	**<0,001**

*χ^2-Hi-kvadrat vrijednost;
†F10-Alkoholizam i zloporaba alkohola, F13-Zloporaba/ovisnost o sedativima i hipnoticima, F23-Akutni i prolazni psihotični poremećaji, F32/33-Depresivni poremećaj (Depresivna epizoda i povratni depresivni poremećaj), F41.0-Panični poremećaj, F41.1-Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP), F42-Opsesivno kompulzivni poremećaj, F44-Disocijativni poremećaj, F45-Somatoformni poremećaj, F54-Psihološki čimbenici koji djeluju na tjelesno stanje („psihosomatski“)

U Tablici 5.9. prikazana je raspodjela ispitanika po pojedinim psihičkim komorbiditetima. Zatočenici su imali statistički značajno više akutnih i prolaznih psihotičnih poremećaja (F23) (χ^2 = 7,643, p = 0,006), generaliziranih anksioznih poremećaja (F41.1) (χ^2 = 51,457, p < 0,001) i psiholoških čimbenika koji djeluju na tjelesno stanje (F54) (χ^2 = 12,988, p < 0,001) u odnosu na kontrolnu skupinu. Za ostale psihičke poremećaje nisu utvrđene statistički značajne razlike između zatočenika i kontrolne skupine.

Iz rezultata Spearmanove korelacijske analize (Tablica 5.10.) vidljivo je da je zatočeništvo bilo u statistički značajnoj korelaciji (p < 0,01) s akutnim i prolaznim psihotičnim poremećajima (F23) (ρ = 0,170), generaliziranim anksioznim poremećajem (F41.1) (ρ = 0,441), psihološkim čimbenicima koji djeluju na tjelesno stanje (F54) (ρ = 0,222) i ukupnim brojem psihičkih komorbiditeta (UPP) (ρ = 0,346). Percipirana socijalna potpora je značajno korelirala s generaliziranim anksioznim poremećajem (F41.1) (ρ = -0,142, p < 0,05), opsesivno kompulzivnim poremećajem (F42) (ρ = -0,209, p < 0,01), somatoformnim poremećajem (F45) (ρ = -0,187, p < 0,01) i psihološkim čimbenicima koji djeluju na tjelesno stanje (F54) (ρ = -0,158, p < 0,05) dok je za dob ispitanika utvrđena statistički značajna korelacija s generaliziranim anksioznim poremećajem (F41.1) (ρ = 0,122, p < 0,05), opsesivno kompulzivnim poremećajem (F42) (ρ = 0,150, p < 0,05) i psihološkim čimbenicima koji djeluju na tjelesno stanje (F54) (ρ = 0,231, p < 0,01).

Radni status imao je najveću korelaciju sa zloporabom/ovisnošću o sedativima i hipnoticima (F13) (ρ = 0,180, p < 0,01), a utvrđena je i značajna povezanost materijalnog statusa (p < 0,01) s depresivnim poremećajima (F32/33) (ρ = -0,218), paničnim poremećajem (F41.0) (ρ = -0,283), somatoformnim poremećajem (F45) (ρ = -0,221) i ukupnim brojem psihičkih komorbiditeta (UPP) (ρ = -0,163).

Iz korelacijske matrice potrebno je još naglasiti značajnu pozitivnu korelaciju (p < 0,01) broja traumatskih događaja kojima su ispitanici bili izloženi s većinom psihičkih komorbiditeta: alkoholizmom i zloporabom alkohola (F10) (ρ = 0,216), zloporabom/ovisnošću o sedativima i hipnoticima (F13) (ρ = 0,242), depresivnim poremećajima (F32/33) (ρ = 0,207), generaliziranim anksioznim poremećajem (F41.1) (ρ = 0,431), psihološkim čimbenicima koji djeluju na tjelesno stanje (F54) (ρ = 0,251) i ukupnim brojem psihičkih komorbiditeta (UPP) (ρ = 0,382).

Utvrđena je i statistički značajna korelacija ukupnoga rezultata na PCL-5 testu s alkoholizmom i zloporabom alkohola (F10) (ρ = 0,209), akutnim i prolaznim psihotičnim poremećajima (F23) (ρ = 0,239), s depresivnim poremećajima (F32/33) (ρ = -0,409), paničnim poremećajem (F41.0) (ρ = -0,164), generaliziranim anksioznim poremećajem (F41.1) (ρ = 0,239) i ukupnim brojem psihičkih komorbiditeta (UPP) (ρ = -0,248). Ovo je u najvećoj mjeri rezultat doprinosa skupine simptoma PTSP-a D-Negativne promjene kognicije i raspoloženja koja je bila u korelaciji s istim psihičkim poremećajima, a naročito je jaka bila s depresivnim poremećajima (F32/33) (ρ = -0,557).

Tablica 5.10. Spearmanove korelacije (ρ) korelacije između podataka† za sociodemografske značajke, percipiranu socijalnu potporu, ukupni broj trauma, pojedinih skupina simptoma PTSP-a prema PCL-5 upitniku i psihičkih komorbiditeta‡

	F10	**F13**	**F23**	**F32/33**	**F41.0**	**F41.1**	**F42**	**F44**	**F45**	**F54**	**UPP**
ZAT	0,103	0,093	**0,170****	0,118	0,111	**0,441****	0,100	0,044	0,031	**0,222****	**0,346****
SOCP	0,006	0,001	-0,061	-0,055	-0,050	**-0,142***	**-0,209****	0,009	**-0,187****	-0,158*	0,048
DOB	-0,037	-0,005	-0,090	0,028	-0,025	**0,122***	**0,150***	0,024	0,036	**0,231****	0,104
RADS	0,018	**0,180****	0,078	**-0,125***	-0,049	-0,047	-0,002	-0,032	**-0,124***	0,077	-0,025
ŠKL	-0,071	0,032	-0,057	-0,051	**-0,128***	-0,023	**0,160****	0,149	**-0,178****	**0,210****	-0,008
BRAS	-0,049	0,038	0,061	**-0,163****	-0,090	**0,138***	-0,053	-0,026	0,041	-0,098	-0,069
MATS	-0,083	-0,010	0,065	**-0,218****	**-0,283****	-0,024	0,104	0,057	**-0,221****	0,007	**-0,163****
TRD	**0,216****	**0,242****	-0,046	**0,207****	**0,125***	**0,431****	0,088	0,081	-0,057	**0,251****	**0,382****
B	0,031	0,121	-0,094	0,100	**0,136***	0,107	-0,086	**-0,126***	0,100	**-0,169****	0,060
C	**0,176****	-0,031	**0,139***	**0,216****	0,050	**0,260****	0,008	0,017	0,048	**-0,269****	**0,160****
D	**0,304****	0,090	**0,221****	**0,557****	**0,272****	**0,214****	0,050	-0,109	**0,144***	0,056	**0,410****
E	0,073	0,051	**0,222****	**0,255****	-0,004	0,097	-0,100	-0,068	-0,035	**-0,221****	0,044
TPCL5	**0,209****	0,062	**0,239****	**0,409****	**0,164****	**0,239****	0,002	-0,104	0,072	-0,142	**0,248****

* $p < 0,05$, **$p < 0,01$;

†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja, B-Ponovljeno proživljavanje traume, C-Izbjegavanje podražaja povezanih s traumom, D-Negativne promjene kognicije i raspoloženja, E-Promjene pobuđenosti i reaktivnosti, TPCL5-Ukupni rezultat na PCL-5 testu

‡F10-Alkoholizam i zloporaba alkohola, F13-Zloporaba/ovisnost o sedativima i hipnoticima, F23-Akutni i prolazni psihotični poremećaji, F32/33-Depresivni poremećaj (Depresivna epizoda i povratni depresivni poremećaj), F41.0-Panični poremećaj, F41.1-Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP), F42-Opsesivno kompulzivni poremećaj, F44-Disocijativni poremećaj, F45-Somatoformni poremećaj, F54-Psihološki čimbenici koji djeluju na tjelesno stanje („psihosomatski“), UPP-Ukupni broj psihičkih poremećaja

U Tablicama 5.11.-5.21. prikazani su rezultati regresijske analize utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli (zatočeništvo, socijalna potpora, dob, radni status, školovanje, bračni status, materijalni status, broj traumatskih događaja) na vjerojatnost pojave pojedinih psihičkih poremećaja i ukupni broj psihičkih poremećaja. Iz rezultata logističke regresijske analize može se zaključiti da je zatočeništvo značajan prediktor nekoliko pojedinih psihičkih poremećaja. Dobivenim modelima sa zatočeništvom kao regresorskom varijablom može se objasniti 12 % varijance učestalosti akutnih i prolaznih psihotičnih poremećajima (F23) uz omjer izgleda $OR = 2{,}39$ na strani skupine zatočenika ($W = 4{,}996$, $\beta = 0{,}653$, $p = 0{,}025$), 24,7 % varijance učestalosti generaliziranog anksioznog poremećaja (F41.1) ($OR = 7{,}02$, $W = 47{,}032$, $\beta = 0{,}533$, $p < 0{,}001$), 8,4 % varijance psiholoških čimbenika koji djeluju na tjelesno stanje (F54) ($OR = 3{,}61$, $W = 11{,}941$, $\beta = 0{,}351$, $p = 0{,}001$) i 10,9 % u ukupnom broju psihičkih komorbiditeta ($F = 31{,}955$, $\beta = 0{,}330$, $p < 0{,}0001$). Nakon uvođenja i ostalih prediktorskih varijabli u višestruku regresijsku analizu utvrđeno je da se povećala uspješnost predviđanja učestalosti svih pojedinačnih psihičkih poremećaja, kao i ukupnog broja psihičkih poremećaja.

Kao jedini značajni prediktori pojave alkoholizma i zloporabe alkohola pokazali su se bračni status ($\beta = -0{,}256$, $p = 0{,}006$) i ukupni broj traumatskih događaja ($\beta = 0{,}347$, $p = 0{,}001$), a modelom je objašnjeno 12,5 % varijance ($W = 19{,}568$, $\bar{R}^2 = 0{,}130$, $p = 0{,}004$) (Tablica 5.11.).

Tablica 5.11. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na učestalost alkoholizma i zloporabu alkohola (F10)

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	0,490		0,357	-0,196	-0,094	-0,028	-0,565	-0,622	-0,486	0,108	
OR	1,633	$b_0 = -0{,}965$	1,429								$b_0 = 1{,}144$
SEM	0,295	$W = 2{,}756$	0,382	0,280	0,221	0,244	0,324	0,226	0,320	0,034	$W = 19{,}568$
W	2,756	$R^2 = 0{,}016$	0,871	0,489	0,182	0,013	3,043	7,600	2,300	10,346	$\bar{R}^2 = 0{,}125$
β	0,134	$p = 0{,}097$	0,098	-0,071	-0,038	-0,011	-0,167	-0,256	-0,148	0,347	$\mathbf{p = 0{,}004}$
p	0,097		0,351	0,485	0,669	0,908	0,081	**0,006**	0,129	**0,001**	

**b*-regresijski koeficijent; OR-Omjer izgleda (engl. *Odds ratio*); b_0-odsječak; *β*-standardizirani regresijski koeficijent; *W*-Wald Hi-kvadrat vrijednost; *SEM*-Standardna pogreška; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

Na učestalost zloporabe/ovisnosti o sedativima i hipnoticima značajan utjecaj imali su radni status (β = 0,321, p = 0,022) i broj traumatskih događaja (β = 0,532, p = 0,005), a modelom je objašnjeno 23,47 % varijance (W = 10,067, $\bar{R}^2$ = 0,234, p = 0,001) (Tablica 5.12.).

Tablica 5.12. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na učestalost zloporabe/ovisnosti o sedativima i hipnoticima (F13)

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	0,703		-0,104	-0,409	-0,350	0,721	0,114	-0,173	-0,813	0,166	
OR	2,020	b_0 = -2,159	0,901								b_0 = -51,427
SEM	0,474	W = 2,194	0,177	0,160	0,162	0,184	0,156	0,163	0,177	0,191	W = 10,067
W	2,194	R^2 = 0,020	0,026	0,873	0,775	4,524	0,046	0,189	1,966	7,770	$\bar{R}^2$ = 0,234
β	0,192	p = 0,139	-0,029	-0,149	-0,142	0,321	0,034	-0,071	-0,248	0,532	**p = 0,001**
p	0,139		0,872	0,350	0,379	**0,022**	0,830	0,663	0,161	**0,005**	

*b-regresijski koeficijent; OR-Omjer izgleda (engl. *Odds ratio*); b_0-odsječak; β-standardizirani regresijski koeficijent; W-Wald Hi-kvadrat vrijednost; *SEM*-Standardna pogreška; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

Tablica 5.13. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na učestalost akutnih i prolaznih psihotičnih poremećaja (F23)

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	2,388		4,129	-2,218	-1,089	1,555	0,238	-1,066	0,961	0,193	
OR	10,889	b_0 = -2,603	62,097								b_0 = 4,785
SEM	1,068	W = 4,996	1,460	1,125	0,674	1,182	0,776	0,727	0,855	0,088	W = 14,368
W	4,996	R^2 = 0,120	7,996	3,889	2,610	1,731	0,094	2,151	1,263	4,870	$\bar{R}^2$ = 0,352
β	0,653	**p = 0,025**	1,130	-0,809	-0,443	0,596	0,070	-0,438	0,293	0,620	**p = 0,002**
p	**0,025**		**0,005**	**0,049**	0,106	0,188	0,759	0,143	0,261	**0,027**	

*b-regresijski koeficijent; OR-Omjer izgleda (engl. *Odds ratio*); b_0-odsječak; β-standardizirani regresijski koeficijent; W-Wald Hi-kvadrat vrijednost; *SEM*-Standardna pogreška; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

Zatočeništvo je i nakon uvođenja ostalih prediktorskih varijabli ostalo značajan prediktor pojave akutnih i prolaznih psihotičnih poremećaja (β = 1,130, p = 0,005) uz utjecaj socioekonomskog statusa (β = -0,809, p = 0,049) i broja traumatskih događaja kojima su ispitanici bili izloženi (β = 0,620, p = 0,027). Ovim modelom može se objasniti 35,2 % ukupne

varijance akutnih i prolaznih psihotičnih poremećaja (W = 14,368, $\bar{R}^2$ = 0,352, p = 0,002) (Tablica 5.13.).

Na učestalost depresivnih poremećaja značajno su utjecali zatočeništvo, radni i bračni status te ukupni broj traumatskih događaja od koji su značajnosti modela (W = 46,446, $\bar{R}^2$ = 0,275, p < 0,0001) najviše pridonijeli bračni status (β = -0,393, p < 0,0001) i broj trauma (β = 0,418, p < 0,0001) (Tablica 5.14.).

Tablica 5.14. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na učestalost depresivnih poremećaja (depresivna epizoda (F32) i povratni depresivni poremećaj (F33))

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	0,480		0,687	-0,153	0,089	-0,515	-0,410	-0,956	-0,974	0,131	
OR	1,616	b_0 = 0,208	1,987								b_0 = 4,659
SEM	0,250	W = 3,687	0,339	0,248	0,193	0,229	0,286	0,222	0,296	0,030	W = 46,446
W	3,687	R^2 = 0,019	4,105	0,380	0,215	5,055	2,050	18,513	10,833	18,984	$\bar{R}^2$ = 0,275
β	0,131	p = 0,055	0,188	-0,056	0,036	-0,197	-0,121	-0,393	-0,297	0,418	**p < 0,0001**
p	0,055		**0,043**	0,538	0,643	**0,025**	0,152	**<0,0001**	**<0,001**	**<0,0001**	

*b-regresijski koeficijent; OR-Omjer izgleda (engl. *Odds ratio*); b_0-odsječak; β-standardizirani regresijski koeficijent; W-Wald Hi-kvadrat vrijednost; *SEM*-Standardna pogreška; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

Tablica 5.15. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na učestalost paničnih poremećaja (F41.0)

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	0,493		0,773	-0,051	-0,144	-0,064	-0,717	-0,787	-1,357	0,100	
OR	1,637	b_0 = -0,642	2,166								b_0 = 4,288
SEM	0,274	W = 3,248	0,383	0,279	0,212	0,236	0,316	0,222	0,334	0,032	W = 37,293
W	3,248	R^2 = 0,018	4,064	0,033	0,460	0,073	5,128	12,609	16,472	9,673	$\bar{R}^2$ = 0,239
β	0,135	p = 0,072	0,211	-0,018	-0,059	-0,025	-0,212	-0,323	-0,414	0,320	**p < 0,0001**
p	0,072		**0,044**	0,856	0,498	0,787	**0,024**	**<0,001**	**<0,0001**	**0,002**	

*b-regresijski koeficijent; OR-Omjer izgleda (engl. *Odds ratio*); b_0-odsječak; β-standardizirani regresijski koeficijent; W-Wald Hi-kvadrat vrijednost; *SEM*-Standardna pogreška; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

Iz rezultata regresijske analize prikazane u Tablici 5.15. vidljivo je da je zatočeništvo uvođenjem ostalih nezavisnih varijabli postalo značajan prediktor učestalosti paničnih poremećaja (β = 0,211, p = 0,044), iako su se kao prediktori s većim utjecajem pokazali školovanje (β = -0,212, p = 0,024), bračni status (β = -0,323, p < 0,001), broj trauma (β = 0,320, p = 0,002), a naročito materijalni status ispitanika (β = -0,414, p < 0,0001). Ovim modelom može se objasniti 35,2 % ukupne varijance pojavnosti paničnih poremećaja (W = 37,293, $\bar{R}^2$ = 0,239, p < 0,0001).

Iz rezultata prikazanih u Tablici 5.16. može se zaključiti da dobiveni regresijski model objašnjava čak 43,1 % varijacija u učestalosti generaliziranog anksioznog poremećaja (W = 60,025, $\bar{R}^2$ = 0,431, p < 0,0001) što je najviše u odnosu na sve ostale poremećaje. Kao najznačajnije prediktorske varijable u ovom modelu pokazali su se zatočeništvo (β = 0,511, p < 0,0001) i ukupni broj trauma (β = 0,576, p < 0,0001) uz također značajan utjecaj percipirane socijalne potpore (β = -0,207, p = 0,047), radnog (β = -0,397, p < 0,001) i materijalnog statusa (β = -0,233, p = 0,025).

Tablica 5.16. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na učestalost generaliziranog anksioznog poremećaja (F41.1)

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	1,948		1,869	-0,567	0,184	-1,035	-0,114	-0,154	-0,764	0,180	
OR	7,015	b_0 = 0,492	6,481								b_0 = -0,182
SEM	0,284	W = 47,032	0,382	0,286	0,223	0,272	0,307	0,245	0,341	0,037	W = 60,025
W	47,032	R^2 = 0,247	23,892	3,942	0,681	14,445	0,139	0,397	5,008	23,972	$\bar{R}^2$ = 0,431
β	0,533	**p < 0,001**	0,511	-0,207	0,075	-0,397	-0,034	-0,063	-0,233	0,576	**p < 0,0001**
p	**<0,001**		**<0,0001**	**0,047**	0,409	**<0,001**	0,709	0,529	**0,025**	**<0,0001**	

**b*-regresijski koeficijent; OR-Omjer izgleda (engl. *Odds ratio*); b_0-odsječak; *β*-standardizirani regresijski koeficijent; *W*-Wald Hi-kvadrat vrijednost; *SEM*-Standardna pogreška; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

Socijalna potpora i dob bili su značajni prediktori opsesivno kompulzivnih poremećaja pri čemu je objašnjeno 33,1 % varijacija (W = 60,025, $\bar{R}^2$ = 0,431, p < 0,0001) (Tablica 5.17.).

Tablica 5.17. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli[‡] na učestalost opsesivno kompulzivnih poremećaja (F42)

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	0,981		0,536	-1,508	1,057	-0,433	1,072	-0,499	-0,349	0,073	
OR	2,667	b_0 = -2,603	1,709								b_0 = -8,946
SEM	0,625	*W* = 2,459	0,962	0,580	0,473	0,745	0,680	0,397	0,771	0,068	*W* = 19,465
W	2,459	R^2 = 0,032	0,311	6,752	4,999	0,337	2,490	1,580	0,204	1,154	$\bar{R}^2$ = 0,331
β	0,268	*p* = 0,117	0,147	-0,550	0,430	-0,166	0,317	-0,205	-0,106	0,233	***p* < 0,001**
p	0,117		0,577	**0,009**	**0,025**	0,561	0,115	0,209	0,651	0,283	

**b*-regresijski koeficijent; OR-Omjer izgleda (engl. *Odds ratio*); b_0-odsječak; *β*-standardizirani regresijski koeficijent; *W*-Wald Hi-kvadrat vrijednost; *SEM*-Standardna pogreška; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
[†]ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

Iz Tablice 5.18. vidljivo je da niti jedna nezavisna varijabla nije imala značajan utjecaj na učestalost disocijativnih poremećaja.

Tablica 5.18. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli[†] na učestalost disocijativnih poremećaja (F44)

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	0,546		0,531	-0,799	0,034	-0,304	1,564	-0,540	0,382	0,088	
OR	1,726	b_0 = -3,332	1,701								b_0 = -5,937
SEM	0,774	*W* = 0,497	1,114	0,859	0,573	0,684	0,823	0,480	0,793	0,096	*W* = 8,590
W	0,497	R^2 = 0,009	0,227	0,866	0,003	0,198	3,607	1,264	0,232	0,842	$\bar{R}^2$ = 0,163
β	0,149	*p* = 0,481	0,145	-0,291	0,014	-0,117	0,462	-0,222	0,117	0,283	*p* = 0,299
p	0,481		0,634	0,352	0,953	0,657	0,058	0,261	0,630	0,359	

**b*-regresijski koeficijent; OR-Omjer izgleda (engl. *Odds ratio*); b_0-odsječak; *β*-standardizirani regresijski koeficijent; *W*-Wald Hi-kvadrat vrijednost; *SEM*-Standardna pogreška; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
[†]ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

Nakon provedene višestruke regresijeske analize pokazalo se da su najveći utjecaj na pojavu somatrotofnih poremećaja imali zatočeništvo (β = 0,419, p = 0,042), percipirana socijalna potpora (β = -0,408, p = 0,04) i školovanje (β = -0,354, p = 0,032) pri čemu je modelom objašnjeno 30,2 % varijabilnosti (W = 11,392, $\bar{R}^2$ = 0,302, p < 0,001) (Tablica 5.19.).

Tablica 5.19. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na učestalost somatoformnih poremećaja (F45)

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	0,260		1,533	-2,012	0,811	-0,149	-1,197	-0,174	-1,391	-0,044	
OR	1,297	b_0 = -2,603	4,632								b_0 = 19,364
SEM	0,516	*W* = 0,253	0,752	0,734	0,538	0,383	0,557	0,562	0,721	0,063	*W* = 11,392
W	0,253	R^2 = 0,003	4,153	4,183	2,271	0,152	4,618	0,096	3,725	0,485	$\bar{R}^2$ = 0,302
β	0,071	*p* = 0,615	0,419	-0,408	0,330	-0,057	-0,354	-0,072	-0,424	-0,141	***p* < 0,001**
p	0,615		**0,042**	**0,040**	0,132	0,697	**0,032**	0,756	0,054	0,486	

*_b_-regresijski koeficijent; OR-Omjer izgleda (engl. *Odds ratio*); b_0-odsječak; *β*-standardizirani regresijski koeficijent; *W*-Wald Hi-kvadrat vrijednost; *SEM*-Standardna pogreška; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

Uvođenjem dodatnih prediktorskih varijabli u višestrukoj regresijskoj analizi utjecaj zatočeništva na psihološke čimbenike koji djeluju na tjelesno stanje je izgubio značajnost, dok su značajan utjecaj imali dob (β = 0,328, p = 0,005), školovanje (β = 0,267, p = 0,023), bračni (β = -0,267, p = 0,015) i materijalni status (β = -0,281, p = 0,03) te ukupni broj trauma (β = 0,442, p = 0,002) (Tablica 5.20.).

Tablica 5.20. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na učestalost psiholoških čimbenika koji djeluju na tjelesno stanje („psihosomatski“) (F54)

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	1,283		0,828	0,365	0,806	-0,023	0,903	-0,651	-0,922	0,138	
OR	3,607	b_0 = -1,145	2,289								b_0 = -5,177
SEM	0,371	*W* = 11,941	0,539	0,330	0,290	0,345	0,398	0,268	0,423	0,044	*W* = 38,016
W	11,941	R^2 = 0,084	2,357	1,221	7,722	0,005	5,147	5,915	4,737	9,701	$\bar{R}^2$ = 0,320
β	0,351	***p* = 0,001**	0,227	0,133	0,328	-0,009	0,267	-0,267	-0,281	0,442	***p* < 0,0001**
p	**0,001**		0,125	0,269	**0,005**	0,946	**0,023**	**0,015**	**0,030**	**0,002**	

*_b_-regresijski koeficijent; OR-Omjer izgleda (engl. *Odds ratio*); b_0-odsječak; *β*-standardizirani regresijski koeficijent; *W*-Wald Hi-kvadrat vrijednost; *SEM*-Standardna pogreška; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

Kao najznačajniji prediktori ukupnog broja psihičkih poremećaja po pojedinom ispitaniku pokazali su se broj doživljenih trauma (β = 0,393, p < 0,0001), zatočeništvo (β = 0,289,

$p < 0{,}0001$), bračni ($\beta = -0{,}282$, $p < 0{,}0001$) i materijalni status ($\beta = -0{,}274$, $p < 0{,}0001$) te u nešto manjoj mjeri radni status ($\beta = -0{,}118$, $p = 0{,}038$). Modelom je objašnjeno 31,7 % varijance ($F = 11{,}392$, $\bar{R}^2 = 0{,}317$, $p < 0{,}001$) (Tablica 5.21.).

Tablica 5.21. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na ukupni broj psihičkih komorbiditeta

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	1,082		0,949	0,026	0,120	-0,277	-0,185	-0,617	-0,808	0,110	
SEM	0,191	$b_0 = 1{,}297$	0,201	0,144	0,115	0,133	0,166	0,123	0,175	0,017	$b_0 = 3{,}271$
β	0,330	$F = 31{,}955$	0,289	0,011	0,054	-0,118	-0,061	-0,282	-0,274	0,393	$F = 16{,}249$
t	5,653	$R^2 = 0{,}109$	4,725	0,184	1,039	-2,087	-1,114	-5,018	-4,604	6,545	$\bar{R}^2 = 0{,}317$
p	**0,0001**	$\mathbf{p < 0{,}0001}$	**<0,0001**	0,855	0,300	**0,038**	0,267	**<0,0001**	**<0,0001**	**<0,0001**	$\mathbf{p < 0{,}0001}$

*b-regresijski koeficijent; b_0-odsječak; β-standardizirani regresijski koeficijent; *SEM*-Standardna pogreška; $\bar{R}^2$-Korigirani koeficijent determinacije; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

5. 3. Ispitivanje intenziteta anksioznosti i depresivnosti

Tablica 5.22. Raspodjela ispitanika po intenzitetu depresivnosti prema Beckovom upitniku

Intenzitet depresivnosti	**Zatočenici**		**Kontrola**				
	(*n*)	(%)	(*n*)	(%)	χ^{2*}	$\chi^2_{Krit.}$ (DF)†	*p*
Minimalna (0-13)	16	13,8	8	5,4	20,951	7,815 (3)	**<0,001**
Blaga (14-19)	40	34,5	24	16,2			
Umjerena (20-28)	32	27,6	60	40,5			
Izražena (29-63)	28	24,1	56	37,8			

*χ^2-Hi-kvadrat vrijednost; †DF-stupnjevi slobode

Hi-kvadrat (χ^2) testom utvrđena je statistički značajna razlika ($\chi^2 = 20{,}951$, $p < 0{,}001$) između ispitivanih skupina u intenzitetu depresivnosti (Tablica 5.22.). Razlika je rezultat toga što je značajno više ispitanika iz kontrolne skupine imalo izraženu ($n = 56$, 37,8 %) i umjerenu ($n = 60$, 40,5 %) depresivnost u odnosu na skupinu bivših zatočenika (izražena $n = 28$, 24,1 % i umjerena $n = 32$, 27,6 %).

Intenzitet anksioznosti je također bio značajno veći u kontrolnoj skupini ($\chi^2 = 16{,}448$, $p < 0{,}001$). Gotovo dvostruko više ispitanika iz kontrolne skupine ($n = 92$, 62,2 %) je imalo izraženu anksioznost u odnosu na skupinu bivših zatočenika ($n = 44$, 37,9 %) (Tablica 5.23.).

Tablica 5.23. Raspodjela ispitanika po intenzitetu anksioznosti prema Beckovom upitniku

Intenzitet anksioznosti	**Zatočenici**		**Kontrola**				
	(*n*)	(%)	(*n*)	(%)	χ^{2*}	$\chi^2_{Krit.}$ (DF)†	*p*
Minimalna (0-9)	8	6,9	4	2,7	16,448	7,815 (3)	**0,001**
Blaga (10-18)	24	20,7	16	10,8			
Umjerena (19-29)	40	34,5	36	24,3			
Izražena (30-63)	44	37,9	92	62,2			

*χ^2-Hi-kvadrat vrijednost; †DF-stupnjevi slobode

Tablica 5.24. Spearmanove korelacije (ρ) između podataka za sociodemografske značajke, percipiranu socijalnu potporu, ukupni broj traumatskih događaja te pojedinih skupina simptoma PTSP-a prema PCL-5 upitniku† i rezultata Beckovih upitnika za depresivnost i anksioznost

	Depresivnost (Beck)	**Anksioznost (Beck)**
Zatočeništvo	**-0,243****	**-0,204****
Socijalna potpora	**-0,180****	-0,084
Dob	-0,071	**-0,118***
Radni status	**-0,241****	-0,037
Školovanje	-0,011	-0,035
Bračni status	**-0,248****	**-0,156****
Materijalni status	**-0,251****	**-0,176****
Traumatski događaji	-0,039	0,000
B	**0,277****	**0,267****
C	0,006	-0,012
D	**0,545****	**0,379****
E	**0,339****	**0,324****
Ukupni PCL-5	**0,429****	**0,358****

* $p < 0{,}05$, **$p < 0{,}01$;
†B-Ponovljeno proživljavanje traume, C-Izbjegavanje podražaja povezanih s traumom, D-Negativne promjene kognicije i raspoloženja, E-Promjene pobuđenosti i reaktivnosti

Iz rezultata Spearmanove korelacijske analize (Tablica 5.24.) vidljivo je da je depresivnost bila u statistički značajnoj korelaciji ($p < 0,01$) sa zatočeništvom, socijalnom potporom, radnim, bračnim i materijalnim statusom. Anksioznost je značajno ($p < 0,01$) korelirala sa zatočeništvom, dobi ispitanika te bračnim i materijalnim statusom. Utvrđena je i statistički značajna korelacija ($p < 0,01$) depresivnosti i anksioznosti s ukupnim rezultatom na PCL-5 testu kao i s pojedinim skupinama simptoma PTSP-a, osim sa skupinom D-Negativne promjene kognicije i raspoloženja.

Jednostrukom regresijskom analizom utvrđeno je da su značajno veću vjerojatnost od razvoja depresivnosti imali ispitanici iz kontrolne skupine (β = -0,278, $p < 0,0001$). Isto je potvrđeno i nakon provedene višestruke regresijske analize (β = -0,219, p = 0,001). Značajan utjecaj imali su još bračni status (β = -0,313, $p < 0,0001$) i broj trauma (β = 0,260, $p < 0,0001$), i u nešto manjoj mjeri socijalna potpora (β = -0,146, p = 0,02) i materijalni status (β = -0,144, p = 0,023). Modelom je objašnjeno 22,9 % varijance depresivnosti (F = 10,767, $\bar{R}^2$ = 0,229, $p < 0,001$) (Tablica 5.25.).

Tablica 5.25. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na depresivnost

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	-5,716		-4,511	-2,245	-1,504	-1,237	-1,893	-4,279	-2,662	0,457	
SEM	1,220	b_0 = 27,405	1,337	0,960	0,768	0,882	1,103	0,818	1,168	0,112	b_0 = 50,360
β	-0,278	F = 21,959	-0,219	-0,146	-0,109	-0,084	-0,100	-0,313	-0,144	0,260	F = 10,767
t	-4,686	R^2 = 0,077	-3,374	-2,338	-1,958	-1,401	-1,717	-5,230	-2,280	4,081	$\bar{R}^2$ = 0,229
p	**<0,0001**	**$p < 0,0001$**	**0,001**	**0,020**	0,051	0,162	0,087	**<0,0001**	**0,023**	**<0,0001**	**$p < 0,0001$**

*b-regresijski koeficijent; b_0-odsječak; β-standardizirani regresijski koeficijent; *SEM*-Standardna pogreška; $\bar{R}^2$-Korigirani koeficijent determinacije; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

Kao i kod depresivnosti, značajno veću vjerojatnost od razvoja depresivnosti imali ispitanici iz kontrolne skupine, u jednostrukoj (β = -0,266, $p < 0,0001$) i višestrukoj regresijskoj (β = -0,289, $p < 0,0001$) analizi. Značajan utjecaj pokazali su još dob (β = -0,130, p = 0,027), radni (β = 0,139, p = 0,028), bračni (β = -0,189, p = 0,003) i materijalni status (β = -0,177, p = 0,008) te broj doživljenih traumatskih događaja (β = 0,214, p = 0,001) (Tablica 5.26.).

Tablica 5.26. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na anksioznost

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	-6,109		-6,635	-1,429	-2,001	2,281	-1,445	-2,881	-3,650	0,419	
SEM	1,366	b_0 = 31,730	1,561	1,121	0,897	1,030	1,287	0,955	1,363	0,131	b_0 = 43,141
β	-0,266	F = 19,995	-0,289	-0,083	-0,130	0,139	-0,068	-0,189	-0,177	0,214	F = 7,112
t	-4,472	R^2 = 0,071	-4,251	-1,275	-2,231	2,214	-1,123	-3,016	-2,678	3,211	$\bar{R}^2$ = 0,157
p	**<0,0001**	**p < 0,0001**	**<0,0001**	0,203	**0,027**	**0,028**	0,262	**0,003**	**0,008**	**0,001**	**p < 0,0001**

*b-regresijski koeficijent; b_0-odsječak; β-standardizirani regresijski koeficijent; *SEM*-Standardna pogreška; $\bar{R}^2$-Korigirani koeficijent determinacije; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

5. 4. Ispitivanje somatskoga komorbiditeta

Hi-kvadrat (χ^2) testom utvrđena je statistički značajna razlika ($p < 0,001$) između ispitivanih skupina u broju tjelesnih bolesti po ispitaniku (Tablica 5.27.). Svi ispitanici iz skupine zatočenika imali su barem jednu tjelesnu bolest. Jednu je imalo 71 (61,2 %), a dvije i više 45 (38,8 %) zatočenika. Dvadeset (13,5 %) ispitanika iz kontrolne skupine nije imalo niti jedan somatski komorbiditet (Tablica 5.27.).

Tablica 5.27. Ukupni broj somatskih komorbiditeta po ispitaniku

Tjelesne bolesti	**Zatočenici**		**Kontrola**				
	(*n*)	(%)	(*n*)	(%)	χ^{2*}	$\chi^2_{Krit.}$ (DF)†	*p*
Niti jedna	0	0	20	13,5			
Jedna	71	61,2	80	57,2	17,004	5,991 (2)	**<0,001**
Dvije i više	45	38,8	48	35,2			

*χ^2-Hi-kvadrat vrijednost; †DF-stupnjevi slobode

U Tablici 5.28. prikazana je raspodjela ispitanika po pojedinim somatskim komorbiditetima. Zatočenici su imali statistički značajno više gastrointestinalnih ($\chi^2 = 8,11$, $p = 0,004$), endokrinoloških i metaboličkih ($\chi^2 = 11,815$, $p = 0,001$) te lokomotornih bolesti ($\chi^2 = 4,724$,

$p = 0,03$) u odnosu na kontrolnu skupinu. Kod ispitanika iz kontrolne skupine utvrđeno je značajno više neuroloških i cerebrovaskularnih komorbiditeta ($\chi^2 = 6,815$, $p = 0,009$).

Tablica 5.28. Raspodjela ispitanika po pojedinim somatskim komorbiditetima

Tjelesne bolesti	**Zatočenici**		**Kontrola**			
	(*n*)	(%)	(*n*)	(%)	χ^{2*}	*p*
Kardiovaskularne	60	51,7	76	51,4	0,004	0,952
Gastrointestinalne	56	48,3	46	31,1	8,110	**0,004***
Neurološke i cerebrovaskularne	16	13,8	40	27,0	6,815	**0,009***
Endokrinološke i metaboličke	40	34,5	24	16,2	11,815	**0,001***
Lokomotorne	72	62,1	72	48,7	4,724	**0,030***
Maligne	12	10,3	12	8,1	0,394	0,530
Respiratorne	7	6,0	9	6,1	0,001	0,987
Dermatološke	4	3,5	4	2,7	0,123	0,726

*χ^2-Hi-kvadrat vrijednost

Iz rezultata Spearmanove korelacijske analize (Tablica 5.29.) vidljivo je da je zatočeništvo bilo u statistički značajnoj pozitivnoj korelaciji s gastrointestinalnim ($\rho = 0,175$, $p < 0,01$), endokrinološkim i metaboličkim ($\rho = 0,212$, $p < 0,01$) te lokomotornim ($\rho = 0,134$, $p < 0,05$) bolestima, kao i s ukupnim brojem tjelesnih bolesti po ispitaniku ($\rho = 0,144$, $p < 0,05$). Također, postojala je i značajna negativna korelacija između zatočeništva i neuroloških i cerebrovaskularnih bolesti ($\rho = -0,161$, $p < 0,01$). Bračni status korelirao je s najviše somatskih komorbiditeta. Utvrđena je njegova značajna negativna korelacija s kardiovaskularnim ($\rho = -0,212$, $p < 0,01$), neurološkihim i cerebrovaskularnim ($\rho = -0,346$, $p < 0,01$) te respiratornim ($\rho = -0,305$, $p < 0,01$) bolestima, kao i značajna pozitivna korelacija s endokrinološkim i metaboličkim ($\rho = 0,150$, $p < 0,05$) bolestima. Osim toga uočena je i negativna korelacija s ukupnim brojem tjelesnih bolesti po ispitaniku ($\rho = -0,242$, $p < 0,01$). Percipirana socijalna potpora bila je u značajnoj negativnoj korelaciji s gastrointestinalnim ($\rho = -0,141$, $p < 0,01$), malignim ($\rho = -0,140$, $p < 0,05$) i dermatološkim bolestima ($\rho = -0,130$, $p < 0,05$). Mogla se uočiti i međuovisnost dobi i gastrointestinalnih ($\rho = 0,191$, $p < 0,01$), endokrinoloških i metaboličkih ($\rho = 0,253$, $p < 0,01$) i dermatološkim bolestima ($\rho = -0,167$, $p < 0,05$). Uz to, dob

je značajno korelirala i s ukupnim brojem tjelesnih bolesti (ρ = 0,151, p < 0,05). Iz korelacijske matrice može se još zaključiti da je postojala značajna međuovisnost broja traumatskih događaja kojima su ispitanici bili izloženi i gastrointestinalnih bolesti (ρ = 0,329, p < 0,01).

Utvrđena je i statistički značajna korelacija ukupnog rezultata na PCL-5 testu s neurološkim i cerebrovaskularnim bolestima (ρ = 0,185, p < 0,01) što je posljedica njihove korelacije sa skupinom simptoma C-Izbjegavanje podražaja povezanih s traumom (ρ = 0,275, p < 0,01) i skupinom D-Negativne promjene kognicije i raspoloženja (ρ = 0,210, p < 0,01).

Tablica 5.29. Spearmanove korelacije (ρ) korelacije između podataka† za sociodemografske značajke, percipiranu socijalnu potporu, ukupni broj trauma, pojedinih skupina simptoma PTSP-a prema PCL-5 upitniku i somatskih komorbiditeta‡

	KV	**GI**	**N/CV**	**E/M**	**LM**	**MA**	**RE**	**DER**	**UTB**
ZAT	0,004	**0,175****	**-0,161****	**0,212****	**0,134***	0,039	-0,001	0,022	**0,144***
SOCP	0,063	**-0,141***	0,078	0,038	-0,040	**-0,140***	**0,124***	**-0,130***	0,077
DOB	0,102	**0,191****	-0,004	**0,253****	-0,086	-0,095	-0,018	**0,167****	**0,151***
RADS	-0,068	**0,230****	**-0,147***	0,062	0,023	0,064	-0,043	0,111	0,053
ŠKL	0,112	0,026	**0,164****	0,031	-0,099	**-0,159****	0,120	**-0,145***	0,049
BRAS	**-0,212****	-0,098	**-0,346****	**0,150***	-0,056	0,063	**-0,305****	0,112	**-0,242****
MATS	-0,025	**0,194****	0,048	0,066	-0,046	0,030	**0,141***	0,062	**0,130***
TRD	-0,096	**0,329****	0,080	-0,027	0,057	0,062	0,008	-0,040	**0,136***
B	-0,006	-0,104	0,091	-0,017	-0,028	-0,064	0,030	0,044	-0,047
C	-0,070	**-0,122***	-0,080	**0,337****	-0,083	-0,080	0,065	-0,078	-0,053
D	0,010	0,064	**0,275****	-0,066	0,001	-0,007	0,003	**-0,226****	0,089
E	**-0,141***	-0,042	**0,210****	-0,081	-0,076	-0,047	-0,062	-0,056	-0,090
TPCL5	-0,035	-0,024	**0,185****	-0,005	-0,078	-0,021	0,011	-0,118	-0,009

* p < 0,05, **p < 0,01;
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja, B-Ponovljeno proživljavanje traume, C-Izbjegavanje podražaja povezanih s traumom, D-Negativne promjene kognicije i raspoloženja, E-Promjene pobuđenosti i reaktivnosti, TPCL5-Ukupni rezultat na PCL-5 testu
‡KV-Kardiovaskularne, GI-Gastrointestinalne, N/CV-Neurološke i cerebrovaskularne, E/M-Endokrinološke i metaboličke, LM-Lokomotorne, MA-Maligne, RE-Respiratorne, DER-Dermatološke, UTB-Ukupni broj tjelesnih bolesti

U Tablicama 5.30.-5.37. prikazani su rezultati regresijske analize utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli (zatočeništvo, socijalna potpora, dob, radni status, školovanje, bračni

status, materijalni status, broj traumatskih događaja) na vjerojatnost pojave pojedinih tjelesnih bolesti, a u Tablici 5.38. na ukupni broj somatskih komorbiditeta.

Iz rezultata jednostruke logističke regresijske analize može se zaključiti da su zatočenici imali veću vjerojatnost razvoja gastrointestinalnih (OR = 2,07, W = 8,007, β = 0,199, R^2 = 0,041, p = 0,005), endokrinoloških i metaboličkih (OR = 2,79, W = 11,386, β = 0,274, R^2 = 0,065, p < 0,001) i lokomotornih (OR = 1,73, W = 4,692, β = 0,150, R^2 = 0,024, p = 0,03) bolesti. Neurološke i cerebrovaskularne bolesti su bile jedine bolesti kod kojih uočena veća vjerojatnost obolijevanja kontrolne skupine (OR = 0,43, W = 6,599, β = -0,230, R^2 = 0,041, p = 0,01). Također, zatočeništvo je bilo značajan prediktor ukupnog broja somatskih komorbiditeta po ispitaniku (F = 7,059, β = 0,162, R^2 = 0,026, p = 0,008).

Kao jedini značajni prediktor razvoja kardiovaskularnih bolesti pokazao se bračni status (β = -0,347, p = 0,001), a modelom je objašnjeno 10,9 % varijance (W = 18,497, $\bar{R}^2$ = 0,109, p = 0,004) (Tablica 5.30.).

Tablica 5.30. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na učestalost kardiovaskularnih bolesti

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	0,015		0,466	0,046	0,312	-0,143	0,258	-0,710	-0,202	-0,032	
OR	1,015	b_0 = 0,069	1,594								b_0 = 3,041
SEM	0,248	W = 0,004	0,309	0,219	0,185	0,207	0,257	0,216	0,274	0,026	W = 18,497
W	0,004	R^2 = 0,000	2,274	0,043	2,849	0,473	1,007	10,824	0,548	1,515	$\bar{R}^2$ = 0,109
β	0,015	p = 0,952	0,128	0,017	0,127	-0,055	0,076	-0,292	-0,062	-0,102	**p = 0,004**
p	0,952		0,132	0,835	0,091	0,492	0,316	**0,001**	0,459	0,218	

*b-regresijski koeficijent; OR-Omjer izgleda (engl. *Odds ratio*); b_0-odsječak; β-standardizirani regresijski koeficijent; W-Wald Hi-kvadrat vrijednost; *SEM*-Standardna pogreška; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

Iz rezultata regresijske analize prikazane u Tablici 5.31. vidljivo je da zatočeništvo uvođenjem ostalih nezavisnih varijabli nije više bilo značajan prediktor učestalosti gastrointestinalnih bolesti. Značajan utjecaj pokazali su dob (β = 0,225, p = 0,007), radni (β = 0,193, p = 0,042) i bračni status (β = -0,236, p = 0,006), a naročito broj doživljenih traumatskih događaja

(β = 0,384, p < 0,0001). Ovim modelom može se objasniti 24,6 % ukupne varijance (W = 39,816, $\bar{R}^2$ = 0,246, p < 0,0001).

Tablica 5.31. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na učestalost gastrointestinalnih bolesti

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	0,727		0,026	-0,125	0,552	0,503	-0,377	-0,578	0,446	0,120	
OR	2,070	b_0 = -0,069	1,026								b_0 = -3,784
SEM	0,257	W = 8,007	0,333	0,240	0,205	0,247	0,281	0,210	0,295	0,030	W = 39,816
W	8,007	R^2 = 0,041	0,006	0,273	7,286	4,126	1,799	7,588	2,283	15,847	$\bar{R}^2$ = 0,246
β	0,199	**p = 0,005**	0,007	-0,046	0,225	0,193	-0,111	-0,238	0,136	0,384	**p < 0,0001**
p	**0,005**		0,938	0,601	**0,007**	**0,042**	0,180	**0,006**	0,131	**<0,0001**	

*b-regresijski koeficijent; OR-Omjer izgleda (engl. *Odds ratio*); b_0-odsječak; β-standardizirani regresijski koeficijent; W-Wald Hi-kvadrat vrijednost; *SEM*-Standardna pogreška; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

Veću vjerojatnost obolijevanja od neuroloških i cerebrovaskularnih bolesti imali su ispitanici iz kontrolne skupine (OR = 0,31, β = -0,317, p = 0,011), nezaposleni (β = -0,214, p = 0,022), rastavljeni i neoženjeni ispitanici (β = -0,383, p < 0,0001) te ispitanici koji su doživjeli veći broj trauma (β = 0,412, p = 0,001). Model objašnjava 25,2 % ukupne varijance (W = 36,999, $\bar{R}^2$ = 0,252, p < 0,0001) (Tablica 5.32.).

Tablica 5.32. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na učestalost neuroloških i cerebrovaskularnih bolesti

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	-0,839		-1,160	0,022	-0,166	-0,559	0,398	-0,933	0,209	0,128	
OR	0,432	b_0 = -1,833	0,313								b_0 = -1,218
SEM	0,269	W = 6,599	0,458	0,311	0,238	0,245	0,372	0,224	0,338	0,039	W = 36,999
W	6,599	R^2 = 0,041	6,426	0,005	0,491	5,218	1,143	17,277	0,382	11,007	$\bar{R}^2$ = 0,252
β	-0,230	**p = 0,010**	-0,317	0,008	-0,068	-0,214	0,118	-0,383	0,064	0,412	**p < 0,0001**
p	**0,010**		**0,011**	0,944	0,483	**0,022**	0,285	**<0,0001**	0,537	**0,001**	

*b-regresijski koeficijent; OR-Omjer izgleda (engl. *Odds ratio*); b_0-odsječak; β-standardizirani regresijski koeficijent; W-Wald Hi-kvadrat vrijednost; *SEM*-Standardna pogreška; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

Za endokrinološke i metaboličke bolesti najznačajnije prediktorske varijable bile su zatočeništvo (OR = 3,805, β = 0,366, p = 0,001), dob (β = -0,412, p < 0,001) i ukupni broj traumatskih događaja po ispitaniku (β = 0,412, p = 0,001). Cjelokupnim modelom može se objasniti 21,0 % ukupne varijance razvoja endokrinoloških i metaboličkih bolesti (W = 30,781, $\bar{R}^2$ = 0,210, p < 0,0001) (Tablica 5.33.).

Tablica 5.33. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na učestalost endokrinoloških i metaboličkih bolesti

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	1,000		1,336	0,046	0,896	0,030	0,278	0,378	0,060	-0,111	
OR	2,719	b_0 = -0,642	3,805								b_0 = -2,368
SEM	0,296	W = 11,386	0,395	0,260	0,231	0,266	0,299	0,255	0,342	0,033	W = 30,781
W	11,386	R^2 = 0,065	11,438	0,031	15,027	0,013	0,864	2,195	0,031	11,129	$\bar{R}^2$ = 0,210
β	0,274	**p < 0,001**	0,366	0,017	0,364	0,011	0,082	0,155	0,018	-0,356	**p < 0,0001**
p	**< 0,001**		**0,001**	0,860	**<0,001**	0,911	0,353	0,138	0,860	**0,001**	

*b-regresijski koeficijent; OR-Omjer izgleda (engl. *Odds ratio*); b_0-odsječak; β-standardizirani regresijski koeficijent; W-Wald Hi-kvadrat vrijednost; *SEM*-Standardna pogreška; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

Zatočeništvo je i nakon uvođenja ostalih prediktorskih varijabli u višestrukoj regresiji ostalo jedini značajan prediktor lokomotornih bolesti (OR = 2,076, β = 0,200, p = 0,018) (Tablica 5.34.).

Tablica 5.34. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na učestalost lokomotornih bolesti

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	0,547		0,731	-0,276	-0,215	0,049	-0,403	-0,246	-0,063	0,009	
OR	1,727	b_0 = 0,492	2,076								b_0 = 2,965
SEM	0,252	W = 4,692	0,310	0,221	0,176	0,201	0,257	0,189	0,268	0,026	W = 11,284
W	4,692	R^2 = 0,024	5,568	1,562	1,496	0,059	2,458	1,706	0,055	0,119	$\bar{R}^2$ = 0,060
β	0,150	**p = 0,030**	0,200	-0,101	-0,088	0,019	-0,119	-0,101	-0,019	0,028	p = 0,149
p	**0,030**		**0,018**	0,211	0,221	0,809	0,117	0,191	0,815	0,730	

*b-regresijski koeficijent; OR-Omjer izgleda (engl. *Odds ratio*); b_0-odsječak; β-standardizirani regresijski koeficijent; W-Wald Hi-kvadrat vrijednost; *SEM*-Standardna pogreška; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

Na učestalost razvoja malignih bolesti najveći utjecaj imali su percipirana socijalna potpora (β = -0,412, p = 0,025), dob (β = -0,332, p = 0,029) i školovanje(β = -0,429, p = 0,004). Ovim modelom može se objasniti 17,5 % ukupne varijance (W = 17,423, $\bar{R}^2$ = 0,175, p = 0,005) (Tablica 5.35.).

Tablica 5.35. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na učestalost malignih bolesti

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	0,268		-0,010	-1,129	-0,817	0,311	-1,451	-0,195	0,642	0,082	
OR	1,308	b_0 = -2,159	0,990								b_0 = 0,473
SEM	0,429	W = 0,392	0,522	0,505	0,374	0,385	0,508	0,407	0,459	0,047	W = 17,423
W	0,392	R^2 = 0,003	0,000	4,998	4,758	0,653	8,150	0,231	1,956	3,059	$\bar{R}^2$ = 0,175
β	0,073	p = 0,531	-0,003	-0,412	-0,332	0,119	-0,429	-0,080	0,196	0,262	**p = 0,005**
p	0,531		0,985	**0,025**	**0,029**	0,419	**0,004**	0,631	0,162	0,080	

*b-regresijski koeficijent; OR-Omjer izgleda (engl. *Odds ratio*); b_0-odsječak; β-standardizirani regresijski koeficijent; W-Wald Hi-kvadrat vrijednost; *SEM*-Standardna pogreška; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

Najznačajniji prediktori razvoja kardiovaskularnih bio je bračni status (β = -0,632, p < 0,001), a modelom je objašnjeno 33,2 % varijance (W = 26,027, $\bar{R}^2$ = 0,332, p < 0,0001) (Tablica 5.36.).

Tablica 5.36. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na učestalost respiratornih bolesti

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	-0,008		0,266	0,120	-0,028	-0,444	-0,224	-1,539	0,966	0,023	
OR	0,992	b_0 = -2,745	1,305								b_0 = 1,303
SEM	0,520	W = 0,000	0,797	0,563	0,383	0,476	0,673	0,392	0,588	0,066	W = 26,027
W	0,000	R^2 = 0,000	0,112	0,045	0,005	0,870	0,111	15,417	2,701	0,122	$\bar{R}^2$ = 0,332
β	-0,002	p = 0,987	0,073	0,044	-0,012	-0,170	-0,066	-0,632	0,294	0,074	**p < 0,0001**
p	0,987		0,738	0,832	0,941	0,351	0,739	**<0,0001**	**0,100**	0,726	

*b-regresijski koeficijent; OR-Omjer izgleda (engl. *Odds ratio*); b_0-odsječak; β-standardizirani regresijski koeficijent; W-Wald Hi-kvadrat vrijednost; *SEM*-Standardna pogreška; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

Značajni prediktori razvoja dermatoloških bolesti bili su percipirana socijalna potpora (β = -0,186, p = 0,043), dob (β = 0,149, p = 0,012), radni status (β = 0,125, p = 0,038) i školovanje(β = -0,162, p = 0,009), a ovim modelom može se objasniti 32,9 % ukupne varijance (W = 10,137, $\bar{R}^2$ = 0,329, p = 0,001) (Tablica 5.37.).

Tablica 5.37. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na učestalost dermatoloških bolesti

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	0,251		-0,008	-0,483	0,347	0,318	-0,519	0,087	0,380	-0,022	
OR	1,286	b_0 = -3,332	0,992								b_0 = -0,156
SEM	0,718	W = 0,122	0,248	0,178	0,142	0,163	0,204	0,151	0,216	0,021	W = 10,137
W	0,122	R^2 = 0,002	0,001	4,149	6,348	4,359	6,887	0,185	2,825	1,300	$\bar{R}^2$ = 0,329
β	0,069	p = 0,726	-0,002	-0,186	0,149	0,129	-0,162	0,038	0,123	-0,074	**p = 0,001**
p	0,726		0,975	**0,043**	**0,012**	**0,038**	**0,009**	0,667	0,094	0,255	

*b-regresijski koeficijent; OR-Omjer izgleda (engl. *Odds ratio*); b_0-odsječak; β-standardizirani regresijski koeficijent; W-Wald Hi-kvadrat vrijednost; *SEM*-Standardna pogreška; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

Uz zatočeništvo, koje je ostalo značajan prediktor (β = 0,182, p = 0,009) ukupnog broja somatskih komorbiditeta i nakon primijenjene višestruke regresijske analize, značajan utjecaj pokazali su i dob (β = 0,140, p = 0,018) i bračni status (β = -0,362, p < 0,0,0001). Modelom je objašnjeno 14,1 % varijance (F = 6,417, $\bar{R}^2$ = 0,141, p < 0,0001) (Tablica 5.38.).

Tablica 5.38. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na ukupni broj somatskih komorbiditeta

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	0,390		0,437	-0,194	0,226	0,011	-0,174	-0,579	0,259	0,021	
SEM	0,147	b_0 = 1,912	0,165	0,119	0,095	0,109	0,136	0,101	0,144	0,014	b_0 = 3,044
β	0,162	F = 7,059	0,182	-0,107	0,140	0,006	-0,078	-0,362	0,120	0,103	F = 6,417
t	2,657	R^2 = 0,026	2,648	-1,633	2,386	0,100	-1,276	-5,731	1,798	1,536	$\bar{R}^2$ = 0,141
p	**0,008**	**p = 0,008**	**0,009**	0,104	**0,018**	0,921	0,203	**<0,0001**	0,073	0,126	**p < 0,0001**

*b-regresijski koeficijent; b_0-odsječak; β-standardizirani regresijski koeficijent; *SEM*-Standardna pogreška; $\bar{R}^2$-Korigirani koeficijent determinacije; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

5. 5. Ispitivanje kvalitete života povezane sa zdravljem

Iz rezultata prikazanih u Tablici 5.39. vidljivo je da je kontrolna skupina lošije procijenila kvalitetu života od skupine bivših zatočenika što se očituje u ukupno nižim ocjenama SF-36 upitnika, ali i nižim ocjenama za sve pojedinačne dimenzije fizičke i psihičke komponente zdravlja. Mann-Whitney U testom utvrđene su statistički značajne razlike između skupina u ocjenama dimenzija BP-Tjelesni bolovi ($U = 10376$, $p = 0{,}003$), MH-Mentalno zdravlje ($U = 11368$, $p < 0{,}001$), kao i u zbirnim ocjenama PCS-fizičke ($U = 9936$, $p = 0{,}028$) i MCS-psihičke komponente ($U = 10192$, $p = 0{,}009$) zdravlja. Utvrđena je i statistički značajna razlika ($U = 10176$, $p = 0{,}01$) u TSF36-Ukupna ocjena kvalitete života.

Tablica 5.39. Raspodjela ispitanika po različitim dimenzijama zdravlja prema SF-36 upitniku

SF36 dimenzije zdravlja	**Zatočenici**		**Kontrola**			
	$\bar{x}$ (*SD*)*	M_e (*IQR*)†	$\bar{x}$ (*SD*)	M_e (*IQR*)	*U*‡	*p*
Fizičko funkcioniranje (PF)	48,8 (22,7)	45,5 (40,0-65,0)	45,4 (21,3)	40,0 (30,0-60,0)	9712	0,066
Ograničenja zbog fizičkih poteškoća (RP)	17,2 (31,7)	0,0 (0,0-25,0)	16,2 (26,9)	0,0 (0,0-25,0)	8224	0,490
Tjelesni bolovi (BP)	43,2 (16,5)	45,0 (32,5-45,0)	38,4 (18,9)	35,0 (22,5-45,0)	10376	**0,003**
Opće zdravlje (GH)	36,6 (18,9)	35,0 (20,0-45,0)	31,2 (14,4)	30,0 (25,0-40,0)	9656	0,080
Vitalnost i energija (VT)	30,5 (13,7)	30,0 (25,0-40,0)	28,4 (17,6)	20,0 (15,0-40,0)	9528	0,123
Socijalno funkcioniranje (SF)	34,9 (18,2)	37,5 (25,0-50,0)	31,4 (19,3)	37,5 (12,5-50,0)	9456	0,149
Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća (RE)	11,5 (25,3)	0,0 (0,0-0,0)	8,1 (22,5)	0,0 (0,0-0,0)	9176	0,139
Mentalno zdravlje (MH)	40,8 (10,7)	44,0 (36,0-48,0)	32,1 (15,0)	32,0 (20,0-44,0)	11368	**<0,001**
Ocjena fizičke komponente (PCS)	36,4 (15,6)	33,8 (25,0-38,8)	32,8 (13,6)	29,4 (24,4-37,5)	9936	**0,028**
Ocjena psihičke komponente (MCS)	29,4 (12,6)	28,9 (21,5-36,8)	25,0 (12,7)	24,9 (13,3-34,6)	10192	**0,009**
Ukupna ocjena (TSF36)	34,8 (15,1)	33,9 (22,7-37,8))	29,9 (13,4)	28,3 (20,8-37,5)	10176	**0,010**

*$\bar{x}$ (*SD*)-Aritmetička sredina (Standardna devijacija); †M_e (*IQR*)-Medijan (Interkvartilni raspon); §Mann-Whitney U test

Tablica 5.40. Spearmanove korelacije (ρ) korelacije između podataka[†] za sociodemografske značajke, percipiranu socijalnu potporu te ukupni broj trauma i pojedinih dimenzija zdravlja prema SF-36 upitniku[‡]

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCS	MCS	TSF36
ZAT	0,113	-0,043	**0,185****	0,108	0,095	0,089	0,091	**0,280****	**0,135***	**0,161****	**0,159****
SOCP	**0,183****	**0,175****	0,096	**0,204****	0,092	**0,231****	**0,206****	**0,209****	**0,246****	**0,245****	**0,294****
DOB	**-0,145***	**-0,140***	0,035	**-0,175****	**-0,176****	**-0,199****	0,094	-0,010	**-0,158***	-0,077	-0,095
RADS	**0,197****	0,092	**0,136***	0,059	0,012	0,052	**0,209****	**0,203****	**0,212****	**0,168****	**0,243****
ŠKL	0,104	-0,013	0,008	0,011	-0,016	0,058	-0,008	0,034	0,035	0,032	0,055
BRAS	0,054	**-0,132***	**0,205****	**0,138***	**0,215****	**0,183****	0,037	**0,314****	0,103	**0,269****	**0,177****
MATS	0,080	0,069	**0,130***	**0,163****	**0,200****	**0,160****	**0,195****	**0,196****	**0,190****	**0,265****	**0,273****
TRD	0,040	-0,019	0,104	**-0,199****	**-0,233****	-0,047	-0,003	-0,028	-0,001	-0,099	0,009

* $p < 0,05$, **$p < 0,01$;
[†]ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja, B-Ponovljeno proživljavanje traume, C-Izbjegavanje podražaja povezanih s traumom, D-Negativne promjene kognicije i raspoloženja, E-Promjene pobuđenosti i reaktivnosti, TPCL5-Ukupni rezultat na PCL-5 testu
[‡]PF-Fizičko funkcioniranje, RP-Ograničenja zbog fizičkih poteškoća, BP-Tjelesni bolovi, GH-Opće zdravlje, VT-Vitalnost i energija, SF-Socijalno funkcioniranje, RE-Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća, MH-Mentalno zdravlje, PCS-Ocjena fizičke komponente, MCS-Ocjena psihičke komponente, TSF36-Ukupna ocjena na SF-36 testu

Budući da je kontrolna skupina lošije procijenila kvalitetu života u odnosu na skupinu bivših zatočenika, Spearmanovovom korelacijskom analizom (Tablica 5.40.) utvrđena je statistički značajna pozitivna korelacija zatočeništva s dimenzijom BP-Tjelesni bolovi ($\rho = 0,185$, $p < 0,01$), MH-Mentalno zdravlje ($\rho = 0,280$, $p < 0,01$) te ukupnim ocjenama fizičke ($\rho = 0,135$, $p < 0,05$) i psihičke komponente ($\rho = 0,161$, $p < 0,01$) zdravlja, kao i s ukupnom ocjenom na SF-36 testu ($\rho = 0,159$, $p < 0,01$). Utvrđena je i značajna korelacija između percipirane socijalne potpore i gotovo svih dimenzija zdravlja, osim s dimenzijama BP-Tjelesni bolovi i VT-Vitalnost. Vidljiv je i utjecaj dobi ispitanika na PF-Fizičko funkcioniranje ($\rho = 0,145$, $p < 0,05$), RP-Ograničenja zbog fizičkih poteškoća ($\rho = 0,140$, $p < 0,05$), GH- Opće zdravlje ($\rho = 0,175$, $p < 0,01$), VT-Vitalnost i energija ($\rho = 0,176$, $p < 0,01$), SF-Socijalno funkcioniranje ($\rho = 0,199$, $p < 0,01$) i PCS-Ocjena fizičke komponente ($\rho = 0,158$, $p < 0,05$). Radni status značajno je korelirao s PF-Fizičko funkcioniranje ($\rho = 0,197$, $p < 0,01$), BP-Tjelesni bolovi ($\rho = 0,136$, $p < 0,05$), RE-Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća

(ρ = 0,209, p < 0,01), MH-Mentalno zdravlje (ρ = 0,203, p < 0,01), PCS-Ocjena fizičke komponente (ρ = 0,212, p < 0,01), MCS-Ocjena psihičke komponente (ρ = 0,168, p < 0,01) i TSF36-Ukupna ocjena na SF-36 testu (ρ = 0,243, p < 0,01). Bračni status bio je u značajnoj korelaciji sa svim dimenzijama zdravlja osim s PF-Fizičko funkcioniranje i RE-Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća, a materijalni status sa svima osim s PF-Fizičko funkcioniranje i RP-Ograničenja zbog fizičkih poteškoća. Značajna negativna korelacija utvrđena je između broja doživljenih traumatskih događaja i dimenzija zdravlja GH-Opće zdravlje (ρ = -0,199, p < 0,01) i VT-Vitalnost (ρ = -0,233, p < 0,01).

U Tablici 5.41. prikazani su rezultati regresijske analize utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli (zatočeništvo, socijalna potpora, dob, radni status, školovanje, bračni status, materijalni status, broj traumatskih događaja) na kvalitetu života opisanu dimenzijama koje se odnose na fizičku komponentu zdravlja.

Iz rezultata jednostruke regresijske analize može se zaključiti da su zatočenici imali veću samoprocijenjenu kvalitetu života povezanu s dimenzijama BP-Tjelesni bolovi (F = 4,717, β = 0,133, R^2 = 0,018, p = 0,031) i GH-Opće zdravlje (F = 6,746, β = 0,158, R^2 = 0,025, p = 0,01) te zbirnom ocjenom fizičke komponente zdravlja (F = 4,093, β = 0,124, R^2 = 0,015, p = 0,044). Uvođenjem ostalih nezavisnih varijabli u višestrukoj regresijskoj analizi zatočeništvo je izgubilo svoj utjecaj, a jedini značajan prediktor dimenzije BP-Tjelesni bolovi bio je bračni status (β = 0,217, p = 0,001). Značajan utjecaj na dimenziju PF-Fizičko funkcioniranje pokazali su socijalna potpora (β = 0,162, p = 0,018), dob (β = -0,194, p = 0,002), radni status (β = 0,133, p = 0,045) i školovanje (β = 0,147, p = 0,022). Najznačajniji utjecaj prediktorskih varijabli utvrđen je za dimenziju GH-Opće zdravlje, a modelom je objašnjeno 19,1 % varijance (F = 8,769, $\bar{R}^2$ = 0,191, p < 0,0001). Kao značajni prediktori pokazali su se zatočeništvo (β = 0,248, p < 0,001), percipirana socijalna potpora (β = 0,188, p = 0,004), dob (β = -0,119, p = 0,037), bračni status (β = 0,211, p = 0,001) i broj doživljenih traumatskih događaja (β = -0,408, p < 0,0001). Iste nezavisne varijable također su bile i statistički značajni prediktori zbirne ocjene fizičke komponente zdravlja: zatočeništvo (β = 0,144, p = 0,042), percipirana socijalna potpora (β = 0,159, p = 0,019), dob (β = -0,172, p = 0,005), bračni status (β = 0,148, p = 0,023) i broj doživljenih traumatskih događaja (β = -0,208, p = 0,003). Niti jedna promatrana nezavisna varijabla nije bila statistički značajan prediktor dimenzije zdravlja RP-Ograničenja zbog fizičkih poteškoća.

Tablica 5.41. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na dimenzije fizičke komponente zdravlja‡

		Jednostruka		Višestruka								
		ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
PF	*b*	3,388		2,771	5,382	-5,773	4,195	6,008	2,320	-2,566	-0,273	
	SEM	2,722	b_0 = 45,405	3,159	2,268	1,815	2,085	2,605	1,933	2,758	0,264	b_0 = 31,919
	β	0,077	F = 1,549 R^2 = 0,006	0,063	0,162	-0,194	0,133	0,147	0,079	-0,065	-0,072	F = 3,430 $\bar{R}^2$ = 0,069
	t	1,245	p = 0,214	0,877	2,373	-3,180	2,012	2,307	1,200	-0,930	-1,034	***p* = 0,001**
	p	0,214		0,381	**0,018**	**0,002**	**0,045**	**0,022**	0,231	0,353	0,302	
RP	*b*	1,025		2,660	3,247	-4,263	0,946	-4,687	-0,683	5,599	-0,518	
	SEM	3,606	b_0 = 16,216	4,292	3,082	2,467	2,833	3,539	2,627	3,748	0,359	b_0 = 31,698
	β	0,018	F = 0,081 R^2 = 0,000	0,046	0,074	-0,109	0,023	-0,087	-0,018	0,107	-0,104	F = 1,512 $\bar{R}^2$ = 0,015
	t	0,284	p = 0,776	0,620	1,053	-1,728	0,334	-1,324	-0,260	1,494	-1,444	p = 0,153
	p	0,776		0,536	0,293	0,085	0,739	0,187	0,795	0,136	0,150	
BP	*b*	4,811		3,120	0,648	-0,800	0,523	3,385	5,237	0,921	-0,124	
	SEM	2,215	b_0 = 38,378	2,637	1,894	1,515	1,740	2,174	1,614	2,303	0,221	b_0 = 14,638
	β	0,133	F = 4,717 R^2 = 0,018	0,086	0,024	-0,033	0,020	0,101	0,217	0,028	-0,040	F = 2,087 $\bar{R}^2$ = 0,032
	t	2,172	***p* = 0,031**	1,183	0,342	-0,528	0,300	1,557	3,245	0,400	-0,561	***p* = 0,038**
	p	**0,031**		0,238	0,733	0,598	0,764	0,121	**0,001**	0,689	0,575	
GH	*b*	5,336		8,367	4,740	-2,704	1,048	2,774	4,732	2,780	-1,173	
	SEM	2,054	b_0 = 31,216	2,244	1,611	1,290	1,481	1,850	1,373	1,959	0,188	b_0 = 26,238
	β	0,158	F = 6,746 R^2 = 0,025	0,248	0,188	-0,119	0,044	0,089	0,211	0,092	-0,408	F = 8,769 $\bar{R}^2$ = 0,191
	t	2,597	***p* = 0,010**	3,729	2,942	-2,097	0,708	1,499	3,446	1,419	-6,247	***p* < 0,0001**
	p	**0,010**		**<0,001**	**0,004**	**0,037**	0,480	0,135	**0,001**	0,157	**<0,0001**	
PCS	*b*	3,640		4,230	3,504	-3,385	1,678	1,870	2,901	1,684	-0,522	
	SEM	1,799	b_0 = 32,804	2,071	1,487	1,190	1,367	1,708	1,268	1,809	0,173	b_0 = 26,123
	β	0,124	F = 4,093 R^2 = 0,015	0,144	0,159	-0,172	0,080	0,069	0,148	0,064	-0,208	F = 4,356 $\bar{R}^2$ = 0,093
	t	2,023	***p* = 0,044**	2,042	2,356	-2,844	1,228	1,095	2,289	0,931	-3,013	***p* < 0,0001**
	p	**0,044**		**0,042**	**0,019**	**0,005**	0,221	0,275	**0,023**	0,353	**0,003**	

*b-regresijski koeficijent; b_0-odsječak; β-standardizirani regresijski koeficijent; *SEM*-Standardna pogreška; $\bar{R}^2$-Korigirani koeficijent determinacije; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju

†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

‡PF-Fizičko funkcioniranje, RP-Ograničenja zbog fizičkih poteškoća, BP-Tjelesni bolovi, GH-Opće zdravlje, PCS-Ocjena fizičke komponente

U Tablici 5.42. prikazani su rezultati regresijske analize utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli na kvalitetu života opisanu dimenzijama koje se odnose na psihičku komponentu zdravlja. Iz rezultata jednostruke regresijske analize može se zaključiti da su zatočenici imali veću samoprocijenjenu kvalitetu života povezanu s dimenzijama MH Mentalno zdravlje

(F = 27,967, β = 0,311, 568, $\bar{R}^2$ = 0,096, p < 0,0001) i zbirnu ocjenu psihičke komponente zdravlja (F = 25,003, β = 0,172, R^2 = 0,03, p = 0,005).

Tablica 5.42. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na dimenzije psihičke komponente zdravlja‡

		Jednostruka		Višestruka								
		ZAT	Model†	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
VT	*b*	2,139		5,561	3,891	-4,025	-2,290	2,001	6,658	6,227	-1,151	
	SEM	1,987	b_0 = 28,378	2,055	1,476	1,181	1,356	1,695	1,258	1,794	0,172	b_0 = 24,093
	β	0,066	F = 1,159 R^2 = 0,004	0,173	0,161	-0,186	-0,100	0,067	0,310	0,215	-0,418	F = 12,530 $\bar{R}^2$ = 0,260
	t	1,076	p = 0,283	2,706	2,637	-3,408	-1,688	1,181	5,294	3,470	-6,695	***p* < 0,0001**
	p	0,283		**0,007**	**0,009**	**0,001**	0,093	0,239	**<0,0001**	**0,001**	**<0,0001**	
SF	*b*	3,495		2,302	7,837	-6,232	-1,065	3,818	5,824	2,652	-0,330	
	SEM	2,330	b_0 = 31,419	2,580	1,853	1,483	1,703	2,128	1,579	2,253	0,216	b_0 = 12,805
	β	0,092	F = 2,250 R^2 = 0,009	0,061	0,276	-0,245	-0,039	0,109	0,231	0,078	-0,102	F = 6,996 $\bar{R}^2$ = 0,154
	t	1,500	p = 0,135	0,892	4,229	-4,202	-0,625	1,794	3,687	1,177	-1,528	***p* < 0,0001**
	p	0,135		0,373	**<0,0001**	**<0,0001**	0,532	0,074	**<0,001**	0,240	0,128	
RE	*b*	3,386		-0,750	2,438	2,156	5,546	-1,190	2,489	5,251	-0,279	
	SEM	2,950	b_0 = 8,108	3,464	2,488	1,991	2,286	2,857	2,120	3,025	0,290	b_0 = -23,015
	β	0,071	F = 1,318 R^2 = 0,005	-0,016	0,068	0,067	0,162	-0,027	0,078	0,122	-0,068	F = 2,578 $\bar{R}^2$ = 0,046
	t	1,148	p = 0,252	-0,217	0,980	1,083	2,426	-0,416	1,174	1,736	-0,964	***p* = 0,010**
	p	0,252		0,829	0,328	0,280	**0,016**	0,677	0,241	0,084	0,336	
MH	*b*	8,719		8,492	3,865	-0,136	0,878	3,527	6,254	2,515	-0,743	
	SEM	1,649	b_0 = 32,108	1,800	1,292	1,034	1,188	1,484	1,101	1,572	0,151	b_0 = 7,837
	β	0,311	F = 27,967 R^2 = 0,096	0,302	0,183	-0,007	0,044	0,136	0,334	0,100	-0,310	F = 12,040 $\bar{R}^2$ = 0,251
	t	5,288	***p* < 0,0001**	4,719	2,991	-0,131	0,739	2,377	5,678	1,601	-4,931	***p* < 0,0001**
	p	**<0,0001**		**<0,0001**	**0,003**	0,896	0,460	**0,018**	**<0,0001**	0,111	**<0,0001**	
MCS	*b*	4,435		3,901	4,508	-2,059	0,767	2,039	5,306	4,162	-0,626	
	SEM	1,569	b_0 = 25,003	1,686	1,210	0,969	1,112	1,390	1,032	1,472	0,141	b_0 = 5,430
	β	0,172	F = 7,986 R^2 = 0,030	0,151	0,233	-0,119	0,042	0,085	0,309	0,180	-0,284	F = 10,353 $\bar{R}^2$ = 0,221
	t	2,826	***p* = 0,005**	2,315	3,724	-2,126	0,690	1,467	5,144	2,827	-4,436	***p* < 0,0001**
	p	**0,005**		**0,021**	**<0,001**	**0,034**	0,491	0,144	**<0,0001**	**0,005**	**<0,0001**	

*b-regresijski koeficijent; b_0-odsječak; β-standardizirani regresijski koeficijent; *SEM*-Standardna pogreška; $\bar{R}^2$-Korigirani koeficijent determinacije; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju

†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

‡PF-Fizičko funkcioniranje, RP-Ograničenja zbog fizičkih poteškoća, BP-Tjelesni bolovi, GH-Opće zdravlje, MCS-Ocjena psihičke komponente

Uvođenjem ostalih nezavisnih varijabli u višestrukoj regresijskoj analizi (Tablica 5.42.) zatočeništvo je postalo značajan prediktor i dimenzije VT-Vitalnost i energija (β = 0,173, p = 0,007) na koju su još značajan utjecaj imali i socijalna potpora (β = 0,161, p = 0,009), dob (β = -0,186, p = 0,001), bračni (β = 0,310, p < 0,0001) i materijalni status (β = 0,215, p = 0,001) te broj traumatskih događaja (β = -0,418, p < 0,0001), a dobivenim modelom je objašnjeno 26,0 % varijance (F = 12,53, $\bar{R}^2$ = 0,130, p = 0,001). Socijalna potpora (β = 0,276, p < 0,0001), dob (β = -0,245, p < 0,0001) i bračni status (β = 0,231, p < 0,001) bili su značajni prediktori dimenzije SF-Socijalno funkcioniranje. Samo je radni status bio značajan prediktor (β = 0,162, p = 0,016) dimenzije RE-Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća. Najveći postotak objašnjena varijance dobiven je modelom za dimenziju MH Mentalno zdravlje (F = 12,040, $\bar{R}^2$ = 0,251, p < 0,0001) pri čemu su značajni prediktori bili zatočeništvo (β = 0,302, p < 0,0001), socijalna potpora (β = 0,183, p = 0,003), školovanje (β = 0,136, p = 0,018), bračni status (β = 0,334, p < 0,0001) te broj traumatskih događaja (β = -0,310, p < 0,0001). Značajan utjecaj na zbirnu ocjenu psihičke komponente zdravlja imali su zatočeništvo (β = 0,151, p = 0,005), socijalna potpora (β = 0,233, p < 0,001), dob (β = -0,119, p = 0,034), bračni (β = 0,309, p < 0,0001) i materijalni status (β = 0,180, p = 0,005) te broj traumatskih događaja (β = -0,284, p < 0,0001), pri čemu je modelom objašnjeno 22,1 % varijance (F = 10,353, $\bar{R}^2$ = 0,221, p < 0,0001).

Tablica 5.43. Regresijska analiza utjecaja pojedinih prediktorskih varijabli† na ukupni rezultat SF-36 testa

	Jednostruka		Višestruka								
	ZAT	Model*	**ZAT**	**SOCP**	**DOB**	**RADS**	**ŠKL**	**BRAS**	**MATS**	**TRD**	Model
b	4,952		3,507	5,041	-1,619	2,008	3,014	4,236	1,687	-0,434	
SEM	1,761	b_0 = 29,876	1,999	1,435	1,149	1,319	1,648	1,223	1,746	0,167	b_0 = 7,752
β	0,171	F = 7,904 R^2 = 0,029	0,121	0,232	-0,083	0,097	0,113	0,220	0,065	-0,176	F = 5,936 $\bar{R}^2$ = 0,131
t	2,811	**p = 0,005**	1,754	3,512	-1,409	1,522	1,829	3,462	0,966	-2,597	**p < 0,0001**
p	**0,005**		0,081	**0,001**	0,160	0,129	0,069	**0,001**	0,335	**0,010**	

*b-regresijski koeficijent; b_0-odsječak; β-standardizirani regresijski koeficijent; *SEM*-Standardna pogreška; $\bar{R}^2$-Korigirani koeficijent determinacije; DF-Stupnjevi slobode za jednostruku (1) i višestruku (8) regresiju
†ZAT-Zatočeništvo, SOCP-Socijalna potpora, DOB-Dob, RADS-Radni status, ŠKL-Školovanje, BRAS-Bračni status, MATS-Materijalni status, TRD-Broj traumatskih događaja

Iz rezultata jednostruke regresijske analize prikazanih u Tablici 5.43. može se zaključiti da su zatočenici imali bolji rezultat na SF-36 testu, odnosno veću samoprocijenjenu kvalitetu života povezanu sa zdravljem u odnosu na kontrolnu skupinu ispitanika (F = 7,904, β = 0,171,

R^2 = 0,029, p = 0,005). Uvođenjem ostalih nezavisnih varijabli u višestrukoj regresijskoj analizi zatočeništvo je izgubilo svoj utjecaj, a značajni prediktori su bili socijalna potpora (β = 0,232, p = 0,001), bračni status (β = 0,220, p = 0,001) i broj traumatskih događaja (β = -0,176, p = 0,01). Modelom je objašnjeno 13,1 % varijance (F = 5,936, $\bar{R}^2$ = 0,131, p < 0,0001).

Tablica 5.44. Spearmanove korelacije (ρ) korelacije između rezultata† PCL-5 upitnika za procjenu pojedinih skupina simptoma PTSP-a, Beckovih upitnika za depresivnost i anksioznost i pojedinih dimenzija zdravlja prema SF-36 upitniku‡

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCS	MCS	TSF36
B	**-0,173****	**-0,192****	**-0,251****	**-0,320****	**-0,161****	**-0,430****	**-0,124***	**-0,338****	**-0,331****	**-0,364****	**-0,393****
C	-0,005	**-0,132***	0,091	0,031	-0,024	**-0,275****	-0,089	-0,043	-0,058	**-0,195****	-0,098
D	-0,027	**-0,157***	**-0,177****	**-0,429****	**-0,463****	**-0,570****	**-0,468****	**-0,603****	**-0,291****	**-0,726****	**-0,507****
E	0,114	-0,051	**-0,143***	**-0,145***	**-0,346****	**-0,477****	**-0,182****	**-0,432****	**-0,135***	**-0,470****	**-0,243****
PCL-5	0,013	**-0,161****	**-0,202****	**-0,353****	**-0,399****	**-0,593****	**-0,340****	**-0,520****	**-0,277****	**-0,625****	**-0,430****
BD	**-0,168****	**-0,173****	**-0,313****	**-0,491****	**-0,601****	**-0,510****	**-0,260****	**-0,755****	**-0,342****	**-0,685****	**-0,588****
BA	**-0,251****	**-0,182****	**-0,378****	**-0,455****	**-0,411****	**-0,431****	**-0,227****	**-0,439****	**-0,454****	**-0,525****	**-0,532****

* p < 0,05, **p < 0,01;
†B-Ponovljeno proživljavanje traume, C-Izbjegavanje podražaja povezanih s traumom, D-Negativne promjene kognicije i raspoloženja, E-Promjene pobuđenosti i reaktivnosti, TPCL5-Ukupni rezultat na PCL-5 testu, BD-Depresivnost (Beck), BA-Anksioznost (Beck)
‡PF-Fizičko funkcioniranje, RP-Ograničenja zbog fizičkih poteškoća, BP-Tjelesni bolovi, GH-Opće zdravlje, VT-Vitalnost i energija, SF-Socijalno funkcioniranje, RE-Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća, MH-Mentalno zdravlje, PCS-Ocjena fizičke komponente, MCS-Ocjena psihičke komponente, TSF36-Ukupna ocjena na SF-36 testu

Ukupni rezultat na PCL-5 upitniku je bio u statistički značajnoj negativnoj korelaciji (p<0,01) sa svim dimenzija zdravlja prema SF-36 upitniku osim s dimenzijom PF-Fizičko funkcioniranje. Najjače korelacije intenziteta PTSP-a bile su s dimenzijama SF-Socijalno funkcioniranje (ρ = -0,593, p < 0,01) i MH-Mentalno zdravlje (ρ = -0,520, p < 0,01), kao i sa zbirnom ocjenom psihičke komponente zdravlja (ρ = -0,625, p < 0,01). Od značajnih korelacija pojedinih skupina simptoma PTSP-a mogu se istaknuti korelacije skupine B-Ponovljeno proživljavanje traume s dimenzijom zdravlja SF-Socijalno funkcioniranje (ρ = -0,430, p < 0,01), skupine D-Negativne promjene kognicije i raspoloženja s dimenzijama SF-Socijalno funkcioniranje (ρ = -0,570, p < 0,01), MH-Mentalno zdravlje (ρ = -0,603, p < 0,01) i zbirnom ocjenom psihičke komponente zdravlja (ρ = -0,726, p < 0,01) te korelacije skupine E-Promjene pobuđenosti i reaktivnosti s dimenzijom SF-Socijalno funkcioniranje (ρ = -0,477, p < 0,01) i

zbirnom ocjenom psihičke komponente zdravlja (ρ = -0,470, p < 0,01). Intenzitet depresivnosti statistički je značajno negativno korelirao sa svim dimenzija zdravlja prema SF-36 upitniku, a najjače korelacije utvrđene su sa dimenzijama VT-Vitalnost i energija (ρ = -0,601, p < 0,01), SF-Socijalno funkcioniranje (ρ = -0,510, p < 0,01), MH-Mentalno zdravlje (ρ = -0,755, p < 0,01) i zbirnom ocjenom psihičke komponente zdravlja (ρ = -0,685, p < 0,01). Anksioznost je najjače korelirala s dimenzijom GH-Opće zdravlje (ρ = -0,455, p < 0,01) i zbirnim ocjenama fizičke (ρ = -0,454, p < 0,01) i psihičke komponente zdravlja (ρ = -0,525, p < 0,01). Najznačajnija korelacija ukupnog rezultata na SF-36 testu bila je s depresivnošću (ρ = -0,588, p < 0,01) i anksioznošću (ρ = -0,532, p < 0,01) (Tablica 5.44.).

Tablica 5.45. Spearmanove korelacije (ρ) korelacije između učestalosti somatskih komorbiditeta[†] i pojedinih dimenzija zdravlja prema SF-36 upitniku[‡]

	PF	**RP**	**BP**	**GH**	**VT**	**SF**	**RE**	**MH**	**PCS**	**MCS**	**TSF36**
KV	**-0,151***	-0,114	**-0,170****	**-0,138***	-0,002	-0,037	**-0,128***	-0,038	**-0,214****	-0,093	**-0,157***
GI	0,049	-0,119	0,085	**-0,277****	**-0,215****	**-0,191****	**-0,126***	-0,006	-0,079	**-0,191****	-0,097
N/CV	-0,107	-0,055	**-0,231****	-0,100	**-0,353****	**-0,280****	**-0,127***	**-0,384****	**-0,189****	**-0,376****	**-0,229****
E/M	-0,048	**-0,158***	**0,150***	-0,056	0,062	-0,013	**0,126***	0,076	-0,039	0,052	-0,032
LM	**-0,264****	**-0,139***	-0,001	-0,061	-0,031	-0,021	0,039	0,113	**-0,177****	-0,001	-0,109
MA	**0,138***	-0,015	-0,075	**-0,122***	0,050	0,118	0,006	-0,017	0,003	0,095	0,053
RE	0,044	0,029	0,001	**-0,121***	-0,048	-0,017	0,018	0,022	-0,023	-0,019	-0,025
DER	-0,030	**-0,126***	-0,060	-0,103	-0,007	-0,026	**0,168****	0,098	-0,097	0,116	0,009
UTB	**-0,169****	**-0,241****	-0,098	**-0,325****	**-0,195****	**-0,178****	-0,059	-0,076	**-0,293****	**-0,195****	**-0,238****

* p < 0,05, **p < 0,01;
[†]KV-Kardiovaskularne, GI-Gastrointestinalne, N/CV-Neurološke i cerebrovaskularne, E/M-Endokrinološke i metaboličke, LM-Lokomotorne, MA-Maligne, RE-Respiratorne, DER-Dermatološke, UTB-Ukupni broj tjelesnih bolesti
[‡]PF-Fizičko funkcioniranje, RP-Ograničenja zbog fizičkih poteškoća, BP-Tjelesni bolovi, GH-Opće zdravlje, VT-Vitalnost i energija, SF-Socijalno funkcioniranje, RE-Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća, MH-Mentalno zdravlje, PCS-Ocjena fizičke komponente, MCS-Ocjena psihičke komponente, TSF36-Ukupna ocjena na SF-36 testu

U Tablici 5.45. prikazani su rezultati Spearmanove korelacijske analize međuovisnosti učestalosti somatskih komorbiditeta i kvalitete života povezane sa zdravljem prema SF-36 upitniku. Najveća korelacija kardiovaskularnih bolesti je bila sa zbirnom ocjenom fizičke komponente zdravlja (ρ = -0,214, p < 0,01), a gastrointestinalnih s dimenzijama zdravlja GH-Opće zdravlje (ρ = -0,277, p < 0,01) i VT-Vitalnost i energija (ρ = -0,215, p < 0,01). Neurološke i cerebrovaskularne bolesti su najjače korelirale s dimenzijama VT-Vitalnost i

energija (ρ = -0,353, p < 0,01) i MH-Mentalno zdravlje (ρ = -0,384, p < 0,01) te sa zbirnom ocjenom psihičke komponente zdravlja (ρ = -0,376, p < 0,01). Ukupni broj tjelesnih bolesti po ispitaniku najviše je korelirao s dimenzijama zdravlja GH-Opće zdravlje (ρ = -0,325, p < 0,01) i zbirnom ocjenom fizičke komponente zdravlja (ρ = -0,293, p < 0,01).

Tablica 5.46. Spearmanove korelacije (ρ) korelacije između učestalosti psihičkih komorbiditeta[†] i pojedinih dimenzija zdravlja prema SF-36 upitniku[‡]

	PF	**RP**	**BP**	**GH**	**VT**	**SF**	**RE**	**MH**	**PCS**	**MCS**	**TSF36**
F10	-0,048	**-0,261****	0,010	**-0,259****	**-0,231****	**-0,226****	**-0,241****	-0,110	**-0,189****	**-0,304****	**-0,282****
F13	0,017	**-0,204****	-0,070	**-0,150***	-0,030	-0,113	**-0,127***	0,027	-0,119	-0,119	-0,104
F23	**-0,133***	**-0,134***	**0,146***	**0,172****	0,119	**0,195****	0,119	0,107	0,029	**0,167****	0,055
F32/33	**-0,298****	**-0,166****	**-0,221****	**-0,397****	**-0,435****	**-0,447****	**-0,340****	**-0,458****	**-0,443****	**-0,610****	**-0,532****
F41.0	**-0,135***	**-0,163****	**-0,155***	**-0,256****	**-0,123***	-0,103	**-0,181****	**-0,185****	**-0,244****	**-0,232****	**-0,291****
F41.1	**-0,171****	-0,069	**-0,219****	**-0,382****	**-0,200****	**-0,149***	-0,082	**-0,121***	**-0,322****	**-0,187****	**-0,284****
F42	**0,228****	**0,223****	**0,124***	-0,084	0,109	**0,173****	**0,256****	0,083	**0,189****	**0,187****	**0,200****
F44	0,021	-0,077	0,051	0,057	0,008	**0,170****	-0,016	0,020	0,017	0,069	0,027
F45	**-0,126***	**-0,181****	**-0,134***	**-0,206****	**-0,166****	**-0,155***	-0,113	-0,116	**-0,240****	**-0,203****	**-0,253****
F54	**-0,124***	-0,059	-0,081	**-0,274****	**-0,247****	-0,040	0,032	-0,085	**-0,160****	-0,111	**-0,160****
UPP	**-0,227****	**-0,230****	**-0,176****	**-0,474****	**-0,354****	**-0,264****	**-0,210****	**-0,277****	**-0,404****	**-0,414****	**-0,453****

[†]F10-Alkoholizam i zloporaba alkohola, F13-Zloporaba/ovisnost o sedativima i hipnoticima, F23-Akutni i prolazni psihotični poremećaji, F32/33-Depresivni poremećaj (Depresivna epizoda i povratni depresivni poremećaj), F41.0-Panični poremećaj, F41.1-Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP), F42-Opsesivno kompulzivni poremećaj, F44-Disocijativni poremećaj, F45-Somatoformni poremećaj, F54-Psihološki čimbenici koji djeluju na tjelesno stanje („psihosomatski"), UPP-Ukupni broj psihičkih poremećaja

[‡]PF-Fizičko funkcioniranje, RP-Ograničenja zbog fizičkih poteškoća, BP-Tjelesni bolovi, GH-Opće zdravlje, VT-Vitalnost i energija, SF-Socijalno funkcioniranje, RE-Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća, MH-Mentalno zdravlje, PCS-Ocjena fizičke komponente, MCS-Ocjena psihičke komponente, TSF36-Ukupna ocjena na SF-36 testu

Iz rezultata prikazanih u Tablici 5.46. vidljivo je da je postojao veliki broj značajnih korelacija između psihičkih komorbiditeta i kvalitete života povezane sa zdravljem prema SF-36 upitniku. Depresivni poremećaji (depresivna epizoda i povratni depresivni poremećaj) značajno su korelirali sa svim dimenzijama zdravlja, a naročito s GH-Opće zdravlje (ρ = -0,397, p < 0,01), VT-Vitalnost i energija (ρ = -0,435, p < 0,01), SF-Socijalno funkcioniranje (ρ = -0,447, p < 0,01) i MH-Mentalno zdravlje (ρ = -0,458, p < 0,01) te sa zbirnim ocjenama fizičke (ρ = -0,443, p < 0,01) i psihičke komponente (ρ = -0,610, p < 0,01) zdravlja, kao i s ukupnim rezultatom na SF-36 testu (ρ = -0,532, p < 0,01). Generalizirani anksiozni poremećaj imao je

najveću korelaciju s dimenzijom GH-Opće zdravlje (ρ = -0,382, $p < 0,01$) i zbirnom ocjenom fizičke komponente zdravlja (ρ = -0,322, $p < 0,01$). Ukupni broj psihičkih poremećaja po ispitaniku bio je u značajnoj korelaciji sa svim dimenzijama zdravlja, a najveća korelacija utvrđena je s dimenzijom GH-Opće zdravlje (ρ = -0,474, $p < 0,01$), kao i sa zbirnim ocjenama fizičke (ρ = -0,404, $p < 0,01$) i psihičke komponente zdravlja (ρ = -0,414, $p < 0,01$) te ukupnim rezultatom na SF-36 testu (ρ = -0,453, $p < 0,01$).

6. RASPRAVA

6. 1. Intenzitet posttraumatskoga stresnog poremećaja

Prvi cilj našeg istraživanja bio je procijeniti intenzitet PTSP-a te usporediti skupinu zatočenika logora i kontrolnu skupinu (branitelji koji nisu bili zatočenici logora) s obzirom na intenzitet PTSP-a u vrijeme istraživanja. Većina istraživanja koja se bavi psihičkim posljedicama zatočeništva istražuje prevalenciju PTSP-a kod ispitivanih skupina, bilo onom koja se odnosi na životnu prevalenciju ili onu u trenutku istraživanja. Pri tome se uspoređuju međusobno različite skupine bivših zatočenika logora (npr. iz različitih ratova ili različitih lokacija zatočeništva) ili pak studije uspoređuju bivše zatočenike logora s veteranima koji nisu bili zatočenici logora ili s npr. općom populacijom (240, 241, 242).

Naše istraživanje je ustrojeno tako da uspoređuje skupinu zatočenika i kontrolnu skupinu, pri čemu su obje skupine imale PTSP u vrijeme istraživanja, što je bio i kriterij za uključivanje ispitanika u istraživanje. Intenzitet PTSP-a među ispitivanim skupinama usporedili smo na dva načina, odnosno usporedili smo skupine prema ukupnom rezultatu na PCL-5 upitniku, a osim toga i prema pojedinim klasterima - skupinama simptoma PTSP-a. Usporedbom ukupnoga rezultata na upotrjebljenom upitniku, među ispitivanim skupinama nije bilo statistički značajne razlike. Pri tome je nešto veći ukupni rezultat bio kod kontrolne skupine u odnosu na skupinu zatočenika. Kako smo prethodno naveli, većina drugih studija istražuje intenzitet simptoma na način da analizira prisutnost ili odsutnost PTSP-a, pri tome određujući prevalenciju ovoga poremećaja u ispitivanoj skupini. Stoga možemo zaključiti da razlike u prevalenciji upravo govore o razlici u intenzitetu smetnji, odnosno manji intenzitet, broj simptoma ispod onoga koji je neophodan za postavljanje dijagnoze ili izostanak simptoma, isključuju postavljanje dijagnoze ovoga poremećaja.

Usporedbom rezultata pojedinih klastera simptoma, statistički značajna razlika bila je jedino u rezultatu za kriterij C (izbjegavanje podražaja povezanih s traumom). Ti simptomi statistički su značajno izraženiji u skupini zatočenika logora u odnosu na kontrolnu skupinu. Za ostala tri kriterija (klastera simptoma) nije bilo značajne razlike. Istraživanja, kako smo ranije naveli, ukazuju da se kod kroničnoga tijeka poremećaja intenzitet smetnji, a time i prevalencija poremećaja mijenja tijekom vremena pod utjecajem različitih čimbenika (243). Kako je naša studija presječnog karaktera nismo imali uvid u tijek, odnosno promjenu intenziteta PTSP-a ni pojedinih klastera simptoma.

U istraživanjima se nalaze različita tumačenja dominacije pojedinih skupina simptoma PTSP-a u kontekstu intenziteta PTSP-a. Prema brojnim istraživanjima simptomi klastera izbjegavajućeg ponašanja su najnepromjenjiviji, odnosno traju najdulje, a simptomi obamrlosti i otupjelosti najbolji su pokazatelj aktualnog PTSP-a (243, 244, 245, 246). Dio istraživanja simptome izbjegavanja povezuje sa slabijim intenzitetom aktualnoga PTSP-a (247). Također autori zaključuju da se klinička slika PTSP-a, s obzirom na dominante klastere simptoma, razlikuje kod ispitivanih skupina, da simptomi fluktuiraju, izmjenjuju se kroz vrijeme te se ne može sa sigurnošću zaključiti koja skupina simptoma ima veći značaj u određivanju intenziteta poremećaja. Dio autora izdvaja simptome ponovnog proživljavanja, odnosno nametajuća sjećanja na traumatske događaje, pretjeranu pobuđenost, zaprepaštenost, a drugi pak ističu izbjegavanje misli i osjećaja povezanih s traumom, kao najznačajniji pokazatelj intenziteta PTSP-a te najbolji pokazatelj aktualnog PTSP-a (243, 248). Neki od autora ističu prisutnost „fleshbackova“ kao značajan pokazatelj aktualnog PTSP-a i njegova intenziteta (249) dok drugi utvrđuju da prisutnost toga simptoma ne govori mnogo o intenzitetu PTSP-a (247).

Istraživanje koje uspoređuje ispitanike koji su razvili PTSP nakon različitih traumatskih stresora, između ostaloga je pokazalo se da su simptomi klastera ponovnoga proživljavanja traume, odnosno intruzivni simptomi najspecifičniji za sam poremećaj, dok su izbjegavajući simptomi i simptomi pojačane pobuđenosti više povezani s određenom vrstom traume Tako su simptomi izbjegavajućeg ponašanja bili najbrojniji kod žrtava silovanja, simptomi pojačane pobuđenosti bili su povezani s borbenom traumom, a kod osoba koje su bile zatočene također su prevladavali simptomi izbjegavanja te emocionalne otupjelosti, obamrlosti. Kod izbjegličke populacije nije se mogla izdvojiti nijedna prevladavajuća skupina simptoma. Autori također naglašavaju važnost vremena proteklog od izloženosti traume i mogućnost fluktuiranja simptoma, ali isto tako i kumulativni učinak dugotrajne izloženosti različitim vrstama traumatskih stresora (250).

6. 1. 1. Utjecaj zatočeništva i intenziteta traume

Kao najznačajniji čimbenik koji predviđa razvoj i/ili trajanje PTSP-a redovito se u rezultatima istraživanja ističe intenzitet traume. Visoka prevalencija PTSP-a kod zatočenika logora u rezultatima istraživanja upravo se povezuje s intenzitetom i tipom traume kojima su zatočenici logora bili izloženi. Kako smo i ranije naveli, trauma ratnog zatočeništva predstavlja dvostruku

traumu, jer kod većine ratnih zatočenika, zatočeništvo slijedi iza izlaganja borbenoj traumi (6, 251). Isti je slučaj i s ispitanicima u našem istraživanju, koji su svi imali kraće ili nešto dulje borbeno iskustvo. Ispitanici iz skupine zatočenika u zatočeništvu su proveli najmanje mjesec dana, a najviše devet mjeseci, a Harvardskim upitnikom traume istražili smo i izloženost različitim traumatskim događajima. Rezultati analiziranoga upitnika pokazuju da su zatočenici logora bili izloženi, statistički značajno, ukupno većem broju traumatskih događaja, što je razumljivo s obzirom na iskustvo zatočeništva. Međutim, kontrolna skupina veterana također je bila izložena velikom broju traumatskih događaja, jer se radi o braniteljima koji svi imaju borbeno iskustvo, a mnogi od njih i iskustvo progonstva iz svojih domova, ali i druga traumatska iskustva.

Iz rezultata korelacijske analize vidljivo je da utjecaj iskustva zatočeništva na ukupni intenzitet PTSP-a nije bio statistički značajan, kao ni broj traumatskih događaja kojima su ispitanici bili izloženi. Takav rezultat nije neočekivan, s obzirom na to da su obje skupine ispitanika imale PTSP. No, iako je višestruka regresijska analiza također potvrdila da zatočeništvo nema statistički značajan utjecaj na ukupni intenzitet PTSP-a, iz višestruke regresijske analize je vidljivo da broj traumatskih događaja kojima su ispitanici bili izloženi statistički značajno doprinosi ukupnom intenzitetu PTSP-a.

Korelacijska i višestruka regresijska analiza pokazale su povezanost zatočeništva sa simptomima izbjegavajućega ponašanja, kojima temeljem rezultata višestruke analize doprinosi i broj traumatskih događaja kojima su ispitanici bili izloženi. Ti su rezultati u skladu s rezultatima nekih drugih istraživanja. Istraživanje koje je uključivalo 184 bivša zatočenika logora iz Domovnskoga rata u Republici Hrvatskoj pokazalo je da su simptomi izbjegavajućega ponašanja povezani sa stresnijim traumatskim iskustvima, odnosno veći broj traumatskih događaja bio je povezan sa simptomima izbjegavanja, dok su intruzivni simptomi te simptomi pojačane pobudljivosti bili povezani, osim sa traumatskim iskustvima, i s lošijim materijalnim statusom (252). Također, istraživanja upućuju na to da su izbjegavajući simptomi bili najotporniji na primijenjeni tretman i najmanje otporni na promjene (253). Iz navedenoga mogli bi smo zaključiti da je, i u slučaju našeg istraživanja, intenzitet simptoma bio u nekom razdoblju i veći te da je tijekom terapijskoga postupka došlo do poboljšanja, da se smanjio intenzitet svih klastera simptoma, ali da su u slučaju zatočenika logora zaostali izbjegavajući simptomi u značajnijoj mjeri nego li ostali klasteri simptoma. No, podatke o terapijskome postupku, njegovom trajanju te suradljivosti naših ispitanika u liječenju nismo istraživali. Na žalost, nismo

analizirali niti imamo podatak o vremenu provedenom u borbenim aktivnostima, ni za skupinu zatočenika ni za kontrolnu skupinu, što bi zasigurno doprinijelo boljem razumijevanju rezultata. Jedan od čimbenika, karakteristika traume, koji može utjecati na psihičke posljedice, jest i duljina trajanja zatočeništva. Ako promatramo rezultate drugih studija koje se bave posljedicama zatočeništva, a također između ostaloga analiziraju duljinu boravka u zatočeništvu, može se vidjeti u dijelu tih studija, da je duljina zatočeništva jedan od čimbenika koji utječu na psihičke posljedice zatočeništva pa tako i pojavu, odnosno perzistiranje PTSP-a. Prevalencija PTSP-a u bivših zatočenika logora značajno se razlikuje od istraživanja do istraživanja, odnosno ovisno o ispitivanoj populaciji zatočenika. Tako npr. prevalencija PTSP-a kod zatočenika logora, američkih veterana iz Drugoga svjetskog rata, više desetljeća nakon zatočeništva iznosi od 5 do 15 % (254, 255) dok kod drugih zatočenika iz istoga rata te zatočenika iz Korejskog rata iznosi do 80 % četiri do pet desetljeća nakon zatočeništva (5, 256). Istraživanje koje je uključivalo izraelske veterane iz Yom Kippurskog rata, pokazalo je da je prevalencija PTSP-a kod ovih zatočenika logora, 30 godina nakon rata približno 23 %. Autori objašnjavaju ovu relativno nisku prevalenciju, u usporedbi s nekim navedenim prevalencijama PTSP-a za zatočenike s Dalekog istoka te one iz Korejskog rata, dijelom i kratkim boravkom u zatočeništvu. Zatočenici su, naime proveli u zatočeništvu od 6 tjedana do 8 mjeseci, ovisno o tome da li su bili zatočeni u Siriji ili Egiptu (257). U našoj je studiji zatočeništvo, također u odnosu na neke od navedenih studija, trajalo relativno kratko, odnosno najduže trajanje zatočeništva bilo je 9 mjeseci, a najkraće mjesec dana. U studiji koja procjenjuje dugoročne posljedice zatočeništva, dva desetljeća nakon izloženosti ratnoj traumi, a uključuje 164 izraelska zatočenika i 189 komparabilnih ispitanika (Yom Kippurski rat) u objema ispitivanim skupinama, bili su dominanti simptomi izbjegavajućeg ponašanja i intruzivni simptomi, pri čemu većeg intenziteta u skupini zatočenika logora. Intruzivni simptomi bili su u značajnoj korelaciji sa zatočeništvom, sociodemografskim karakteristikama, odnosno pripadnošću etničkoj manjini, nižom razinom edukacije i izloženošću životno ugrožavajućem borbenom djelovanju. Izbjegavajući simptomi bili su povezani sa zatočeništvom, sociodemografskim karakteristikama te socijalnom potporom koju su veterani imali po povratku kući, odnosno s negativnim reakcijama okoline. (258).

Osim trajanja zatočeništva, koje se u nekim studijama pokazalo značajnim, kao značajan čimbenik pokazao se i odnos prema zatočenicima, odnosno težina traumatskih događaja kojima su bili izloženi. Rezultati studija pokazuju da su oni zatočenici koji su bili izloženi značajno gorem postupanju prema njima i bili su izloženi težim, ekstremnim uvjetima imaju i teže te

dugotrajnije posljedice. Tako je npr. to vidljivo u posljedicama zatočeništva kod onih koji su bili zatočeni od strane Japanaca tijekom II. svjetskog rata, koji u odnosu na one koji su bili zatočeni na europskom području tijekom istoga rata, imaju teže posljedice (259). U nekim studijama duljina zatočeništva, za razliku od prethodno navedenih, nije predstavljala značajan prediktor PTSP-a, ali se postupak sa zatočenicima pokazao značajnim. Istraživanje koje je uključivalo 102 bivša ratna zatočenika logora (iz II svjetskog rata i Korejskoga rata) jasno pokazuje povezanost značajnoga gubitka kilograma tijekom zatočeništva s učestalošću i intenzitetom PTSP-a 50 godina nakon izlaska iz zatočeništva. Ističe se da je značajan gubitak tjelesne težine u svezi s teškim uvjetima i maltretiranjem u zatočeništvu te naglašenom vulnerabilnosću na izloženost teškom traumatiziranju (260). U našoj studiji nemamo podatak o vojnom činu, odnosno vojnom statusu u vrijeme rata. Ta se karakteristika pokazala značajnom u nekim istraživanjima te je o navedenoj karakteristici npr. ovisio odnos zatočitelja prema zatočenicima, odnosno razina traumatiziranja tijekom zatočeništva. Vojna pripremljenost, utreniranost za ekstremne situacije, također umanjuje razinu distresa, odnosno umanjuje rizik za pojavu PTSP-a (261, 262).

6. 1. 2. Utjecaj sociodemografskih čimbenika i socijalne potpore

Dosadašnje spoznaje ukazuju da osim izloženosti traumi, što je i osnovni kriterij za postavljanje dijagnoze PTSP-a, na njegov razvoj i perzistiranje utječu brojni čimbenici, a među njima i sociodemografski čimbenici (151, 263). Skupinu zatočenika logora i kontrolnu skupinu veterana usporedili smo i s obzirom na te čimbenike koristeći se za ovo istraživanje konstruiranim sociodemografskim upitnikom. Među ispitivanim skupinama postojale su statistički značajne razlike u dobi, bračnom statusu, radnom statusu te samoprocijenjenom materijalnom statusu, dok u razini obrazovanja nije bilo značajne razlike.

Korelacijska analiza te višestruka regresijska analiza podataka u našem istraživanju pokazale su da utjecaj dobi na ukupni rezultat PCL-5 upitnika nije bio statistički značajan, no starija životna dob značajno je doprinosila većem intenzitetu skupine simptoma izbjegavajućeg ponašanja, koje je značajno izraženije u zatočenika. U skupini zatočenika logora životna dob ispitanika bila je značajno viša u odnosu na kontrolnu skupinu, što znači da su u vrijeme ratnih zbivanja zatočenici logora bili zrelije dobi u odnosu na kontrolnu skupinu ispitanika. Mlađa životna dob u vrijeme izloženosti traumi u rezultatima niza istraživanja pokazala se značajnim

čimbenikom rizika za razvoj, odnosno perzistiranje PTSP-a. (264, 265). S druge strane, zrelija dob u vrijeme zatočeništva predstavljala je protektivni čimbenik u razvoju PTSP-a temeljem rezultata drugih istraživanja. Tako npr. u istraživanju koje je ispitivalo dugoročne psihičke posljedice zatočeništva kod zatočenika logora iz II. svjetskog rata i Korejskog rata, a u studiji je bilo uključeno 262 veterana iz navedenih ratova, koji su osim iskustva zatočeništva imali i borbeno iskustvo, rezultati upućuju na životnu dob kao značajan čimbenik u razvoju PTSP-a, odnosno zrelija dob se pokazala značajnim protektivnim čimbenikom (266). Navedeno se objašnjava psihološkom, odnosno emocionalnom nezrelošću, nedostatkom životnog iskustva, što osobu čini značajno vulnerabilnijom za razvoj psihičkih smetnji, a tako i PTSP-a. S druge strane, istraživanja također pokazuju da ulazak u stariju životnu dob i sve okolnosti koje ona nosi sa sobom predstavlja značajan prediktor pogoršanja ili ponovnog aktiviranja simptoma PTSP-a (267, 268). Kao značajan čimbenik pogoršanja u starijoj životnoj dobi pokazao se i morbiditet povezan s dobi (269) Tako je npr. u već spomenutoj studiji koja uključuje izraelske veterane, prevalencija PTSP-a bila veća 30 godina nakon zatočeništva, nego 18 godina nakon zatočeništva (257), a mlađa životna dob u vrijeme zatočeništva (i gubitak emocionalne kontrole te snažnija psihička reakcija u vrijeme trajanja traume) prediktor je PTSP-a u objema vremenskim točkama provedbe istraživanja.

Osim životne dobi, prema dosadašnjim spoznajama, bračni status također predstavlja značajan prediktor perzistiranja PTSP-a.. U našem istraživanju neoženjenih i razvedenih ispitanika bilo je značajno više u kontrolnoj skupini, a oženjenih značajno više u skupini zatočenika. Prema rezultatima nekih istraživanja samci imaju veći rizik za razvoj PTSP-a i njegovo perzistiranje. Isto tako je moguće da je upravo PTSP bio razlog razvoda ili pak nemogućnosti uspostavljanja stabilnih emocionalnih odnosa i bračne zajednice. Naime, poznato je da oboljeli od PTSP-a imaju značajne poteškoće u funkcioniranju, uključujući interpersonalno, odnosno emocionalno funkcioniranje i funkcioniranje u bračnim odnosima (270). U našem istraživanju bračni status nije se pokazao značajnim čimbenikom ukupnog rezultata PCL-5 upitnika u rezultatu korelacijske analize. Iz regresijske analize podataka je vidljivo da je bračni status imao značajan utjecaj na ukupni intenzitet PTSP-a te da je u razvedenih i udovaca značajan doprinos većem intenzitetu PTSP-a. Analize su pokazale da bračni status ima značajan utjecaj na simptome izbjegavanja podražaja koji podsjećaju na traumu te simptome pojačane podražljivosti. Pri tome, oni koji su u braku imaju više simptoma izbjegavanja, a simptomi promjene raspoloženja i kognicije su povezani sa statusom razvedenoga i neoženjenoga. Druga istraživanja također naglašavaju značaj bračnog statusa te veći intenzitet i učestalost PTSP-a povezuju s

nedostatkom bliskih osoba u okruženju, u smislu pružanja potpore u razumijevanju i prevladavanju poteškoća unutar PTSP-a. Taj čimbenik predstavlja čimbenik rizika za razvoj i intenzitet psihičkih poteškoća u veteranskoj populaciji, odnosno stabilni bračni odnosi pokazali su se protektivnim čimbenikom (271).

U našem istraživanju u kontrolnoj skupini bio je značajno veći broj nezaposlenih, a korelacijskom i regresijskom analizom radni status se nije pokazao značajnim čimbenikom za ukupni intenzitet PTSP-a. No, analiza utjecaja radnog statusa na pojedine skupine simptoma pokazala je da je nezaposlenost povezana s većim intenzitetom intruzivnih simptoma, dok je status umirovljenika bio povezan s većim intenzitetom simptoma izbjegavanja. Dosadašnja istraživanja su pokazala da status nezaposlene osobe nosi sa sobom niz poteškoća, i onih egzistencijalnih, i onih koje doprinose osjećaju usamljenosti, napuštenosti, odbačenosti iz zajednice, osjećaju niskoga samopoštovanja itd., koji su često prisutni unutar kliničke slike toga poremećaja. Često se, također ističe period umirovljenja kao značajan, kritični period za pogoršanje stanja, odnosno intenziviranje simptoma kod kronificiranih smetnji PTSP-a (267). U slučaju naših ispitanika objektivno je povoljnije bilo biti umirovljenik nego biti nezaposlena osoba. Naime, biti umirovljenik istodobno znači da te osobe imaju redovita mjesečna primanja te određenu financijsku, materijalnu sigurnost, za razliku od onih koji su nezaposleni. Tomu u prilog govori i statistički značajna razlika u samoprocjeni materijalnoga statusa koju je kontrolna skupina procjenjivala značajno lošijim, odnosno najviše ispitanika kontrolne skupine procijenilo je svoj materijalni status ispodprosječnim, za razliku od skupine zatočenika logora. Da loš materijalni status doprinosi intenzitetu PTSP-a upućuju i druga istraživanja (252). Korelacijska analiza podataka te regresijska analiza pokazale su da ispodprosječni (samoprocjenjeni) materijalni status statistički značajno doprinosi ukupnom većem intenzitetu PTSP-a u ovom istraživanju. Također je na temelju korelacijske analize bio povezan s većim intenzitetom intruzivnih i simptoma pojačane pobudljivosti te simptoma promjene raspoloženja i kognicije, dok se regresijskom višestrukom analizom nije pokazao značajan utjecaj materijalnog statusa na simptome ponovnog proživljavanja traume.

U našem istraživanju nije bilo značajne razlike u razini obrazovanja između skupina te se ova karakteristika nije pokazala značajnom, niti u korelacijskoj niti regresijskoj analizi podataka, za ukupni intenzitet PTSP-a, ali je iz rezultata analize vidljivo da niži stupanj obrazovanja značajno doprinosi većem intenzitetu simptoma ponovnog proživljavanja traume. Utjecaj razine obrazovanja se u nekim studijama pokazao važnim, pri čemu se viša razina obrazovanja

javlja kao protektivni čimbenik, odnosno niža razina obrazovanja predstavlja negativan prediktor intenziteta PTSP-a. Navedeno se objašnjava time što viša razina obrazovanja vjerojatno omogućava bolje snalaženje u stresnim, odnosno traumatskim situacijama, pa i situacijama kao što je zatočeništvo (261). Tako u istraživanju koje je uključivalo 460 izraelskih veterana koji su bili zatočenici logora tijekom Yom Kippurskoga rata i 280 veterana iz istoga rata koji nisu bili zatočenici logora, od ispitivanih sociodemografskih karakteristika jedino se razina obrazovanja pokazala značajnom. Među onim ispitanicama koji su se oporavili od PTSP-a bilo je značajno više onih s višom razinom obrazovanja i u skupini zatočenika, i u kontrolnoj skupini (9).

Jedan od posttraumatskih čimbenika, koji se u brojnim istraživanjima pokazao značajnim u pojavi i trajanju ili pak oporavku od PTSP-a, jest i socijalna potpora. U istraživanjima se, kako je ranije navedeno, značajnom pokazala percipirana socijalna potpora, koja označava doživljaj traumatizirane osobe da okolina razumije poteškoće koje proživljava, da uz sebe ima okolinu koja će pomoći kada je to potrebno. Socijalna potpora u navedenim se studijama navodi kao negativni prediktor intenziteta PTSP-a (272). U našoj studiji lošiju percepciju socijalne potpore imali su ispitanici kontrolne skupine. Rezultati korelacijske i regresijske analize upućuju na to da niska socijalna potpora statistički značajno doprinosi većem ukupnom intenzitetu PTSP-a. Korelacijska analiza pokazala je i da je niska socijalna potpora povezana s većim intenzitetom simptoma ponovnoga proživljavanja traume te simptoma promjene raspoloženja i kognicije, dok višestruka regresijska analiza nije pokazala značajan doprinos intenzitetu simptoma promjene raspoloženja i kognicije. Dosadašnja istraživanja također pokazuju da PTSP često otežava traženje i pružanje socijalne potpore, što je razumljivo, obzirom na moguću kliničku sliku PTSP-a (192, 273, 274).

6. 2. Psihički komorbiditet

Jedan od glavnih ciljeva ovoga istraživanja bio je utvrditi psihički komorbiditet kod ispitanika koji su bili zatočenici logora te ga usporediti sa psihičkim komorbiditetom kontrolne skupine, odnosno branitelja koji nisu bili zatočenici logora. Hipoteza da bivši zatočenici logora imaju višu razinu komorbiditeta PTSP-a i drugih psihičkih poremećaja u odnosu na kontrolnu skupinu je potvrđena. Komorbiditet je analiziran za razdoblje pet godina unatrag od vremena provođenja istraživanja, na temelju anamnestičkih podataka i dostupne medicinske dokumentacije,

uključujući i elektronički bolnički informacijski sustav. Kako su u našem istraživanju obje ispitivane skupine imale PTSP, visok psihički komorbiditet bio je vidljiv i u zatočenika, i u kontrolnoj skupini, ali ipak statistički značajno viši u skupini zatočenika u odnosu na kontrolnu skupinu, odnosno 17,2 % zatočenika u navedenom periodu od pet godina nije imalo nijedan dijagnosticirani psihički poremećaj uz PTSP, dok u kontrolnoj skupini 48,7 % ispitanika nije imalo komorbiditetnih psihičkih poremećaja. Rezultati su pokazali da je u skupini zatočenika logora pojavnost dvaju i više komorbiditetnih psihičkih poremećaja u proteklih pet godina značajno veća (55,2 %) u odnosu na pojavnost dvaju i više poremećaja u komorbidtetu u kontrolnoj skupini (22,3 %), Samo 17,2 % zatočenika nije imalo komorbiditetnih poremećaja.

Većina istraživanja uspoređuje prevalenciju psihičkih poremećaja uspoređujući ispitanike koji imaju PTSP u odnosu na one koji nemaju PTSP. Rezultati u većini tih istraživanja ukazuju na veću prevalenciju drugih psihičkih poremećaja kod onih koji imaju PTSP u usporedbi s ispitanicima koji nemaju PTSP. Istraživanje koje je uključivalo veterane iz II. svjetskog rata, a odnosi se na ispitivanje prevalencije PTSP-a te drugih psihičkih poremećaja kod te populacije, upućuje na to da je pojavnost drugih psihičkih poremećaja veća u skupini zatočenika logora koji su ranije imali ili u trenutku ispitivanja imaju PTSP. Više od polovice onih koji su imali aktualni PTSP (njih 54, 5%) nije imalo komorbiditetnih psihičkih poremećaja, a 66 % onih zatočenika logora koji su tijekom života imali PTSP imali su i neki komorbiditetni psihički poremećaj, dok su se drugi psihički poremećaji u veterana koji nisu imali PTSP tijekom života potvrdili u 34 % ispitanika (275). U nekim drugim istraživanjima nije bilo razlike u prevalenciji drugih psihičkih poremećaja bez obzira na postojanje PTSP-a (219).

Kako je vidljivo iz naših rezultata, vrlo je visoka pojavnost depresivnih poremećaja, uključujući pojedinačne depresivne epizode te povratni depresivni poremećaj, koji su u objema skupinama ispitanika uz GAP te ovisnost i/ili zloporabu alkohola bili najčešći poremećaji. Statistički značajna razlika evidentirana je u pojavnosti GAP-a te poremećaja iz skupine „psihosomatskih poremećaja“ (psihološki čimbenici koji djeluju na tjelesno stanje, F54). Tako je ona za GAP u skupini zatočenika iznosila 62,1 % u odnosu na 18,9 % u kontrolnoj skupini, a za psihosomatske poremećaje 24,1 % u skupini zatočenika te 8,1 % u kontrolnoj skupini. Akutni i prolazni psihotični poremećaji (F23) također su u navedenom periodu bili statistički značajno češći u skupini zatočenika (6,9 % nasuprot 0,7 %). No, iako ne statistički značajno, u skupini zatočenika logora u odnosu na kontrolnu skupinu, bili su češći alkoholizam i zloporaba alkohola (27,6 % u odnosu na 18,9 %), zloporaba i ovisnost o sedativima i hipnoticima (10,3 % u odnosu

na 5,4 %), depresivni poremećaji (55,1 % u odnosu na 43,2 %) te panični poremećaj (34,5 % u odnosu na 24,3 %). U skupini zatočenika logora bili su češći i opsesivno-kompulzivni poremećaj, disocijativni poremećaji te somatoformni poremećaji, ali je razlika u pojavnosti bila manje značajna.

Na značaj komorbidteta depresije i PTSP-a ukazuju mnoge studije, naglašavajući lošiju prognozu, odnosno težu kliničku sliku i intenzitet PTSP-a u komorbidtetu s depresijom (276, 277). Također, istraživanja navode da komorbidtet PTSP-a i depresije može dovesti do otežane kontrole i smanjene sposobnosti reguliranja i modificiranja afekta, misli i iskustava, što se može očitovati kroz somatizacije i disocijativne fenomene (278, 279). Neka istraživanja govore o razvoju depresije kao sekundarnog poremećaja uslijed smetnji koje izazivaju anksiozni simptomi (241).

6. 2. 1. Utjecaj zatočeništva i inteziteta traume

Iz rezultata korelacijske analize vidljiva je povezanost iskustva zatočeništva s akutnim i prolaznim psihotičnim poremećajima, GAP-om, psihosomatskim poremećajima te ukupnim psihičkim komorbidtetom. Rezultati višestruke regresijske analize pokazali su značajan utjecaj zatočeništva na komorbiditet, osim s navedenim poremećajima (izuzevši psihosomatske poremećaje) i s depresivnim poremećajima, paničnim poremećajem, somatoformnim poremećajem te statistički značajan doprinos ukupnom psihičkom komorbiditetu.

Ovi rezultati u skladu su s nekim drugim istraživanjima, koja ukazuju na veću pojavnost komorbiditetnih poremećaja kod zatočenika logora u usporedbi s kontrolnim skupinama, bilo da se radi o općoj populaciji ili usporedivoj kontrolnoj skupini veterana (242, 280) Istraživanje koje uspoređuje bivše zatočenike logora s općom populacijom s obzirom na životnu prevalenciju psihičkih poremećaja, pronalazi značajne razlike u prevalenciji niza poremećaja te su u skupini zatočenika logora bili češći depresivni poremećaji i shizofrenija (koja u naših ispitanika nije evidentirana), no alkoholizam nije bio značajnije češći nego li u općoj populaciji, a prevalencija bipolarnog afektivnog poremećaja (BAP) bila je manja u skupini zatočenika nego li općoj populaciji (242), za razliku od rezultata u našem istraživanju. Rezultati studije koja je uspoređivala poslijeratni morbiditet u zatočenika logora s morbiditetom u veterana koji nisu bili zatočenici logora, tijekom 40 godina, ukazuju na veću učestalost anskioznih poremećaja, ostalih depresivnih poremećaja, ali ne i velikoga depresivnog poremećaja, dok je ovisnost o

alkoholu bila češća u skupini veterana koji nisu bili zatočenici logora, za razliku od našeg istraživanja (281). Kluznik i sur. u istraživanju na američkim zatočenicima logora iz II svjetskog rata istraživali su životnu prevalenciju mentalnih poremećaja. Rezultati su pokazali da je 67 % zatočenika logora imalo PTSP, njih 55 % GAP, 27 % zloporabu ili ovisnost o alkoholu, 24 % depresiju te 11 % fobične poremećaje. U usporedbi sa zatočenicima koji nisu imali PTSP nije bilo značajnije razlike u prevalenciji ostalih psihičkih poremećaja (219). U studiji koja se bavi dugoročnim učincima traume zatočeništva, odnosno analizira životnu prevalenciju poremećaja, a također je uključivala sudionike II. svjetskog rata, rezultati su pokazali visok komorbidtet PTSP-a s depresijom i GAP-em 40 godina nakon završetka rata. Depresija je bila značajno češća kod onih koji su vrijeme istraživanja imali PTSP, u odnosu na one koji su se oporavili ili nisu nikada razvili PTSP (240). Značajan stupanj komorbidteta pokazao se i u istraživanju koje je uspoređivalo zatočenike s različitih područja ratovanja i zatočeništva, odnosno one koje su zatočili Nijemci u Europi, zatočenike u japanskim logorima te one koji su bili zatočeni na području Sjeverne Koreje. Najčešći komorbiditetni psihički poremećaji su bili panični poremećaj, depresivni poremećaj, potom alkoholizam ili zloporaba alkohola te fobični poremećaji (275).

Rezultati nekih istraživanja nisu u skladu s rezultatima našeg istraživanja, odnosno ne nalaze se značajne razlike u prevalenciji psihičkih poremećaja kod zatočenika logora u usporedbi s kontrolnim skupinama (7), a neki pronalaze i dugoročne pozitivne posljedice teškog traumatiziranja, odnosno promjene koje se nazivaju posttraumatskim rastom (208).

Kako je već navedeno u našoj studiji nema statistički značajne razlike u učestalosti disocijativnih poremećaja među ispitivanim skupinama te se ne javljaju s visokom učestalošću niti u jednoj od skupina. Dosadašnja istraživanja su pokazala da se u prvim godinama nakon izloženosti traumi ti poremećaji javljaju relativno često (282). Neke studije istražuju dugotrajne, perzistirajuće disocijativne poremećaje te se pokazalo da su ti poremećaji češći kod zatočenika logora u odnosu na kontrolnu skupinu, veterane koji nisu bili zatočenici logora (283). U našoj studiji bio je značajno češći komorbitet sa „psihosomatskim poremećajima“ u skupini zatočenika u odnosu na kontrolnu skupinu. Navedeno je u skladu s drugim istraživanjima (284, 285).

U istraživanju smo procjenjivali i utjecaj broja traumatskih događaja kojima su ispitanici bili izloženi na komorbidtet psihičkih poremećaja. Iz rezultata korelacijske analize vidljiva je povezanost većega broja traumatskih događaja s alkoholizmom (i zloporabom alkohola),

ovisnošću (i zloporabom) o benzodiazepinima i hipnoticima, depresivnim poremećajima, paničnim poremećajem i GAP-om te psihosomatskim poremećajem, a vidljiv je i utjecaj na ukupni psihički komorbidtet. Iz višestruke regresijeske analize vidljiv je utjecaj zatočeništva, osim na pojavnost navedenih poremećaja i na pojavnost somatoformnog poremećaja te također, na ukupni psihički komorbiditet.

To je sukladno rezultatima nekih drugih studija koje analiziraju utjecaj intenziteta i veličine traume na pojavnost psihičkih poremećaja. Intenzitet traume i izloženosti teškim uvjetima u zatočeništvu, zbog niza psihičkih poremećaja (depresije, anksioznih poremećaja, psihotičnih poremećaja) kod zatočenika s pacifičkog područja u II. svjetskom ratu te onih iz Korejskog rata, uzrok su četiri do pet puta većeg broja hospitalizacija u usporedbi s veteranima koji nisu bili zatočenici logora, a sudjelovali su u istim ratovima (286). U prethodno spomenutom istraživanju koje se bavi perzistirajućim disocijacijama, u razdoblju od 35 godina nakon zatočeništva kod veterana iz Yom Kippurskog rata, pronalazi se povezanost perzistirajućih disocijacija sa značajnijim traumatiziranjem onih koji su bili u zatočeništvu (285). U nekim studijama nije se pronašla povezanost značajnog maltretiranja tijekom zatočeništva i dugotrajnih psihičkih posljedica. Tako se npr. u istraživanju koje je uključivalo vijetnamske veterane koji su bili izloženi značajnoj torturi tijekom zatočeništva ne nalazi povezanost između teškog traumatiziranja tijekom zatočeništva i depresije te anksioznosti 30 godina nakon zatočeništva (287) Istraživanje koje je uključivalo veterane iz II. svjetskog rata također nije evidentiralo razliku u psihičkim komorbiditetnim poremećajima među zatočenicima i veteranima koji nisu bili zatočenici, bez obzira na to što su zatočenici bili izloženi teškom traumatiziranju. Alkoholizam i zloporaba alkohola bili su češći u kontrolnoj skupini (65). U nizu istraživanja analiziran je gubitak tjelesne težine tijekom zatočeništva te su rezultati pokazali da je to značajan čimbenik u razvoju psihičkih poremećaja i pokazatelj težine traumatiziranja tijekom zatočeništva, odnosno vulnerabilnosti zatočenih osoba. Tako se među ostalim pokazala povezanost značajnog gubitka tjelesne težine (većeg od 35 %) s razvojem shizofrenije, ali i značajno češćeg GAP-a te depresivnih poremećaja (242). U našem istraživanju nismo analizirali ovaj podatak.

U studiji koja ispituje životnu prevlanciju PTSP-a i drugih psihičkih poremećaja kod triju skupina zatočenika logora, zaključeno je da je intenzitet traume značajan prediktor PTSP-a, ali ne i većine drugih psihičkih poremećaja, koji se sa značajnom učestalošću javljaju kod

ispitanika (266). Istraživanje je provedeno 45-50 godina nakon Drugog svjetskog rata, odnosno Korejskoga rata.

6. 2. 2. Utjecaj sociodemografskih čimbenika i socijalne potpore

Korelacijskom analizom podataka u našem istraživanju se pokazalo da je statistički značajan utjecaj svih sociodemografskih čimbenika, uključujući i samoprocijenjeni materijalni status, na pojavnost psihičkih komorbiditetnih poremećaja. Starija životna dob je pri tome bila povezana s pojavnošću GAP-a, opsesivno kompulzivnog poremećaja te psihosomatskih poremećaja. Pojavnost ovisnosti (i zloporabe) o sedativima i hipnoticima je bila značajnije povezana sa statusom umirovljenika, dok je nezaposlenost bila značajnije povezana s pojavnošću depresivnih poremećaja te somatoforminh poremećaja, pri čemu je pojavnost somatoformnih bila značajno povezana i s nižim obrazovnim statusom. Bračni status je bio u značajnoj korelaciji s depresivnim poremećajima i GAP-om, pri čemu na veću pojavnost ovih poremećaja utječe samački život, odnosno status udovca, razvedenog, neoženjenog. Nizak, ispodprosječni materijalni status imao je statistički značajnu povezanost s većom pojavnosti depresivnih poremećaja, paničnog poremećaja te somatoformnog poremećaja, a jedini je među navedenim čimbenicima utjecao na veći ukupni psihički komorbidtet.

Višestrukom regresijskom analizom se pokazalo da starija životna dob utječe na veću pojavnost opsesivno-kompulzivnog poremećaja te da dob nema statistički značajan utjecaj na druge psihičke poremećaje. Regresijska analiza potvrdila je utjecaj radnog statusa na pojavnost ovisnosti (i zloporabe) o sedativima i hipnoticima, depresivnih poremećaja, GAP-a te utjecaj na ukupni psihički komorbiditet, odnosno nezaposlenost je utjecala na veću pojavnost ovih poremećaja. Niža razina obrazovanja imala je statistički značajan utjecaj na veću pojavnost paničnoga poremećaja, disocijativnih poremećaja, somatoforminih poremećaja te psihosomatskih poremećaja. Iz regresijske analize je vidljiv doprinos bračnog statusa u pojavnosti alkoholizma (i zloporabe alkohola) te depresivnih poremećaja, paničnoga poremećaja, GAP-a, psihosomatskih poremećaja te ukupnog psihičkog komorbiditeta. Na temelju višestruke regresijske analize utvrdilo se da materijalni status utječe na pojavnost depresivnih poremećaja, GAP-a, somatoformnih poremećaja, psihosomatskih poremećaja. Odnosno, niži materijalni status utječe na veću pojavnost tih poremećaja te na veći ukupni psihički komorbiditet.

I druga istraživanja potvrđuju utjecaj sociodemografskih čimbenika na postojanje komorbiditetnih poremećaja. Tako npr. mlađa životna dob u vrijeme zarobljavanja ima jasnu vezu s kasnijim razvojem GAP-a i socijalne fobije (266). U nekim istraživanjima starija se životna dob u vrijeme istraživanja pokazala kao čimbenik koji je povezan s trajanjem PTSP-a u komorbiditetu s depresivnim poremećajem (288) Također su se u nekim istraživanjima razina edukacije, socioekeonomski status, odnosno radni status te bračni status pokazali značajnim za komorbiditet psihičkih poremećaja s PTSP-jem (289).

U našem istraživanju socijalna potpora je procijenjena značajno lošijom u kontrolnoj skupini u odnosu na skupinu zatočenika, a pri tome je udio onih koji su percipirali socijalnu potporu niskom u kontrolnoj skupini bio 73 % u odnosu na 61 % zatočenika logora, dok je visokom socijalnu potporu procijenilo 14,7 % zatočenika u odnosu na svega 5,4 % ispitanika kontrolne skupine. Socijalna podrška tijekom ratnih zbivanja te nakon povratka s ratišta u nizu istraživanja se pokazala značajnim čimbenikom u javljanju ili perzistiranju psihičkih smetnji povezanih s traumom. Osim na perzistiranje PTSP-a, kako je prethodno navedeno, u rezultatima nekih istraživanja pokazalo se da socijalna potpora utječe i na morbiditet drugih psihičkih poremećaja (290, 277). U rezultatima korelacijske analize u našem istraživanju niska socijalna potpora bila je povezana s većom pojavnošću GAP-a, opsesivno-komuplzivnog poremećaja te psihosomatskih poremećaja. Rezultati višestruke regresijske analize pokazali su da uz navedene poremećaje, niska socijalna podrška utječe na pojavnost akutnih i prolaznih psihotičnih poremećaja te somatoformnog poremećaja. U nekim istraživanjima psihičkog morbiditeta upravo se socijalna potpora pokazala jednim od najznačajnijih prediktora (291). Tako je npr. komorbiditet PTSP-a i depresije, među ostalim, povezan i s nižom socijalnom potporom tijekom ratnih zbivanja i nakon njih (288), dok se u našem istraživanju socijalna potpora nije pokazala značajnim čimbenikom pojavnosti depresije.

6. 3. Intenzitet depresivnosti i anksioznosti

Osim analize navedenih podataka o psihičkom komorbiditetu tijekom posljednjih pet godina, procjenjivali smo i razinu anksioznosti i depresivnosti u vrijeme provođenja istraživanja. Između ispitivanih skupina postojala je statistički značajna razlika u razini anksioznosti i depresivnosti te su anksioznost i depresivnost bile značajnijeg intenziteta u kontrolnoj skupini iako je pojavnost depresivnih te anksioznih komorbiditetnih poremećaja bila veća u skupini

zatočenika. Iz rezultata je vidljivo da je značajno više ispitanika kontrolne skupine imalo izraženu depresivnost te umjerenu depresivnost u odnosu na skupinu zatočenika (37,8 % nasuprot 24 % te 40,5 % nasuprot 27,6 %). Također je značajno više ispitanika kontrolne skupine imalo izraženu anksioznost u odnosu na skupinu zatočenika (62,2 % nasuprot 37,9 %).

Već je prethodno navedena povezanost PTSP-a i depresije te anksioznih poremećaja. Tako se u studiji, koja se bavila dugoročnim psihičkim posljedicama zatočeništva, a ispitanici su bili zatočenici logora u Drugom svjetskom ratu, među ostalim procjenjivala anksioznost i depresivnost s obzirom na PTSP. Zatočenici koji su imali PTSP u trenutku istraživanja imali su značajno izraženiju depresivnost nego li oni koji nisu imali PTSP u vrijeme istraživanja. Također je bila intenzivnija i anksioznost, ali razlika nije bila statistički značajna (292).

U našem istraživanju se ukupni intenzitet PTSP-a pokazao statistički značajnim čimbenikom u rezultatima korelacijske analize te je veći ukupni intenzitet PTSP-a bio povezan s višom razinom depresivnosti i anksioznosti. Također je vidljiva statistički značajna povezanost pojedinih skupina simptoma PTSP-a s razinom depresivnosti i anksioznosti. Veći intenzitet intruzivnih simptoma te simptoma promjene raspoloženja i kognicije i simptoma pojačane pobudljivosti te reaktivnosti bio je povezan s višom razinom anksioznosti i depresivnosti, pri čemu su najsnažniji utjecaj imali simptomi promjene raspoloženja i kognicije te pojačane pobudljivosti i reaktivnosti, dok simptomi izbjegavajućega ponašanja nisu imali statistički značajan utjecaj.

U drugim istraživanjima rezultati su različiti. Tako se npr. u nekim istraživanjima nalazi veza depresije i simptoma pretjerane pobudljivosti (293), dok je u drugima depresija povezana sa simptomima ponovnog proživljavanja traume (294) ili sa simptomima izbjegavajućega ponašanja (295) Intruzivni simptomi povezuju se i s perzistirajućim disocijacijama (283).

6. 3. 1. Utjecaj zatočeništva i intenziteta traume

Iako je u našem istraživanju bio ukupno niži intenzitet depresivnosti i anksioznosti u skupini zatočenika u odnosu na kontrolnu skupinu, korelacijska analiza podataka je pokazala da je iskustvo zatočeništva statistički značajno povezano s većom razinom anksioznosti, dok broj traumatskih događaja nije bio u vezi s aktualnim stupnjem depresivnosti i anksioznosti. Međutim, iz regresijske analize je vidljivo da iskustvo zatočeništva, ali i veći broj proživljenih

traumatskih događaja doprinosi sa statističkom značajnošću većoj razini depresivnosti i anksioznosti.

Rezultati drugih studija koje se bave dugoročnim posljedicama zatočeništva, u većini slučajeva pronalaze značajniju anksioznost i/ili depresivnost kod zatočenika logora u odnosu na kontrolnu skupinu ispitanika. Tako istraživanje koje se bavilo psihičkim komorbiditetom PTSP-a i drugih psihičkih poremećaja, a uspoređuje australske zatočenike s pacifičkog područja u vrijeme II. svjetskog rata i veterane koji nisu bili zatočenici logora, ali su sudjelovali u borbenim aktivnostima na istome području, evidentira značajniju depresivnost kod zatočenika logora. Istodobno, u intenzitetu anksioznosti nije bilo statistički značajne razlike među ispitivanim skupinama u trenutku istraživanja koje se provodilo 40 godina nakon II. svjetskog rata (241)

Neka istraživanja ne nalaze povezanost traumatskih događaja s razinom anksioznosti, odnosno ni fizičko ni psihičko maltretiranje tijekom zatočeništva nisu bili povezani s povećanom anksioznošću (287). Suprotno ovim rezultatima, u istraživanju koje je uključivalo veterane iz Drugoga svjetskog rata, koji su zatočili Japanaci na pacifičkom području, a kontrolnu skupinu činili su veterani iz istoga rata koji nisu bili zatočenici logora, pokazalo se da su i anksioznost i depresivnost u trenutku istraživanja, odnosno 40 godina nakon rata, intenzivnije kod zatočenika logora, nego li u kontrolnoj skupini (65). Navedeni rezultat povezuje se s većim traumatiziranjem zatočenika logora. U istraživanju koje uspoređuje tri skupine zatočenika, one iz II. svjetskog rata dijele u dvije skupine, odnosno na one koji su bili zatočenici na pacifičkom području i one zatočene na europskom području te treća skupina zatočenika, veterani koji su bili zatočeni u Korejskom ratu, a osim životne prevalencije PTSP-a i komorbiditetnih poremećaja analiziraju i trenutni komorbiditet, odnosno prevalenciju drugih psihičkih poremećaja (266). Rezultati su pokazali da je izloženost torturi i premlaćivanju u vrijeme zatočeništva povezana s anksioznim poremećajima, odnosno s GAP-om i socijalnom fobijom.

6. 3. 2. Utjecaj sociodemografskih čimbenika i socijalne potpore

Iz rezultata korelacijske analize je vidljivo da su aktualna depresivnost i anksioznost bile povezane sa sociodemografskim čimbenicima te razinom percipirane socijalne potpore. Viša razina depresivnosti bila je povezana s radnim statusom, odnosno nezaposlenošću. Bračni status se također pokazao značajnim čimbenikom te je status udovca i razvedenog također bio povezan s većom depresivnosti, kao i lošiji, ispodprosječni materijalni status. Kako smo već

naveli, veći udio kontrolne skupine nalazio se u skupini nezaposlenih te svoj socioekemonski status procjenjuje ispodprosječnim značajno češće nego li je to u skupini zatočenika logora. Osim toga značajno više veterana kontrolne skupine nalazilo se u kategoriji razvedenih nego što je to slučaj sa zatočenicima logora. S višom razinom anksioznosti je statistički značajno bila povezana mlađa životna dob, bračni status, kao i u slučaju depresivnosti te lošiji materijalni status. Socijalna potpora je bila statistički značajno povezana s razinom depresivnosti, ali ne i s razinom anksioznosti. Višestruka regresijska analiza pokazala je statistički značajan utjecaj bračnog statusa te materijalnog statusa na razinu depresivnosti, dok je na razinu anksioznosti značajan bio utjecaj dobi, bračnog i radnog statusa te materijalnog statusa. Niska socijalna potpora je temeljem regresijske analize utjecala na veći intenzitet depresivnosti, ali ne i anksioznosti.

I u rezultatima drugih studija nalazi se utjecaj sociodemografskih čimbenika na anksioznost i depresivnost kod veteranske populacije. U istraživanju koje se bavilo psihičkim zdravljem američke vojske, uključujući mornaricu i pripadnike zrakoplovnih snaga, koji su bili sudionici rata u Vijetnamu, istražen je utjecaj sociodemografskih čimbenika te intenziteta traume na razinu anksioznosti i depresivnosti gotovo 30 godina nakon rata. Rezultati su pokazali da je u vrijeme istraživanja oko 30 % zatočenika imalo značajnu razinu depresivnosti, dok je udio onih s povišenom razinom anksioznosti bio nešto niži, približno 20 % (287). Analiza utjecaja pojedinih sociodemografskih čimbenika na psihičko stanje 30 godina nakon zatočeništva pokazala je da je zrela životna dob u vrijeme zarobljavanja bila najznačajniji protektivni čimbenik. Na važnost životne dobi tijekom zatočeništva za intenzitet anksioznosti više desetljeća nakon zatočeništva ukazuje i studija koja je uključivala zatočenike iz II. svjetskog rata i Korejskog rata, što se očitovalo u većoj trenutnoj prevalenciji GAP-a u trenutku istraživanja kod onih koji su u vrijeme istraživanja bili mlađe životne dobi (266). Važnost sociodemografskih čimbenika pokazala se i u navedenoj studiji koja se među ostalim bavi i aktualnom depresijom kod australskih veterana iz Drugog svjetskog rata 40 godina nakon rata. Za zatočenike logora su se protektivnim pokazali bolji socioekenomski status, dok se za kontrolnu skupinu veterana, onih koji nisu bili zatočenici logora pokazalo da su status oženjenoga te viša razina obrazovanja protektivni čimbenici (289). U istraživanju koje je uključivalo zatočenike logora iz Drugog svjetskog rata i Korejskog rata, a istraživalo je depresivnost 40 godina nakon rata, odnosno utjecaj različitih čimbenika na očitovanje depresivnih simptoma nakon više desetljeća po završetku rata, značajnim su se pokazale

smetnje, odnosno razina distresa za vrijeme rata, dob i edukacija u vrijeme rata te socijalna potpora nakon rata (240)

6. 4. Tjelesni komorbiditet

Jedan od ciljeva ovoga istraživanja bio je ustanoviti tjelesni komorbiditet u skupini zatočenika logora te kontrolnoj skupini veterana, u zadnjih pet godina. Naša je hipoteza da je tjelesni komorbiditet PTSP-a u skupini zatočenika veći u usporedbi s kontrolnom skupinom potvrđena, ako promatramo ukupni komorbiditet s tjelesnim bolestima. U skupini zatočenika svi su ispitanici imali neku tjelesnu bolest ili smetnje, odnosno 100 % ispitanika eksperimentalne skupine. Kontrolna skupina također je imala visoku stopu komorbiditeta, odnosno njih 80 % imalo je (ili ima) u zadnjih pet godina neku kroničnu, odnosno ozbiljnu tjelesnu bolest ili smetnje. Jednu tjelesnu bolest u komorbiditetu u skupini zatočenika logora imalo je njih 61,2 %, dok je 57,2 % ispitanika kontrolne skupine imalo jednu tjelesnu bolest u komorbiditetu. Osim navedenoga, utvrđeno je i da je visoka stopa komorbiditeta s dvije i više tjelesnih bolesti ili kroničnih smetnji. Tako je u skupini zatočenika logora dvije ili više tjelesnih bolesti u komorbiditetu imalo njih 38,8 %, dok je u kontrolnoj skupini zatočenika utvrđen višestruki komorbiditet kod 35,2 % ispitanika.

Tako visoka stopa komorbiditeta u obje skupine nije iznenađujuća, obzirom da u ovom istraživanju obje skupine imaju PTSP koji je često u komorbiditetu s tjelesnim bolestima, kako smo to prethodno naveli. Visoka stopa komorbiditeta PTSP-a s tjelesnim bolestima i smetnjama potvrđena je u brojnim studijama. Tako je veliki broj veterana s PTSP-jem imalo neku kroničnu bolest povezanu sa zdravstvenim stanjem ili bolešću nakon povratka iz Vijetnama. Njih 68 % u odnosu na 48 % onih koji nemaju PTSP (164). Poslijeratno istraživanje provedeno na veteranima koji su sudjelovali u ratu u Vijetnamu, pokazalo je da je značajno veći komorbiditet s tjelesnim bolestima kod onih koji su oboljeli od PTSP-a u odnosu na one koji nemaju PTSP. Komorbiditet je u skupini s PTSP-a značajno veći, a odnosi se na mnoge kronične bolesti krvožilnog sustava, neurološke bolesti, bolesti gastrointestinalnog sustava, mišićno-koštane bolesti te bolesti dišnog sustava (145). Tako su npr. bolesti krvožilnog sustava bile češće u skupini s PTSP-em u odnosu na one bez PTSP-a (20 % u odnosu na 13 %), a neurološke bolesti 19 % u odnosu na 6 % kod onih bez PTSP-a.

U već spomenutoj studiji je ustanovljeno da su kod onih ispitanika koji imaju PTSP češće abnormalnosti elektrokardiografskog snimanja (EKG-a), odnosno njih 28 % imalo je abnormalnosti u odnosu na 14 % kod onih bez PTSP-a, uključujući i potvrđeni infarkt miokarda (IM). Također su evidentirane i abnormalnosti u laboratorijskim nalazima, odnosno povećan broj bijelih krvnih stanica i T stanica kod veterana sa PTSP-jem (122). Studije koje su uključivale veterane iz Korejskoga i II. svjetskog rata, također ukazuju na značajno veću prevalenciju kardiovaskularnih bolesti kod onih koji imaju PTSP (165). Veću učestalost kardiovaskularnih bolesti desetak godina nakon izloženosti traumi kod oboljelih od PTSP-a u odnosu na ispitanike bez PTSP-a, potvrđuju i rezultati studija na civilnoj populaciji (296). Istraživanja redovito upućuju na povezanost intenziteta PTSP-a i rizika za razvoj metaboličkog sindroma (MS), inzulinske rezistencije (IR) i kornonarne bolesti srca (KBS) (297). Epidemiološke studije koje se bave s traumom povezanim bolestima (uključujući PTSP) potvrđuju vezu PTSP-a i arterijske hipertenzije te rizika za kardiovaskularne bolesti (298, 299).

Na povezanost PTSP-a i tjelesnih bolesti ukazuju i rezultati studije u kojoj se procjenjivao rizik moždanog udara kod američkih veterana, bivših zatočenika logora iz II svjetskog rata u usporedbi s veteranima koji nisu bili zatočenici logora. Pokazalo se da je moždani udar bio značajno češći kod zatočenika logora (9,3 % u odnosu na 1,2 %). Kao rizična podskupina izdvojili su se zatočenici logora koji su imali PTSP tijekom života ili tijekom ispitivanja kod kojih je učestalost bila još veća, odnosno njih 12,7 % imalo je moždani udar u odnosu na one zatočenike logora koji nisu imali PTSP, kod kojih je 7,6 % imalo moždani udar. U istom istraživanju je procjenjivana učestalost dijabetesa te arterijske hipertenzije i infarkta miokarda kao mogućih rizičnih čimbenika u razvoju moždanog udara. Među ispitivanim skupinama nije bilo statistički značajne razlike u prevalenicji tih bolesti, iako su hipertenzija te infarkt miokarda bili nešto češći u skupini zatočenika logora, dok je dijabetes bio nešto češći u skupini veterana koji nisu bili zatočenici logora (300). I u studiji koja je je uključivala oko 30 000 ispitanika, veterana iz II. svjetskog rata, koja se provodila od 1991. do 2000. godine, rezultati su pokazali da je kod zatočenika logora bila značajno veća stopa kardiovaskularnih bolesti (ishemijske bolesti srca i hipertenzije), a veća učestalost kardiovaskularnih bolesti bila je povezana s PTSP-jem (229). S obzirom na visoku učestalost tjelesnoga komorbiditeta, visok rizik za razvoj somatskih bolesti kod oboljelih od PTSP-a neki autori naglašavaju da se može zaključiti da PTSP nije samo psihički poremećaj (301, 302).

U ovom istraživanju komorbiditet smo uspoređivali kao dijagnostičke skupine bolesti. Prema dobivenim rezultatima najčešće su bile bolesti iz skupine kardiovakularnih u objema skupinama ispitanika. U pojavnosti kardiovaskularnih poremećaja nije bilo statistički značajne razlike među skupinama ispitanika, odnosno u skupini zatočenika njih 51,7 % ima neku bolest iz ove dijagnostičke skupine, dok je prevalencija u kontrolnoj skupini 51,4 %. Sljedeća dijagnostička skupina po učestalosti bolesti i poremećaja jest ona koja se odnosi na lokomotorne bolesti i poremećaje, koji su bili statistički značajno češći u skupini zatočenika, odnosno njih 62,1 % imalo je bolesti iz ove skupine, dok je pojavnost u kontrolnoj skupini bila niža te je iznosila 48,7 %. Visoka je učestalost i gastrointestinalnih poremećaja te u skupini zatočenika iznosila 48,3 %, što je statistički značajno više u odnosu na kontrolnu skupinu, gdje 31,1 % ispitanika imalo bolesti iz ove skupine. Bolesti iz skupine endokrinoloških i metaboličkih bolesti također su bile statistički značajno češće u skupini zatočenika te je 34,5 % ispitanika iz ove skupine imalo neku bolest iz ove skupine u odnosu na 16,2 % ispitanika kontrolne skupine. Neurološke bolesti i smetnje su se statistički značajno više javljale u kontrolnoj skupini nego u skupini zatočenika (27 % naspram 13,8 %). U usporedbi pojavnosti malignih bolesti, respiratornih i kožnih bolesti nije bilo statistički značajne razlike u pojavnosti među skupinama. Maligne bolest su evidentirane kod 10,3 % zatočenika logora te kod 8,1 % ispitanika kontrolne skupine.

Ako usporedimo pojavnost somatskih bolesti u naših ispitanika s rezultatima drugih istraživanja, ona je u skladu s nalazima drugih studija. Tako istraživanje koje je uključivalo veterane izložene borbenom djelovanju tijekom Domovinskoga rata u Hrvatskoj, oboljele od PTSP-a, a u okviru kojega se uspoređivalo njihovo somatsko zdravlje s odgovarajućom kontrolnom skupinom muškaraca koji nisu bili aktivni sudionici rata, odnosno nemaju traumu izloženosti borbenom djelovanju pokazalo se da je češći komorbiditet tjelesnih bolesti kod oboljelih od PTSP-a. Prediktori kardiovaskularnih bolesti, mišićno-koštanih bolesti te malignih bolesti bili su dob u vrijeme izloženosti traumatiziranju te vrijeme provedeno u borbi. Neurološke bolesti bile su čak četiri puta češće kod oboljelih od PTSP-a, bolesti mišićno-koštanog sustava dva puta češće, a razlika u metaboličkim bolestima te kardiovaskularnim bolestima nije bila toliko velika, ali je također bila značajna (303).

6. 4. 1. Utjecaj zatočeništva i inteziteta traume

Iskustvo zatočeništva i izloženost specifičnim oblicima traumatiziranja u našem se istraživanju pokazalo značajnim čimbenikom u razvoju tjelesnih bolesti. Rezultati korelacijske analize upućuju na statistički značajnu povezanost zatočeništva s pojedinim dijagnostičkim skupinama tjelesnih bolesti, odnosno gastrointestinalnim, neurološkim (unutar te skupine uključen je i cerebrovaskularni inzult), endokrinološkim i metaboličkim, lokomotornim bolestima i smetnjama te ukupnim tjelesnim komorbiditetom. Rezultati regresijske analize su pokazali statistički značajan utjecaj zatočeništva na komorbiditet s gastrointestinalnim, endokrinološkim i metaboličkim bolestima, bolestima mišićno-koštanog sustava i utjecaj na ukupni tjelesni komorbiditet. Regresijska analiza ukazala je na utjecaj broja traumatskih događaja, kojima su ispitanici bili izloženi, na pojavnost gastrointestinalnih, neuroloških, endokrinoloških i metaboličkih bolesti i poremećaja, a korelacijska analiza povezuje broj traumatskih događaja samo s pojavnošću gastrintestinalnih bolesti i poremećaja. Broj traumatskih događaja nije imao utjecaj na ukupni tjelesni komorbiditet u rezultatu višestruke regresijska analize.

Za razliku od našeg istraživanja, neka istraživanja ne nalaze značajne razlike u prevalenciji somatskih bolesti kada uspoređuju zatočenike logora s veteranima koji nisu bili zatočenici logora, nekoliko desetljeća nakon rata. Istraživanje koje je uključivalo zatočenike iz II. svjetskog rata i veterane koji nisu bili zatočenici logora, iz istoga rata, ne nalazi značajne razlike u pojavnosti tjelesnih bolesti među ispitivanim skupinama, iako se radilo o zatočenicima s područja Jugoistočne Azije te pacifičkog područja koji su bili izloženi ekstremno teškim uvjetima u zatočeništvu. Jedina razlika u tjelesnom morbiditetu je bila u pojavnosti duodenalnog ulkusa, koji je bio češći kod zatočenika logora (281). Rezultati drugih istraživanja su u skladu s našim rezultatima te se pokazalo da je prevalencija tjelesnih bolesti veća u skupini zatočenika logora, odnosno ukazuju na postojanje tjelesnih stanja i bolesti koje su posljedica uvjeta u zatočeništvu, izloženosti fizičkom maltretiranju, mučenju, torturi te posljedica gladovanja i loših higijenskih uvjeta (226). Uvjeti zatočeništva prema istraživanjima čine tu skupinu veterana izrazito ranjivima za razvoj tjelesnih bolesti (227, 304). Na značaj traumatiziranja karakterističnog za zatočeništvo upućuju i druge studije koje se bave dugoročnim posljedicama zatočeništva po zdravlje. Page i Brass ističu da se štetne posljedice po tjelesno zdravlje mogu pojaviti i više desetljeća nakon zatočeništva (305), a neki autori naglašavaju da se posljedice očituju kroz povećanu smrtnost kod zatočenika koji su tijekom zatočeništva bili izloženi značajnom maltretiranju te uskraćivanju osnovnih potreba (306).

Osim toga, neke studije uočavaju znakove preuranjenog starenja u zatočenika logora, odnosno ranije pojavljivanje bolesti i stanja koja su tipično povezana sa starijom životnom dobi kao što su reumatizam i srčane bolesti (286, 307). Hunt i sur. u svojoj studiji istražuju dugoročne posljedice zatočeništva kod 328 zatočenika logora iz II. svjetskog rata i Korejskoga rata. Rezultati njihova istraživanja potvrđuju značajnu vezu uvjeta zatočeništva i stupnja narušenosti tjelesnoga zdravlja u zatočenika, nekoliko desetljeća nakon zatočeništva. Pri tome posebno ističu izloženost ili svjedočenje mučenju, boravak u samici, prisilne marševe, neadekvatnu prehranu, odnosno nedostatak vitamina, ali i pojavu pelagre te dizenterije u vrijeme zatočeništva (308). Sukladno našim rezultatima brojne studije nalaze povezanost neuroloških smetnji i bolesti kod zatočenika logora. Tako na značaj nutritivnoga deficita tijekom zatočeništva upućuju i druge studije. Istraživanje koje je također uključivalo zatočenike iz II. svjetskog rata ukazuje na neuropatske promjene u zatočenika logora koje su bile prisutne 36 godina nakon zatočeništva, a posljedica su loše prehrane tijekom zatočeništva (309). Na značajnu prevalenciju neuropatije, praćene kroničnim bolovima i grčevima, ukazuju i rezultati istraživanja koje je uključivalo vijetnamske veterane, 25 godina nakon zatočeništva. Neuropatija i popratni simptomi posljedica su uvjeta u zatočeništvu (310). Značajan udio veterana koji su bili zatočeni na Dalekom istoku tijekom II. svjetskog rata, nakon izlaska iz zatočeništva imalo je neurološke probleme koji su se uglavnom odnosili na neuropatije, bilo one periferne ili optičku neuropatiju. No, mnogi od njih razvili su i druge neurološke poremećaje više desetljeća nakon zatočeništva. Između ostaloga, kod ove skupine veterana koji su bili izloženi teškom traumatiziranju tijekom zatočeništva bila je česta i Parkinsonova bolest, značajno češća nego li u općoj populaciji (311). I druga studija koja je uključivala vijetnamske veterane, evidentira veću stopu poremećaja perifernoga živčanog sustava, ali i poremećaja kralježnice te zglobova kod onih veterana koji su bili zatočenici logora u odnosu na one koji nisu bili zatočenici logora. Osim navedenih poremećaja, kod zatočenika logora jedino je još veća učestalost bila u slučaju peptičkog ulkusa, dok nisu evidentirane razlike za druge bolesti (227). Slični rezultati jesu i oni dobiveni u istraživanju koje uključivalo veterane iz II. svjetskog rata. Kod zatočenika logora bilo je značajno više gastrointestinalnih bolesti, neuroloških smetnji, osobito ekstrapramidnih simptoma te smetnji lokomotornog sustava (304). Sukladno našim rezultatima i druge studije evidentiraju povezanost zatočeništva i gastrointestinalnih bolesti. Istraživanje koje je analiziralo pojavnost gastrointestinalnih bolesti kod australskih veterana 40 godina nakon rata, evidentira značajno veću prevalenciju duodenalnog ulkusa u bivših zatočenika logora. U zatočenika logora ona je iznosila oko 25 %, a u kontrolnoj skupini veterana koji nisu bili zatočenici logora prevalencija je iznosila oko 10,5 %. Osim dudenalnog

ulkusa, značajno češća u skupini zatočenika bila je strongiloidoza povezana s područjem zatočeništva (312). Utjecaj intenziteta i trajanja traumatiziranja pokazao se značajnim, u rezultatima nekih istraživanja, i u razvoju bolesti srca, za razliku od našeg istraživanja u kojima zatočeništvo nije imalo utjecaj na pojavnost kardiovaskularnih bolesti. Tako studija koja je analizirala povezanost traume i promjena na EKG-u, evidentira povezanost ovih promjena (disperziju QT intervala te produljenje QT intervala) s dugotrajnim maltretiranjem u logorima (313).

6. 4. 2. Utjecaj sociodemografskih čimbenika i socijalne potpore

Osim traumatskih iskustava na pojavu tjelesnih bolesti i poremećaja utječu i drugi čimbenici. Korelacijska analiza je pokazala značajnu povezanost tjelesnog komorbiditeta s nekim sociodemografskim čimbenicima. Statistički značajna povezanost, iz rezultata korelacijske analize, odnosi se na povezanost dobi s pojavnošću gastrointestinalnih bolesti i endokrinoloških i metaboličkih bolesti, pri čemu je starija životna dob bila povezana s većom učestalošću ovih bolesti. Radni status bio je povezan s pojavnošću gastrointestinalnih i neuroloških bolesti (gastrointestinalne su češće kod umirovljenika, a neurološke kod nezaposlenih ispitanika), viša razina obrazovanja bila je povezana s većom prevalencijom neuroloških, a niža razina obrazovanja s većom pojavnošću malignih te dermatoloških bolesti. Evidentiran je utjecaj bračnog statusa na pojavnost kardiovaskularnih, neuroloških, endokrinoloških i metaboličkih te respiratornih bolesti i poremećaja te povezanost materijalnog statusa s pojavnošću gastrointestinalnih i respiratornih bolesti. Ukupni tjelesni komorbiditet je temeljem korelacijske analize bio povezan s dobi, bračnim statusom te materijalnim statusom, dok je regresijska analiza ukazala na utjecaj starije životne dobi te bračnog statusa (udovci i razvedeni) na veću pojavnost tjelesnih bolesti. Niska razina socijalne potpore se u rezultatima korelacijske analize pokazala statistički značajnom u slučaju češćeg komorbiditeta s gastrointestinalnim, respiratornim te dermatološkim bolestima i malignim bolestima, a regresijska analiza pokazala je utjecaj niske socijalne potpore na pojavnost malignih i dermatoloških bolesti.

Dobro je poznata povezanost određenih skupina tjelesnih bolesti sa dobi. Regresijska analiza u našem istraživanju ukazala je na utjecaj starije životne dobi na veću pojavnost kardiovaskularnih, gastrointestinalnih, endokrinoloških i dermatoloških bolesti, dok je mlađa životna dob bila povezana s malignim bolestima. Studija praćenja mortaliteta zbog srčanih

bolesti i moždanog udara provedena na američkim veteranima bivšim zatočenicima logora iz II. svjetskog rata i Korejskog rata pokazala da je došlo do promjena u riziku smrtnosti zbog ovih bolesti, u odnosu na raniji period. Kod bivših zatočenika logora iz navedenih ratova nije bilo razlike u mortalitetu 30 godina nakon zatočeništva u usporedbi s veteranima koji nisu bili zatočenici logora. No, 50 godina nakon izlaska iz zatočeništva, odnosno 42 godine za one iz Korejskog rata, rezultati su pokazali značajno veći rizik smrtnosti od srčanih bolesti i moždanog udara za koji razlika nije bila statistički značajna. Povećanje razlike u odnosu na kontrolnu skupinu upućuje da se posljedice pothranjenosti i izloženosti različitim stresorima tijekom zatočeništva, mogu očitovati i mnogo desetljeća nakon izlaska iz zatočeništva (305). U Nacionalnom istraživanju zdravlja i otpornosti veterana koje je provedeno 2013. godine i uključivalo je 1 840 veterana pokazalo se da je kod mlađih veterana bila češća migrena, dok su kod onih starije životne dobi bile češće kardiovaskularne bolesti, uključujući i infarkt miokarda (314).

No, nije samo dob sociodemografska karakteristika koja doprinosi razvoju tjelesnih bolesti. Razvod i gubitak posla, osobito dugotrajna nezaposlenost svakako predstavljaju značajne rizične čimbenike u razvoju tjelesnih bolesti. Izloženost nizu stresnih životnih događaja, njihov akumulirani učinak, također povećavaju rizik za razvoj tjelesnih bolesti, osobito kada se radi o osobama koje su već bile izložene teškom traumatiziranju. Radni status je iz rezultata regresijske analize bio povezan s gastrointestinalnim bolestima, kojih se veća pojavnost povezuje sa statusom umirovljenika, kao i u slučaju dermatoloških bolesti, dok je vidljiv utjecaj nezaposlenosti na veću pojavnost neuroloških bolesti. Materijalni status u rezultatima regresijske analize u našoj studiji pokazao se značajnim jedino u slučaju respiratornih bolesti. Mnoge studije povezuju loše tjelesno zdravlje sa izloženošću značajnim životnim stresorima pa loši socijalni pokazatelji oboljelih od PTSP-a (gubitak posla, manjak financijskih sredstava, loši životni uvjeti ili pak radni uvjeti) mogu biti uzrokom visokog komorbiditeta s tjelesnim bolestima (315).

Bračni status u rezultatima regresijske analize pokazao se značajnim u pojavnosti neuroloških i respiratornih bolesti, pri čemu se neurološke bolesti i poremećaji češće javljaju kod udovaca i razvedenih, dok je u slučaju respiratornih bolesti veća pojavnost kod onih koji su u braku. Izloženost događajima kao što je razvod, gubitak posla, samački život, odnosno izostanak suportivnog ozračja i emocionalne potpore bliskih osoba te čine ove osobe ranjivijima za razvoj tjelesnih bolesti (316, 317). Brojna istraživanja su svojim rezultatima dokazala povezanost

kroničnog stresa povezanog s lošim socijalnim prilikama i kardiovaskularnih bolesti. Dokazano je da da takav kronični stres može ubrzati progresiju kardiovaskularnih procesa te dovesti do povećanja smrtnosti zbog kardiovaskularnih bolesti (318, 319). Također, studije koje analiziraju utjecaj stresa na kardiovaskularni sustav upućuju na to da i akutni stresni događaji predstavljaju rizik za kardiovaskularne incidentne, kao što je npr. infarkt miokarda ili srčane aritmije kod postojećih kardiovaskularnih poremećaja (320). Autori ističu da nisu svi životni stresori jednako pogubni za zdravlje pojedinca te izdvajaju nekoliko kategorija događaja koji su povezani s razvojem bolesti, a zajedničko im je da prijete osjećaju kompetentnosti ili temeljnom identitetu čovjeka (321, 322). To su kategorije koje se odnose na međuljudske probleme, gubitak socijalnog statusa, teškoće u zapošljavanju te osobito status nezaposlene osobe. Što se tiče problema u interpersonalnim odnosima, ističe se da je njihov utjecaj puno značajniji nego li pozitivna iskustva u interpersonalnim odnosima (323). Taj tip poteškoća se povezuje između ostaloga s hipertenzijom, bolestima srca, većom sklonošću razvoju infektivnih bolesti i prijevremenom smrću (324). Među tim stresorima opet se naglašava one koji ugrožavaju socijalni status pojedinca, kao posebno štetni (325). Kod nezaposlenih osoba povećan je rizik od kardiovaskularnih bolesti i prerane smrti (326, 327). Naročito se ističe značaj stresnih događaja koji se nadovezuju jedan na drugi nakon inicijalnog događaja kao što je npr. gubitak posla ili razvod braka (328).

6. 5. Kvaliteta života povezana sa zdravljem (i socijalno funkcioniranje)

6. 5. 1. Utjecaj zatočeništva, inteziteta traume i ineteziteta PTSP-a

U našem istraživanju skupinu zatočenika usporedili smo s kontrolnom skupinom branitelja i na temelju kvalitete života povezane sa zdravljem. Ta procjena uključuje i mentalnu i tjelesnu komponentu zdravlja. Naša hipoteza da je kvaliteta života povezana sa zdravljem (uključujući između ostaloga i socijalno funkcioniranje, kao jednu od dimenzija mentalnog zdravlja) niža u skupini zatočenika u odnosu na kontrolnu skupinu, nije potvrđena. Unatoč tome što se na temelju korelacijske analize pokazalo da iskustvo zatočeništva u našoj studiji ima značajan utjecaj na kvalitetu života povezanu sa zdravljem, uključujući obje komponente zdravlja, kvaliteta života povezana sa zdravljem lošije je procijenjena u kontrolnoj skupini. Korelacijska analiza pokazala je da je zatočeništvo imalo značajan negativan utjecaj na pojedine dimenzije

zdravlja, odnosno dimenziju tjelesnih bolova te procjenu mentalnoga zdravlja, dok je veći broj traumatskih događaja kojima su ispitanici bili izloženi, povezan s lošijom procjenom općeg zdravlja te nižom vitalnošću. Višestruka regresijska analiza povezala je zatočeništvo s bolje procijenjenim psihičkim zdravljem, uz već navedene dimenzije zdravlja. Neka druga istraživanja pokazala su da trauma zatočeništva ima dugoročne posljedice na kvalitetu života (329).

Samoprocjenu zdravstvenog statusa, odnosno kvalitete života povezane sa zdravljem, možemo povezati i s intenzitetom PTSP-a, što je vidljivo iz rezultata korelacijske analize. Ovi rezultati pokazuju da viši intenzitet PTSP-a ima značajan negativan utjecaj na obje komponente zdravlja (psihičku i tjelesnu) te kvalitetu života povezanu sa zdravljem, ali sve dimenzije psihičkog i tjelesnog zdravlja osim tjelesnog funkcioniranja.

Taj rezultat u skladu je s rezultatima drugih istraživanja. Tako neka istraživanja upućuju na to da i u slučaju kada nisu zadovoljeni svi dijagnostički kriteriji za PTSP, nego se radi o djelomičnome PTSP - u, također dolazi do smanjenja kvalitete života u usporedbi s onima koji nemaju PTSP (330). Osim toga, studije su pokazale da i niža subjektivna procjena kvalitete života također utječe na perzistiranje simptoma PTSP-a (331, 332), odnosno da niža kvaliteta života može doprinijeti nastanku te održavanju simptoma PTSP-a.

Neka dosadašnja istraživanja su u skladu s našim rezultatima te su pokazala da, osim što intenzitet PTSP-a ima negativan utjecaj na mentalnu komponentu zdravlja, ima i negativan utjecaj na fizičku komponentu zdravlja (190, 333). Druga istraživanja ne potvrđuju utjecaj ovoga poremećaja na tjelesnu komponentu zdravlja (334, 335).

Analiza rezultata samoprocjene pojedinih dimenzija zdravlja u našem istraživanju, pokazala je statistički značajnu razliku u dimenziji tjelesnih bolova, koji su bili izraženiji u kontrolnoj skupini, a i psihičko zdravlje kao dimenzija u okviru ukupne psihičke komponente zdravlja, također je statistički značajno lošije ocjenjeno u ispitanika kontrolne skupine. I sve ostale dimenzije zdravlja lošije su procijenjene u kontrolnoj skupini, ali razlika nije bila statistički značajna. Druga istraživanja također ukazuju na utjecaj PTSP-a na različite dimenzije zdravlja, odnosno kvalitete života povezane sa zdravljem. Tako Erbs i sur. u svom istraživanju navode negativan utjecaj na socijalno funkcioniranje, ograničenja zbog emocionalnih poteškoća te dimenziju emocionalne dobrobiti (336). Buckley i sur. navode u svojoj studiji koja se bavi utjecajem PTSP-a kod veterana na kvalitetu života povezanu sa zdravljem, da PTSP ima

značajan negativan utjecaj na dimenzije fizičkoga zdravlja, odnosno dimenziju tjelesnog funkcioniranja te ograničenja zbog tjelesnih poteškoća (337).

S obzirom na intenzitet pojedinih klastera simptoma PTSP-a u našem istraživanju jedina statistički značajna razlika (u deskriptivnoj analizi) među skupinama, kako smo ranije naveli, bila je u simptomima izbjegavajućeg ponašanja, dok su ostali simptomi bili izraženiji u kontrolnoj skupini zatočenika logora, ali ne statistički značajno. Korelacijska analiza utjecaja pojedinih skupina simptoma PTSP-a na pojedine dimenzije zdravlja u našem istraživanju, pokazala je da su simptomi ponovnoga proživljavanja traume (kriterij B) imali statistički značajan utjecaj na sve dimenzije zdravlja. Statistički značajnim pokazao se utjecaj simptoma izbjegavanja podražaja koji podsjećaju na traumatski događaj (kriterij C) na ograničenja zbog fizičkih smetnji, socijalno funkcioniranje te na ukupnu procjenu mentalne komponente zdravlja. Simptomi kriterija D (negativne promjene raspoloženja i kognicije) koji su bili izraženiji u kontrolnoj skupini, iako ne statistički značajno, utjecali su na sve dimenzije zdravlja (statistički značajno), osim na dimenziju fizičkog funkcioniranja. Simptomi kriterija E, koji uključuju simptome pojačane pobuđenosti i reaktivnosti, imali su u našem istraživanju statistički značajan utjecaj na sve dimenzije zdravlja, osim na fizičko funkcioniranje i ograničenja zbog fizičkog funkcioniranja. Svi klasteri simptoma PTSP-a imali su statistički značajan utjecaj na kvalitetu života povezanu s mentalnim zdravljem, dok su na kvalitetu života povezanu s fizičkim zdravljem, odnosno tjelesnu komponentu zdravlja značajan utjecaj imali svi klasteri simptoma, osim simptoma izbjegavajućeg ponašanja.

Druga istraživanja također analiziraju utjecaj pojedinih klastera simptoma PTSP-a na kvalitetu života, a rezultati se razlikuju među istraživanjima. Tako se pokazalo da su značajni intruzivni simptomi povezani s nižom kvalitetom života. Taj odnos je složen, odnosno intruzivni simptomi doprinose lošijoj kvaliteti života, a s druge strane niža kvaliteta života doprinosi intenzitetu ovih simptoma, dok nema utjecaja na simptome izbjegavajućega ponašanja (252, 338). Iako lošija kvaliteta života, u rezultatima druge studije, nema utjecaja na ustrajnost i intenzitet simptoma izbjegavajućega ponašanja, pokazalo se da simptomi iz toga klastera predstavljaju pozitivan prediktor dobrobiti, odnosno zadovoljstva životom (252). S druge strane, u drugim istraživanjima pokazalo se da s lošijom kvalitetom života najznačajniji odnos imaju simptomi pojačane pobuđenosti (332). Na utjecaj pojedinih klastera simptoma PTSP-a na kvalitetu života upućuju i rezultati istraživanja koje je pokazalo da ispitanici s naglašenim simptomima disforije, pojačane pobuđenosti, imaju značajan negativan utjecaj na tjelesnu

komponentu kvalitete života povezane sa zdravljem, a simptomi emocionalne otpujelosti imaju najznačajniji utjecaj na mentalnu komponentu kvalitete života povezane sa zdravljem (270). Rezultati dosadašnjih istraživanja pokazuju da simptomi PTSP-a, kako smo i ranije naveli, mogu neovisno o somatskom komorbiditetu narušiti tjelesnu domenu kvalitete života (339, 340).

6. 5. 2. Utjecaj komorbiditeta i inteziteta depresivnosti i anskioznosti

Osim utjecaja PTSP-a analizirali smo i utjecaj psihičkog i tjelesnog komorbiditeta na kvalitetu života povezanu sa zdravljem. U skupini zatočenika logora u zadnjih pet godina bila je veća učestalost komorbidnih poremećaja, kako psihičkih tako i tjelesnih, dok je samoproprocijenjena anksioznost i depresivnost u vrijeme istraživanja bila značajnija u kontrolnoj skupini.

Već je ranije navedeno da je veći komorbiditet PTSP-a s tjelesnim bolestima u skupini zatočenika, kada analiziramo ukupni tjelesni komorbiditet. Korelacijskom analizom utvrđeno je da je ukupni tjelesni komorbiditet povezan s narušenom kvalitetom života, odnosno lošije ocijenjenim tjelesnim, ali i psihičkim zdravljem. Rezultati drugih istraživanja su različiti. Tako je istraživanje koje se bavi utjecajem somatskog komorbiditeta na kvalitetu života, u kanadskoj veteranskoj populaciji, pokazalo da je značajan utjecaj komorbidnih somatskih bolesti samo na tjelesnu komponentu zdravlja odnosno kvalitetu života povezanu s tjelesnim zdravljem (341). S druge strane, rezultati nekih studija se podudaraju s rezultatima naše studije te somatski komorbiditet, osim na tjelesnu komponentu zdravlja i kvalitetu života povezanu s tjelesnim zdravljem, utječe i na psihičku komponentu zdravlja. Tako npr. istraživanje koje analizira utjecaj bolesti kralješnice na kvalitetu života povezanu sa zdravljem, kod veterana oboljelih od PTSP-a, pokazuje da osim što je značajan negativan utjecaj na fizičku komponentu zdravlja, negativan je i utjecaj na psihičku komponentu zdravlja (342). U navedenoj studiji bio je i značaj komorbiditet s depresivnim poremećajem.

U našem istraživanju korelacijska analiza pokazala je da među somatskim bolestima samo skupina neuroloških bolesti i stanja, uključujući i moždani udar te njegove posljedice, utjecala na obje komponente zdravlja, odnosno tjelesnu i psihičku komponentu zdravlja. Ostale tjelesne bolesti i stanja imale su statistički značajan negativan utjecaj ili na tjelesnu komponentu zdravlja ili na psihičku komponentu zdravlja. Statistički značajan negativan utjecaj na psihičku komponentu zdravlja, odnosno samoprocjenu tjelesnoga zdravlja, bez statistički značajnog

utjecaja na tjelesnu komponentu zdravlja, imale su u našoj studiji gastrointestinalne bolesti. U našem istraživanju bio je značajan utjecaj somatskih bolesti na tjelesno zdravlje i u slučaju kardiovaskularnih te lokomotornih bolesti i poremećaja, dok njihov utjecaj na psihičku komponentu zdravlja nije bio statistički značajan.

Studije govore i o sinergijskom učinku PTSP-a i somatskih stanja na kvalitetu života. Tako Braš i sur. ukazuju na značajno sniženu kvalitetu života u veterana s kroničnom boli u leđima koji imaju i PTSP u odnosu na veterane koji imaju kroničnu bol, ali nemaju PTSP (343). Istraživanje koje je također analiziralo utjecaj boli koja je povezana s mišićno koštanim poremećajima u veterana oboljelih od PTSP-a također potvrđuje utjecaj na tjelesne i emocionalne vidove kvalitete života (344). Istraživanje koje je uključivalo 128 hrvatskih veterana sa PTSP-em, pri čemu nema značajnijih razlika u intenzitetu PTSP-a, pokazalo je značajnu razinu komorbiditeta s tjelesnim bolestima, odnosno 78 % veterana imalo je barem jednu kroničnu tjelesnu bolest u komorbiditetu. Analizirao se utjecaj komorbidnih poremećaja i PTSP-a na kvalitetu života, a rezultati su pokazali nižu kvalitetu života u svim njezinim domenama u odnosu na one bez somatskog komorbiditeta. Najveći učinak je bio u domeni socijalnog funkcioniranja i psihičkog zdravlja, dok je učinak na tjelesnu komponentu bio irelevantan. U istom istraživanju veći broj somatskih komorbiditetnih poremećaja bio je u značajnoj negativnoj korelaciji sa psihičkim domenama kvalitete života (345). I u rezultatima drugih istraživanja se pokazalo da tjelesni bolni sindromi doprinose smanjenju kvalitete života u njezinoj domeni socijalnog i emocionalnog funkcioniranja (346).

Analiza utjecaja ukupnog psihičkog komorbiditeta na kvalitetu života povezanu sa zdravljem u našem istraživanju, također ukazuje na statistički značajan negativan utjecaj na obje komponente zdravlja te sve dimenzije zdravlja. Analizom rezultata naše studije pokazalo se da su razine anksioznosti i depresivnosti u vrijeme istraživanja, imale značajan utjecaj na obje komponente zdravlja te kvalitetu života povezanu sa zdravljem, uključujući sve procjenjivane dimenzije zdravlja. Brojna istraživanja bavila su se tom tematikom, a osobito se veliki broj istraživanja odnosi na analizu utjecaja komorbiditeta PTSP-a i depresivnog poremećaja na kvalitetu života. Pittman i sur. procijenili su utjecaj PTSP-a i depresije (depresivnost procjenjivana Beckovim upitnikom depresivnosti) na kvalitetu života povezanu sa zdravljem (s pomoću SF-36 upitnika) kod američkih veterana iz rata u Iraku i Afganistanu. Rezultati su pokazali da taj komorbiditet dovodi do snižene kvalitete života, odnosno i depresija i PTSP utječu na snižen ukupni rezultat te mentalnu komponentu zdravlja (347). Svaki od tih

poremećaja je u negativnoj korelaciji s kvalitetom života povezanom sa zdravljem, što se potvrdilo i u rezultatima drugih istraživanjima, a kada se analizira odvojeni utjecaj ovih poremećaja, rezultati nekih studija ukazuju da depresija ima veći negativni učinak. Zajednički učinak PTSP-a i depresije je snažniji u odnosu na pojedinačne utjecaje (348).U našoj studiji utjecaj depresivnog poremećaja također se pokazao statistički značajnim te je negativan učinak komorbiditetnih depresivnih poremećaja bio značajan u svim dimenzijama psihičkog i somatskog zdravlja, dok to nije bio slučaj za druge psihičke komorbiditetne poremećaje koji su evidentirani u naših ispitanika. Na značaj komorbiditeta PTSP-a i depresije upućuju i druge studije. Tako je istraživanje koje je uključivalo kanadske veterane ukazalo na negativan utjecaj PTSP-a na mentalnu komponentu zdravlja, ali kada se analizirao utjecaj komorbiditetne depresije, rezultati su pokazali da su osim mentalnih dimenzija zdravlja i dimenzije fizičkoga zdravlja također narušene. Odnosno, značajan je utjecaj na ograničenja zbog fizičkih poteškoća, na dimenziju tjelesne boli te ukupnu ocjenu općeg zdravlja (335). Evidentiran je i negativan utjecaj PTSP-a i komorbidne depresije u veterana iz Zaljevskoga rata. Oni su imali niži rezultat na skali SF-36 koja se odnosi na fizičku komponentu zdravlja, u usporedbi s usporedivom skupinom veterana i općom populacijom (349). I druga istraživanja naglašavaju važnost komorbiditetnih poremećaja u negativnom utjecaju na kvalitetu života. Tako se naglašava utjecaj depresivnog poremećaja, anksioznih poremećaja te alkoholizma ili pak drugih poremećaja zloporabe sredstava ovisnosti u narušavanju kvalitete života i funkcionalnim oštećenjima (350, 351). Također, značaj polimorfnih komorbiditetnih stanja i snažan utjecaj osobito anksioznih i depresivnih poremećaja nalaze i naglašavaju i druge studije (352). U našem istraživanju rezultati korelacijske analize pokazali su povezanost lošije psihičke i tjelesne komponente zdravlja s nizom poremećaja. Negativan utjecaj na obje komponente zdravlja je evidentiran kod ispitanika s depresivnim poremećajem, s alkoholizmom odnosno zloporabom alkohola, kod onih koji su imali akutne i prolazne psihotične epizode, kod ispitanika kod kojih je evidentiran panični te generalizirani anksiozni poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj te somatoformni poremećaj. Da je snažan negativan utjecaj komorbidnih psihičkih poremećaja na različita područja funkcioniranja te na kvalitetu života pokazuju i druga istraživanja (353, 354, 355). Studija koja analizira utjecaj PTSP-a i psihičkih te tjelesnih komorbidinih stanja i bolesti kod veterana muškoga spola također pokazuje da dolazi do oštećenja u nekoliko područja kvalitete života. Pokazalo se da su snižena procjena blagostanja, lošije tjelesno zdravlje i veća funkcionalna oštećenja zbog tjelesnih poteškoća uzrok veće poteškoće u radnom funkcioniranju, odnosno veće stope nezaposlenosti. Ova oštećenja i utjecaj postoje i kada se isključi utjecaj komorbidinih stanja (356). Neke druge studije upućuju na to da komorbidne

dijagnoze nisu doprinijele većem narušavanju funkcioniranja te sniženju kvalitete života, odnosno utjecaj PTSP-a bio je značajniji od utjecaja drugih, komorbiditetnih poremećaja (357). Istodobno, zanimljivo je spomenuti i da su istraživanja pokazala da i oni veterani koji nisu nakon proživljenih ratnih traumatskih događaja razvili PTSP, mogu imati sniženu kvalitetu života. Tako su se u istraživanju pokazali kao protekivni čimbenici manje vulnerabilna struktura osobnosti i zrelija dob u vrijeme traumatiziranja koji su spriječili razvoj PTSP-a, ali je svejedno došlo do poremećaja na planu funkcioniranja, te sniženja kvalitete života i to njezine i mentalne i fizičke komponente zdravlja. U veterana koji su bili izloženi podjednako teškim traumama, a pri tome nisu razvili PTSP, značajne su psihosomatske smetnje (358). U našem istraživanju psihosomatski poremećaji (F54), prema rezultatima korelacijske analize, imali su značajan utjecaj na kvalitetu života povezanu s tjelesnim zdravljem u njezinim dimenzijama fizičkog funkcioniranja te procjene općeg zdravlja, dok je statistički značajan utjecaj ovih poremećaja na psihičko zdravlje bio vidljiv samo u slučaju dimenzije vitalnosti.

6. 5. 3. Utjecaj sociodemografskih čimbenika i socijalne potpore

Rezultati korelacijske analize u našem istraživanju pokazali su da je lošija kvaliteta života povezana sa zdravljem, odnosno lošije ocijenjeno psihičko i tjelesno zdravlje bilo je povezano s radnim i materijalnim statusom. Nezaposlenost te nizak materijalni status imali su snažan utjecaj na obje komponentne zdravlja, odnosno kvalitetu života povezanu s tjelesnim i psihičkim zdravljem. Evidentiran je i utjecaj starije životne dobi na ukupno tjelesno zdravlje, dok je utjecaj na komponentu psihičkog zdravlja, bez značajnog utjecaja na tjelesno zdravlje (ukupni rezultat), vidljiv kod bračnog statusa te su oni koji nisu u braku lošije procijenili svoju kvalitetu života povezanu sa psihičkim zdravljem. Višestrukom regresijskom analizom također se pokazalo da su najznačajniji negativan utjecaj na tjelesno zdravlje, među sociodemografskim čimbenicima, imali dob i bračni status. Loše psihičko zdravlje, također je bilo povezano sa starijom dobi, a značajnim su se pokazali i bračni status te materijalni status. Drugim riječima starija životna dob, status razvedenog i udovca čimbenici su koji negativno utječu na tjelesno i psihičko zdravlje, a nizak materijalni status doprinosi lošijem psihičkom zdravlju. Druga istraživanja također su pokazala da sociodemografski čimbenici utječu na kvalitetu života oboljelih od PTSP-a (263, 359) U ranije navedenoj studiji se pokazalo da lošiji socioekenomski status posreduje u odnosu intruzvinih simptoma te simptoma pojačane pobuđenosti i lošije kvalitete života (252). Istraživanja pokazuju da imati posao znači i bolju procjenu kvalitete

života povezane sa zdravljem, pa i kod onih veterana koji imaju teška tjelesna oštećenja uslijed ratne traume. Odnosno, zaposlenje poboljšava rezultat u svih osam dimenzija zdravlja koje određuju mentalnu i tjelesnu komponentu zdravlja (360, 361). I druge studije pokazuju da osim nezaposlenosti, negativan utjecaj na kvalitetu života imaju i drugi sociodemografski čimbenici, kao što je npr. niža razina obrazovanja te bračni status. Odnosno, razvedeni imaju nižu kvalitetu života te manje zadovoljstvo životom u odnosu na one u braku i stabilnim emocionalnim vezama (362). Na važnost materijalnog statusa, odnosno socioekenomskog statusa, ekonomske stabilnosti te socijalne izolacije upućuju u svom istraživanju Giaco i sur. U navedenoj studiji naglašavaju da loši životni uvjeti i ekonomska nesigurnost mogu doprinijeti intenziviranju simptoma PTSP-a, kako smo to već prethodno spomenuli, što u konačnici narušava kvalitetu života. S druge strane, simptomi pojačane pobuđenosti, naglašena anksioznost, povezani su s osjećajima nesigurnosti i prijetnje, što narušava eventualnu pozitivnu percepciju životnih uvjeta te dovodi do sniženja subjektivne kvalitete života (332). U našem istraživanju, ispodprosječan materijalni status bio je povezan s više dimenzija zdravlja, odnosno imao je negativan utjecaj na dimenziju tjelesnih bolova, općeg zdravlja, vitalnosti, potom na socijalno funkcioniranje, funkcioniranje zbog emocionalnih poteškoća te psihičko zdravlje. Značajan je bio negativan utjecaj nezaposlenosti na dimenziju tjelesnih bolova, fizičko funkcioniranje, funkcioniranje povezano s emocionalnim poteškoćama te mentalno zdravlje.

Osim utjecaja sociodemografskih čimbenika, u našoj studiji pokazao se značajnim utjecaj percipirane socijalne potpore na kvalitetu života povezanu sa zdravljem. Korelacijska analiza pokazala je povezanost lošije kvalitete života povezane sa psihičkim i tjelesnim zdravljem s lošije procijenjenom socijalnom potporom. Također, višestruka regresijska analiza pokazala je da je niska socijalna potpora ima negativan utjecaj na tjelesno i psihičko zdravlje. Utjecaj socijalne potpore bio je značajan u više dimenzija tjelesnog i psihičkog zdravlja. Tako bolje procijenjena, viša razina socijalne potpore, doprinosi boljem fizičkom funkcioniranju, odnosno manjim ograničenjima u fizičkom funkcioniranju, ali i boljoj procjeni općeg zdravlja, manje izraženim ograničenjima zbog emocionalnih poteškoća i boljem psihičkom zdravlju. Bolja socijalna potpora statistički značajno doprinosi boljem tjelesnom funkcioniranju, boljem općem zdravlju, ali i većoj vitalnosti, boljem socijalnom funkcioniranju i boljem psihičkom zdravlju. Važnost utjecaja socijalne potpore na kvalitetu života i zdravlje potvrđena je i u drugim istraživanjima. Značaj utjecaja percipirane socijalne potpore na različite aspekte zdravlja pokazao se u istraživanju koje se bavi utjecajem različitih tipova socijalne podrške na zdravlje veterana (363) Također, neka istraživanja pokazuju da percipirana socijalna potpora ima jači

utjecaj na kvalitetu života nego li objektivno dostupna socijalna potpora, a autori ističu kako je moguće je da psihički zdraviji ljudi pozitivnije percipiraju socijalnu potporu te imaju bolje socijalne vještine za traženje socijalne potpore (364) . Utjecaj socijalne potpore pokazao se značajnim i za osjećaj blagostanja, a potvrđen je njezin pozitivan utjecaj na zdravlje te smanjenje distresa (365) Istraživanje utjecaja socijalne potpore na mentalno zdravlje kod iranskih veterana pokazala je da i dvadeset godina nakon rata, socijalna potpora ima važnu ulogu u životu veterana te je značajan prediktor mentalnog zdravlja (366). U nekim istraživanjima, razina socijalne potpore pokazala se značajnijim prediktorom kvalitete života povezane sa zdravljem od sociodemografskih ili objektivnih medicinskih čimbenika te su veterani s višom razinom ohrabrujuće socijalne potpore imali bolju kvalitetu života povezanu sa zdravljem (367). Istraživanje odnosa socijalne potpore i kvalitete života povezane sa zdravljem kod veterana oboljelih od PTSP i depresije pokazuje da veća socijalna potpora neće ublažiti utjecaj PTSP-a i depresije na mentalnu komponentu zdravlja, ali je jasna pozitivna povezanost socijalne potpore i mentalne komponente zdravlja, odnosno snažnija socijalna podrška povezana je s višom razinom psihičkog zdravlja (368). Osobito se važnom pokazala socijalna potpora u zatočenika logora po povratku iz zatočeništva te se to pokazalo ključnim razdobljem za kasnije mentalno zdravlje. U tom razdoblju zatočenici, kako je ranije navedeno, prolaze tešku fazu prilagodbe na uobičajeni život te je iznimno važna adekvatna socijalna potpora (192).

6. 5. 4. Socijalno funkcioniranje kao dimenzija psihičkog i općeg zdravlja

Poteškoće u interpersonalnim odnosima te socijalno i, radno funkcioniranje, kao i druga područja funkcioniranja, važni su čimbenici zdravlja te socijalno funkcioniranje predstavlja značajnu komponentu općega, odnosno psihičkog zdravlja. Dosadašnja istraživanja pokazuju da je u zatočenika logora značajno narušeno socijalno funkcioniranje (369). U našem istraživanju analizirali smo socijalno funkcioniranje u okviru procjene kvalitete života povezane sa psihičkim zdravljem, kao jedne od dimenzija psihičke komponentne zdravlja. Dimenzija mentalnog zdravlja koja se odnosi na socijalno funkcioniranje, u našem istraživanju lošije je procijenjena u kontrolnoj skupini ispitanika. Korelacijska analiza pokazala je statistički značajan, negativan utjecaj intenziteta PTSP-a na socijalno funkcioniranje. Također, analiza je pokazala značajan pojedinačni negativni utjecaj svih skupina simptoma PTSP-a. Pri tome je najveći negativni utjecaj bio utjecaj simptoma promjene raspoloženja i kognicije, dok je

najmanji utjecaj simptoma izbjegavajućeg ponašanja. Niz istraživanja potvrđuju poremećaj u funkcioniranju osoba oboljelih od PTSP-a (330, 370). Osim što simptomatologija PTSP-a izaziva poteškoće u socijalnom funkcioniranju, dodatno je socijalno funkcioniranje otežano i drugim čimbenicima. Naime, istraživanja pokazuju da nezaposlenost, koja je u našem istraživanju značajno veća u kontrolnoj skupini ispitanika, doprinosi osjećaju isključenosti, gubitku samopouzdanja i nesnalaženju u socijalnom funkcioniranju. Također se važnim čimbenikom u socijalnoj isključenosti pokazala i nedostatna socijalna potpora, odnosno lošija percepcija socijalne potpore. Osobito je važna socijalna potpora bližnjih, odnosno partnera i obitelji (371). Kako je prethodno navedeno, u kontrolnoj skupini ispitanika u ovom istraživanju, bilo je značajno više udovaca i razvedenih što može biti čimbenikom koji doprinosi socijalnoj isključenosti i otežanom socijalnom funkcioniranju. Ranije je već navedeno da je niska socijalna potpora također povezana s lošim socijalnim funkcioniranjem u rezultatima našeg istraživanja, na temelju korelacijske te višestruke regresijske analize. Višestruka regresijska analiza je u našem istraživanju pokazala da značajan negativan utjecaj na socijalno funkcioniranje imaju i dob i bračni status, odnosno starija životna dob te status razvedenog ili udovca doprinose lošijem socijalnom funkcioniranju. U dosadašnjim istraživanjima pokazalo se da i komorbiditetna stanja, kako tjelesne bolesti i smetnje, tako i psihički poremećaji, također doprinose lošijem socijalnom funkcioniranju. U našem istraživanju, a na temelju rezultata korelacijske analize, sa značajno narušenim socijalnim funkcioniranjem, bile su povezane gastrointestinalne bolesti te neurološke bolesti, a od psihičkih poremećaja alkoholizam i zloporaba alkohola, akutni i prolazni psihički poremećaji, generalizirani anksiozni poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaji, disocijativni poremećaji te somatoformni poremećaji, a u najvećoj mjeri depresivni poremećaj. I druga istraživanja potvrđuju negativan utjecaj depresije te anksioznih poremećaja na socijalno funkcioniranje. Tako depresivni pacijenti u stanjima pogoršanja, intenziviranja simptoma, socijalno funkcioniranje procjenjuju lošijim u odnosu na periode remisije. Kod depresivnih osoba socijalna se potpora pokazala značajnim čimbenikom, koji između ostaloga doprinosi socijalnoj domeni života i zdravlja (372). Anksiozni poremećaji također imaju naročito narušeno socijalno funkcioniranje (180), a anksioznost je u našem istraživanju, kao i razina depresivnosti, u kontrolnoj skupini značajnijeg intenziteta nego li u skupini zatočenika. Analiza rezultata naše studije pokazala je značajan utjecaj razine anksioznosti i depresivnosti na socijalno funkcioniranje te je lošije socijalno funkcioniranje povezano s izraženijom anksioznošću i depresivnošću.

7. ZAKLJUČCI

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- U intenzitetu PTSP-a nema statistički značajne razlike između ispitivanih skupina, osim u intenzitetu simptoma izbjegavajućeg ponašanja, koji su značajno izraženiji u skupini zatočenika, a pri tome je značajan utjecaj materijalnog statusa i socijalne potpore na intenzitet PTSP-a, dok su simptomi izbjegavajućeg ponašanja u značajnoj korelaciji sa iskustvom zatočeništva te sociodemografskim čimbenicima (dobi, radnim statusom, bračnim statusom). Ostale skupine simptoma PTSP-a nisu u korelaciji sa zatočeništvom, ali su se značajnim pokazali sociodemografski čimbenici te socijalna potpora.

- U skupini zatočenika logora je značajno veća pojavnost psihičkih komorbiditetnih poremećaja u odnosu na kontrolnu skupinu. Ukupni psihički komorbiditet je u značajnoj korelaciji s iskustvom zatočeništva, brojem traumatskih događaja kojima su ispitanici bili izloženi te intenzitetom PTSP-a. Na ukupni psihički komorbiditet statistički značajan utjecaj imaju i sociodemografski čimbenici, odnosno radni status, bračni status te materijalni status.

- Pojavnost tjelesnih komorbiditetnih bolesti i smetnji značajno je veća u skupini zatočenika logora u odnosu na komorbiditet kontrolne skupine. Analiza podataka je pokazala statistički značajnu povezanost tjelesnog komorbiditeta sa iskustvom zatočeništva te brojem traumatskih događaja i sociodemografskim karakteristikama, odnosno s dobi, bračnim i materijalnim statusom.

- Intenzitet depresivnosti i anksioznosti u vrijeme istraživanja značajniji su u kontrolnoj skupini u odnosu na skupinu zatočenika, iako se pokazalo da postoji značajna korelacija između iskustva zatočeništva i razine anksioznosti i depresivnosti. Značajna je povezanost intenziteta depresivnosti i anksioznosti s bračnim i materijalnim statusom, pri čemu je intenzitet depresije značajno povezan i s radnim statusom te socijalnom potporom, a razina anksioznosti s dobi. Značajan je i utjecaj intenziteta PTSP-a.

- Kvaliteta života povezana sa zdravljem statistički je značajno lošije procijenjena u kontrolnoj skupini nego li u skupini zatočenika pri čemu na kvalitetu života povezanu sa zdravljem značajan utjecaj imaju zatočeništvo, broj traumatskih događaja te socijalna potpora, radni, bračni i materijalni status. U dimenziji socijalnog funkcioniranja nije bilo

statistički značajne razlike između skupina, a značajan je utjecaj socijalne potpore te bračnog i materijalnog statusa na socijalno funkcioniranje.

8. SAŽETAK

Psihički i tjelesni komorbiditet u hrvatskih branitelja zatočenika logora oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja 25 godina nakon zatočeništva

CILJ ISTRAŽIVANJA: Cilj ovoga istraživanja bila je procjena intenziteta posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP), psihičkog i tjelesnog komorbidteta, intenziteta depresivnosti i anksioznosti te kvalitete života povezane sa zdravljem u hrvatskih branitelja zatočenika logora 25 godina nakon zatočeništva.

ISPITANICI I METODE: U studiju presječnog usporednog karaktera je uključeno ukupno 264 hrvatska branitelja, odnosno 116 bivših zatočenika logora i 148 branitelja koji nisu bili zatočenici. Svi ispitanici u vrijeme istraživanja imali su PTSP, što je bio i kriterij uključivanja u studiju, a liječeni su na Odjelu psihijatrije Nacionalne memorijalne bolnice Vukovar, u razdoblju od 2012. do 2017. U studiji su korišteni sociodemografski upitnik, PCL-5 upitnik (od engl. *PTSD Check List*), Beckovi upitnici depresivnosti i anksioznosti, Harvard upitnik traumatskih događaja i SF-36 (od engl. *Short Form Health Survey*) upitnik za procjenu kvalitete života povezane sa zdravljem (uključujući i socijalno funkcioniranje). Za procjenu percipirane socijalne podrške korištena su pitanja koja se nalaze u okviru Harvard upitnika traumatskih događaja. Osim navedenih upitnika za procjenu psihičkog i tjelesnog komorbiditeta korišteni su anamnestički podaci i raspoloživa medicinska dokumentacija.

REZULTATI: U intenzitetu PTSP-a nije bilo statistički značajne razlike među ispitivanim skupinama, osim u intenzitetu simptoma izbjegavajućeg ponašanja koji su bili značajno intenzivniji u skupini zatočenika ($p < 0,01$). Psihički i tjelesni komorbiditet su bili značajno češći u skupini zatočenika u odnosu na kontrolnu skupinu ($p < 0,01$), što je potvrđeno i metodama korelacijske i višestruke regresijske analize pri čemu je utvrđen i značajan utjecaj ostalih prediktorskih varijabli, naročito materijalnog, radnog i bračnog statusa, broja traumatskih događaja te intenziteta PTSP-a. U kontrolnoj skupini intenzitet depresivnosti i anksioznosti bio je veći, a kvaliteta života povezana sa zdravljem lošije je procijenjena nego u zatočenika ($p < 0,01$), pri čemu su značajan utjecaj pokazali još i socijalna potpora, bračni status i broj traumatskih događaja ($p < 0,01$).

ZAKLJUČAK: Hrvatski branitelji zatočenici logora i više od dva desetljeća nakon zatočeništva imaju značajno narušeno psihičko i tjelesno zdravlje. Branitelji koji nisu bili zatočenici logora također imaju značajno narušenu kvalitetu života povezanu sa zdravljem. Rezultati ukazuju na potrebu za multidisciplinarnim i integrativnim pristupom u liječenju ove ranjive populacije.

Ključne riječi: posttraumatski stresni poremećaj, hrvatski branitelji, zatočenici logora, psihički komorbiditet, tjelesni komorbiditet

9. SUMMARY

The Comorbidity of Mental and Physical Disorders in Croatian Veterans Ex-Prisoners of War with Posttraumatic Stress Disorder 25 Years After Detention

OBJECTIVE OF THE RESEARCH: The aim of this study was to examine the intensity of the posttraumatic stress disorder (PTSD), the psychiatric and physical comorbidity, the intensity of depression and anxiety, and the health-related quality of life (HRQoL) in Croatian veterans, former prisoners of war (ex-POWs), 25 years after detention.

SUBJECTS AND METHODS: A total of 264 Croatian veterans of war (116 ex-POWs and 148 non-detained veterans), participated in a comparative cross sectional study. All the subjects had PTSD at the time of the study, which was a criterion for the inclusion in the study, and all of them were treated at the Department of Psychiatry of the National Memorial Hospital Vukovar in the period from 2012 to 2017. A sociodemographic questionnaire, the PCL 5 questionnaire (PTSD Check List), the Beck questionnaires on depression and anxiety, the Harvard Trauma Questionnaire, and the SF -36 (Short Form Health Survey) questionnaire for the HRQoL assessment (including social functioning) were used in this study. Some questions from the Harvard questionnaire were used to assess self-perceived social support. In addition to the above questionnaires, medical history data and available medical documentation was used to assess the psychiatric and physical comorbidity.

RESULTS: There was no statistically significant difference in the intensity of the PTSD between the studied groups, except for the intensity of the avoidance of stimuli associated with the traumatic events, which was significantly more intense in the group of ex-POWs ($p < 0.01$). The psychiatric and physical comorbidity was significantly more frequent in the group of ex POWs when compared to the control group ($p < 0.01$), which was confirmed by correlation and multiple regression analysis, with a significant influence of some other predictor variables, especially the socioeconomic status, employment, marital status, the number of traumatic events, and the intensity of PTSD. The control group had a higher intensity of depression and anxiety and a lower HRQoL than the group of ex-POWs ($p < 0.01$), with social support, marital status, and the number of traumatic events also showing a significant influence ($p < 0.01$).

CONCLUSION: The veterans who were ex-POWs have significantly impaired mental and physical health, more than two decades after their detention. The HRQoL of non-detained veterans is also significantly impaired. These findings point to the need for a multidisciplinary and integrative approach to treating this vulnerable population.

Keywords: post-traumatic stress disorder, Croatian war veterans, former prisoners of war, psychiatric comorbidity, physical comorbidity.

10. LITERATURA

1. Ministarstvo branitelja. Nacionalni program psihosocijalne pomoći za žrtve Domovinskog rata. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske; 1999.

2. Rehak D. Putevima pakla: kroz srpske koncentracijske logore 1991 ... u 21. stoljeće. Zagreb: Hrvatsko društvo logoraša srpskih koncentracijskih logora; 2000.

3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. izd. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

4. Folnegović Smalc V. MKB-10 - Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja - klinički opisi i dijagnostičke smjernice. Zagreb: Medicinska naklada; 1999.

5. Sutker PB, Allain AN. Assessment of PTSD and other mental disorders in World War II and Korean conflict POW survivors and combat veterans. Psychol Assess. 1996;8:18–25.

6. Herman JL. Trauma and recovery. Trauma and recovery. New York, NY, US: Basic Books; 1992.

7. Ursano RJ. The Viet Nam era prisoner of war: Precaptivity personality and the development of psychiatric illness. Am J Psychiatry. 1981;138:315–8.

8. Zhai G, Aviv A, Hunter DJ, Hart DJ, Gardner JP, Kimura M, i sur. Reduction of leucocyte telomere length in radiographic hand osteoarthritis: A population-based study. Ann Rheum Dis. 2006;65:1444–8.

9. Solomon Z, Neria Y, Ohry A, Waysman M, Ginzburg K. PTSD among Israeli former prisoners of war and soldiers with combat stress reaction: A longitudinal study. Am J Psychiatry. 1994;151:554–9.

10. Sutker PB, Allain AN. MMPI profiles of veterans of WWII and Korea: Comparisons of former POWs and combat survivors. Psychol Rep. 1991;68:279–84.

11. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Pokazatelji zdravstvenog stanja i korištenja zdravstvene zaštite hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata. Zagreb; 2020. Dostupno na adresi: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2020/12/Branitelji_2019.pdf

Datum pristupa: 20. 02. 2021.

12. Kucmin T, Kucmin A, Nogalski A, Sojczuk S, Jojczuk M. Historia traumy i zaburzeń potraumatycznych w literaturze. Psychiatr Pol. 2016;50:269–81.

13. Crocq MA, Crocq L. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. Dialogues Clin Neurosci. 2000;2:47–55.

14. Paul O. Da Costa's syndrome or neurocirculatory asthenia. Heart. 1987;58:306–15.

15. Andreasen NC. Posttraumatic stress disorder: a history and a critique. Ann N Y Acad Sci. 2010;1208:67–71.

16. Reid F. "His nerves gave way": Shell shock, history and the memory of the First World War in Britain. Endeavour. 2014;38:91–100.

17. Kozarić-Kovačić D, Kovačić Z, Rukavina L. Posttraumatski stresni poremećaj. MEDIX. 2007;13:102–6.

18. Rosenheck R. Malignant Post-Vietnam Stress Syndrome. Am J Orthopsychiatry. 1985;55:166–76.

19. World Health Organization. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death : sixth revision of the International lists of diseases and causes of death, adopted 1948. World Health Organization; 1948.

20. World Health Organization. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death : based on the recommendations of the ninth revision conference, 1975, and adopted by the Twenty-ninth World Health Assembly. Washington, D.C.: World Health Organization; 1977.

21. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993.

22. Svjetska zdravstvena organizacija. Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-10), Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, klinički opisi i dijagnostičke smjernice. Zagreb: Medicinska naklada; 1999.

23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental

disorders. 3. izd. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1980.

24. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 1. izd. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1952.

25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2. izd. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968.

26. Wolbert Burgess A, Lytle Holmstrom L. Rape trauma syndrome. Am J Psychiatry. 1974;131:981–6.

27. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Rev 3. izd. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.

28. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

29. Američka psihijatrijska udruga. DSM IV – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1995.

30. Shalev A, Shalev. Posttraumatic stress disorder: Diagnosis, history, and longitudinal course. U: Nutt DJ, Stein MB, Zohar J, urednici. Post traumatic stress disorder, diagnosis, management and treatment. London: Informa Healthcare; 2009. str. 1–11.

31. American Psychological Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Rev 4. izd. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

32. Američka psihijatrijska udruga. DSM V – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2014.

33. Brady KT. Posttraumatic stress disorder and comorbidity: Recognizing the many faces of PTSD. J Clin Psychiatry. 1997;58:12–5.

34. Spiegel D, Classen C, Cardena E. New DSM-IV diagnosis of acute stress disorder. Am J Psychiatry. 2000;157:1890–1.

35. Brewin CR, Andrews B, Rose S. Diagnostic overlap between acute stress disorder and PTSD in victims of violent crime. Am J Psychiatry. 2003;160:783–5.

36. Solomon Z, Kotler M, Shalev A, Lin R. Delayed Onset PTSD among Israeli Veterans of the 1982 Lebanon War. Psychiatry. 1989;52:428–36.

37. Crocq L. The psychological traumas of war. Paris: Odile Jacob; 1999.

38. Reuber M, Pukrop R, Bauer J, Derfuss R, Elger CE. Multidimensional assessment of personality in patients with psychogenic non-epileptic seizures. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2004;75:743–8.

39. Zayfert C, DeViva JC, Hofmann SG. Comorbid PTSD and social phobia in a treatment-seeking population: An exploratory study. J Nerv Ment Dis. 2005;193:93–101.

40. Silove D, Momartin S, Marnane C, Steel Z, Manicavasagar V. Adult separation anxiety disorder among war-affected Bosnian refugees: Comorbidity with PTSD and associations with dimensions of trauma. J Trauma Stress. 2010;23:169–72.

41. Sher L. The concept of post-traumatic mood disorder. Med Hypotheses. 2005;65:205–10.

42. Roley ME, Claycomb MA, Contractor AA, Dranger P, Armour C, Elhai JD. The relationship between rumination, PTSD, and depression symptoms. J Affect Disord. 2015;180:116–21.

43. Auxéméry Y. Formes cliniques des dépressions post-traumatiques. Encephale. 2015;41:346–54.

44. Sareen J, Cox BJ, Goodwin RD, Asmundson GJG. Co-occurrence of posttraumatic stress disorder with positive psychotic symptoms in a nationally representative sample. J Trauma Stress. 2005;18:313–22.

45. Fikretoglu D, Liu A. Prevalence, correlates, and clinical features of delayed-onset posttraumatic stress disorder in a nationally representative military sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012;47:1359–66.

46. Thomas É, Saumier D, Brunet A. Peritraumatic distress and the course of posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis. Can J Psychiatry. 2012;57:122–9.

47. Difede J, Barocas D. Acute intrusive and avoidant PTSD symptoms as predictors of chronic PTSD following burn injury. J Trauma Stress. 1999;12:363–9.

48. Breslau N. Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. Can J Psychiatry. 2002;47:923–9.

49. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. Arch Gen Psychiatry. 1998;55:626–32.

50. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1995;52:1048–60.

51. Creamer M, Burgess P, Mcfarlane AC. Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. Psychol Med. 2001;31:1237–47.

52. Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. Am J Psychiatry. 1997;154:1114–9.

53. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults. Arch Gen Psychiatry. 1991;48:216–22.

54. Norris FH. Epidemiology of Trauma: Frequency and Impact of Different Potentially Traumatic Events on Different Demographic Groups. J Consult Clin Psychol. 1992;60:409–18.

55. Frans O, Rimmö PA, Åber L, Fredrikson M. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. Acta Psychiatr Scand. 2005;111:291–290.

56. Perkonigg A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. Acta Psychiatr Scand. 2000;101:46–59.

57. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62:593–602.

58. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, i sur. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand. 2004;109:21–7.

59. Priebe S, Bogic M, Ajdukovic D, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, i sur. Mental disorders following war in the Balkans a study in 5 countries. Arch Gen Psychiatry. 2010;67:518–28.

60. McLaughlin KA, Berglund P, Gruber MJ, Kessler RC, Sampson NA, Zaslavsky AM. Recovery from PTSD following hurricane Katrina. Depress Anxiety. 2011;28:439–46.

61. McFarlane AC. Long-term psychiatric morbidity after a natural disaster. Implications for disaster planners and emergency services. Med J Aust. 1986;145:561–3.

62. Mollica RF, Wyshak G, Lavelle J. The psychological impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. Am J Psychiatry. 1987;144:1567–72.

63. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Hough RL, Jordan BK, Marmar CR, i sur. Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel; 1990.

64. Başoğlu M, Paker M, Paker Ö, Özmen E, Marks I, Incesu C, i sur. Psychological effects of torture: A comparison of tortured with nontortured political activists in Turkey. Am J Psychiatry. 1994;151:76–81.

65. Sutker PB, Allain AN, Winstead DK. Psychopathology and psychiatric diagnoses of World War II Pacific theater prisoner of war survivors and combat veterans. Am J Psychiatry. 1993;150:240–5.

66. Ford JD, Grasso DJ, Elhai JD, Courtois CA. Posttraumatic Stress Disorder. Amsterdam: Elsevier/Academic Press; 2009.

67. Voges MA, Romney DM. Risk and resiliency factors in posttraumatic stress disorder. Ann Gen Hosp Psychiatry. 2003;2: 4

68. Engelhard IM, Van Den Hout MA. Preexisting neuroticism, subjective stressor severity, and posttraumatic stress in soldiers deployed to Iraq. Can J Psychiatry.

2007;52:505–9.

69. De Girolamo G, McFarlane AC. The epidemiology of PTSD: a comprehensive review of the international literature. U: Marsella AJ, Friedman MJ, Gerrity ET, Scurfield RM, urednici. Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: issues, research, and clinical applications. Washington DC: American Psychological Association; 1996. str. 33–85.

70. Foy DW, Resnick HS, Sipprelle RC, Carroll EM. Premilitary, military, and postmilitary factors in the development of combat-related posttraumatic stress disorder. Behav Ther. 1987;10:3–9.

71. Wilson JP. The historical evolution of PTSD diagnostic criteria: From freud to DSM-IV. U: Jensen SB, urednik. Journal of Traumatic Stress. New York: Cambridge University Press; 1994.

72. Terr LC. Childhood traumas: An outline and overview. Am J Psychiatry. 1991;148:10–20.

73. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol. 2000;68:748–66.

74. Yehuda R. Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. Can J Psychiatry. 1999;44:34–9.

75. Marmar CR. Predictors of Posttraumatic Stress in Police and Other First Responders. Ann N Y Acad Sci. 2006;1071:1–18.

76. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. Psychol Bull. 2003;129:52–73.

77. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. Psychol Bull. 2006;132:959–92.

78. Wolfe J, Kimerling R. Gender issues in the assessment of posttraumatic stress disorder. U: Wilson JP, Keane TM, urednici. Assessing Psychological Trauma and PTSD. New York: The Guilford Press; 1997. str. 192–238.

79. Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Post-Traumatic Stress Disorder in the General Population. N Engl J Med. 1987;317:1630–4.

80. Breslau N, Lucia VC, Alvarado GF. Intelligence and other predisposing factors in exposure to trauma and posttraumatic stress disorder: A follow-up study at age 17 years. Arch Gen Psychiatry. 2006;63:1238–45.

81. Davidson JRT, Foa EB. Diagnostic Issues in Posttraumatic Stress Disorder: Considerations for the DSM-IV. J Abnorm Psychol. 1991;100:346–55.

82. Van Zelst WH, De Beurs E, Beekman ATF, Deeg DJH, Van Dyck R. Prevalence and risk factors of posttraumatic stress disorder in older adults. Psychother Psychosom. 2003;72:333–42.

83. Shalev AY. Stress versus traumatic stress: From acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. U: Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, editors. Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. The Guilford Press; 1996. str. 77–101.

84. Andrews B, Brewin CR, Rose S, Kirk M. Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger, and childhood abuse. J Abnorm Psychol. 2000;109:69–73.

85. Brewin CR, Andrews B, Rose S, Kirk M. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. Am J Psychiatry. 1999;156:360–6.

86. Wilcox S. Social relationships and PTSD symptomatology in combat veterans. Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy. 2010;2:175–82.

87. Eitinger L. Concentration camp survivors in Norway and Israel. Oslo, London: Universitetsforlaget; Allen and Unwin; 1964.

88. Keane TM, Scott WO, Chavoya GA, Lamparski DM, Fairbank JA. Social Support in Vietnam Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. A Comparative Analysis. J Consult Clin Psychol. 1985;53:95–102.

89. Polusny MA, Kehle SM, Nelson NW, Erbes CR, Arbisi PA, Thuras P. Longitudinal effects of mild traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder comorbidity on

postdeployment outcomes in national guard soldiers deployed to Iraq. Arch Gen Psychiatry. 2011;68:79–89.

90. Emery PE. The inner world in the outer world: The phenomenology of posttraumatic stress disorder from a psychoanalytic perspective. J Am Acad Psychoanal. 1996;24:273–91.

91. Fenichel O. Psihoanalitička teorija neuroza. BeogradZagreb: Medicinska knjiga; 1961.

92. Krystal H. Trauma and affects. Psychoanal Study Child. 1978;Vol. 33:81–116.

93. Horowitz MJ. Stress Response Syndromes. 2nd ed. Northvale, NJ: Jason Aronson; 1986.

94. Brewin CR, Dalgleish T, Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. Psychol Rev. 1996;103:670–86.

95. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of event scale: A measure of subjective stress. Psychosom Med. 1979;41:209–18.

96. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Toward a new theory of trauma. New York: The Free Press; 1992.

97. Foa EB, Zinbarg R, Rothbaum BO. Uncontrollability and Unpredictability in Post-Traumatic Stress Disorder: An Animal Model. Psychol Bull. 1992;112:218–38.

98. Lang PJ. A Bio-Informational Theory of Emotional Imagery. Psychophysiology. 1979;16:495–512.

99. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behav Res Ther. 2000;38:319–45.

100. Cahill SP, Rothbaum BO, Resick PA, Follette VM. Cognitive-behavioral therapy for adults. U: Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA, urednici. Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: The Guilford; 2009. str. 139–222.

101. Bandelow B, Baldwin D, Abelli M, Bolea-Alamanac B, Bourin M, Chamberlain SR, i sur. Biological markers for anxiety disorders, OCD and PTSD: A consensus statement.

Part II: Neurochemistry, neurophysiology and neurocognition. World J Biol Psychiatry. 2017;18:162–214.

102. Pitman RK, Van Der Kolk BA, Orr SP, Greenberg MS. Naloxone-Reversible Analgesic Response to Combat-Related Stimuli in Posttraumatic Stress Disorder: A Pilot Study. Arch Gen Psychiatry. 1990;47:541–4.

103. Shalev AY, Rogel-Fuchs Y, Kolb LC. Psychophysiology of the posttraumatic stress disorder: From sulfur fumes to behavioral genetics. Psychosom Med. 1993;55:413–25.

104. van der Kolk BA. The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. U: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, urednici. Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York: The Guilford Press; 1996. str. 182–213.

105. McFarlane AC, Lee Weber D, Clark CR. Abnormal stimulus processing in posttraumatic stress disorder. Biol Psychiatry. 1993;34:311–20.

106. Davis LL, Suris A, Lambert MT, Heimberg C, Petty F. Post-traumatic stress disorder and serotonin: New directions for research and treatment. J Psychiatry Neurosci. 1997;22:318–26.

107. Corchs F, Nutt DJ, Hood S, Bernik M. Serotonin and Sensitivity to Trauma-Related Exposure in Selective Serotonin Reuptake Inhibitors-Recovered Posttraumatic Stress Disorder. Biol Psychiatry. 2009;66:17–24.

108. Sheth C, Prescot AP, Legarreta M, Renshaw PF, McGlade E, Yurgelun-Todd D. Reduced gamma-amino butyric acid (GABA) and glutamine in the anterior cingulate cortex (ACC) of veterans exposed to trauma. J Affect Disord. 2019;248:166–74.

109. Siegfried B, Frischknecht HR, Nunes de Souza RL. An ethological model for the study of activation and interaction of pain, memory and defensive systems in the attacked mouse. Role of endogenous opioids. Neurosci Biobehav Rev. 1990;14:481–90.

110. Villarreal G, Hamilton DA, Petropoulos H, Driscoll I, Rowland LM, Griego JA, i sur. Reduced hippocampal volume and total white matter volume in posttraumatic stress disorder. Biol Psychiatry. 2002;52:119–25.

111. Bremner JD, Randall P, Scott TM, Bronen RA, Seibyl JP, Southwick SM, i sur. MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat- related posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry. 1995;152:973–81.

112. Gilbertson MW, Shenton ME, Ciszewski A, Kasai K, Lasko NB, Orr SP, i sur. Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. Nat Neurosci. 2002;5:1242–7.

113. Geuze E, Vermetten E, Bremner JD. MR-based in vivo hippocampal volumetrics: 2. Findings in neuropsychiatric disorders. Mol Psychiatry. 2005;10:160–84.

114. Vermetten E, Bremner JD. Circuits and systems in stress. II. Applications to neurobiology and treatment in posttraumatic stress disorder. Depress Anxiety. 2002;16:14–38.

115. Kroes MCW, Rugg MD, Whalley MG, Brewin CR. Structural brain abnormalities common to posttraumatic stress disorder and depression. J Psychiatry Neurosci. 2011;36:256–65.

116. Lanius RA, Williamson PC, Hopper J, Densmore M, Boksman K, Gupta MA, i sur. Recall of emotional states in posttraumatic stress disorder: An fMRI investigation. Biol Psychiatry. 2003;53:204–10.

117. Lanius RA, Williamson PC, Densmore M, Boksman K, Neufeld RW, Gati JS, i sur. The Nature of Traumatic Memories: A 4-T fMRI Functional Connectivity Analysis. Am J Psychiatry. 2004;161:36–44.

118. Schmahl C, Lanius RA, Pain C, Vermetten E. Biological framework for traumatic dissociation related to early life trauma. In: Lanius R, Vermetten E, Pain C, editors. The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. p. 178–88.

119. Weiss SJ. Neurobiological Alterations Associated With Traumatic Stress. Perspect Psychiatr Care. 2007;43:114–22.

120. Yehuda R, Giller EL, Southwick SM, Lowy MT, Mason JW. Hypothalamic-pituitary-adrenal dysfunction in posttraumatic stress disorder. Biol Psychiatry. 1991;30:1031–

48.

121. Wang S, Mason J, Southwick S, Johnson D, Lubin H, Charney D. Relationships between thyroid hormones and symptoms in combat-related posttraumatic stress disorder. Psychosom Med. 1995;57:398–402.

122. Boscarino JA, Chang J. Electrocardiogram abnormalities among men with stress-related psychiatric disorders: Implications for coronary heart disease and clinical research. Ann Behav Med. 1999;21:227–34.

123. Woods SJ, Wineman NM, Page GG, Hall RJ, Alexander TS, Campbell JC. Predicting Immune Status in Women From PTSD and Childhood and Adult Violence. Adv Nurs Sci. 2005;28:306–19.

124. McEwen BS. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. Physiol Rev. 2007;87:873–904.

125. Richardson JD, Ketcheson F, King L, Shnaider P, Marlborough M, Thompson A, i sur. Psychiatric comorbidity pattern in treatment-seeking veterans. Psychiatry Res. 2017;258:488–93.

126. Maguen S, Luxton DD, Skopp NA, Madden E. Gender differences in traumatic experiences and mental health in active duty soldiers redeployed from Iraq and Afghanistan. J Psychiatr Res. 2012;46:311–6.

127. Sundin J, Herrell RK, Hoge CW, Fear NT, Adler AB, Greenberg N, i sur. Mental health outcomes in US and UK military personnel returning from Iraq. Br J Psychiatry. 2014;204:200–7.

128. Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. J Abnorm Psychol. 2001;110:585–99.

129. Breslau N, Davis GC, Schultz LR. Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. Arch Gen Psychiatry. 2003;60:289–94.

130. Harrington T, Newman E. The psychometric utility of two self-report measures of

PTSD among women substance users. Addict Behav. 2007;32:2788–98.

131. van Dam D, Ehring T, Vedel E, Emmelkamp PMG. Validation of the Primary Care Posttraumatic Stress Disorder screening questionnaire (PC-PTSD) in civilian substance use disorder patients. J Subst Abuse Treat. 2010;39:105–13.

132. Breslau N, Davis GC, Peterson EL, Schultz L. Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. Arch Gen Psychiatry. 1997;54:81–7.

133. McFarlane AC, Papay P. Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. J Nerv Ment Dis. 1992;180:498–504.

134. Mellman TA, Randolph CA, Brawman-Mintzer O, Flores LP, Milanes FJ. Phenomenology and course of psychiatric disorders associated with combat-related posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry. 1992;149:1568–74.

135. Erickson DJ, Wolfe J, King DW, King LA, Sharkansky EJ. Posttraumatic stress disorder and depression symptomatology in a sample of Gulf War veterans: A prospective analysis. J Consult Clin Psychol. 2001;69:41–9.

136. O'toole BI, Marshall RP, Schureck RJ, Dobson M. Posttraumatic Stress Disorder and Comorbidity in Australian Vietnam Veterans: Risk Factors, Chronicity and Combat. Aust New Zeal J Psychiatry. 1998;32:32–42.

137. King DW, King LA, McArdle JJ, Shalev AY, Doron-Lamarca S. Sequential temporal dependencies in associations between symptoms of depression and posttraumatic stress disorder: An application of bivariate latent difference score structural equation modeling. Multivariate Behav Res. 2009;44:437–64.

138. Shalev AY, Freedman S, Peri T, Brandes D, Sahar T, Orr SP, i sur. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. Am J Psychiatry. 1998;155:630–7.

139. van Dam D, Vedel E, Ehring T, Emmelkamp PMG. Psychological treatments for concurrent posttraumatic stress disorder and substance use disorder: A systematic review. Clin Psychol Rev. 2012;32:202–14.

140. Grubaugh AL, Zinzow HM, Paul L, Egede LE, Frueh BC. Trauma exposure and

posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: A critical review. Clin Psychol Rev. 2011;31:883–99.

141. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, i sur. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. Psychiatr Serv. 2005;56:1123–33.

142. Mueser KT, Lu W, Rosenberg SD, Wolfe R. The trauma of psychosis: Posttraumatic stress disorder and recent onset psychosis. Schizophr Res. 2010;116:217–27.

143. Boscarino JA. Posttraumatic Stress Disorder and Physical Illness: Results from Clinical and Epidemiologic Studies. Ann N Y Acad Sci. 2004;1032:141–53.

144. Dong M, Dube SR, Felitti VJ, Giles WH, Anda RF. Adverse childhood experiences and self-reported liver disease: New insights into the causal pathway. Arch Intern Med. 2003;163:1949–56.

145. Boscarino JA. Diseases among men 20 years after exposure to severe stress: Implications for clinical research and medical care. Psychosom Med. 1997;59:605–14.

146. Schnurr PP, Spiro A. Combat exposure, posttraumatic stress disorder symptoms, and health behaviors as predictors of self-reported physical health in older veterans. J Nerv Ment Dis. 1999;187:353–9.

147. Jakovljević M, Šarić M, Nad S, Topić R, Vuksan-Ćusa B. Metabolic syndrome, somatic and psychiatric comorbidity in war veterans with post-traumatic stress disorder: Preliminary findings. Psychiatr Danub. 2006;18:169–76.

148. O'Toole BI, Catts S V. Trauma, PTSD, and physical health: An epidemiological study of Australian Vietnam veterans. J Psychosom Res. 2008;64:33–40.

149. Dobie DJ, Kivlahan DR, Maynard C, Bush KR, Davis TM, Bradley KA. Posttraumatic Stress Disorder in Female Veterans: Association with Self-reported Health Problems and Functional Impairment. Arch Intern Med. 2004;164:394–400.

150. Norman SB, Means-Christensen AJ, Craske MG, Sherbourne CD, Roy-Byrne PP, Stein MB. Associations between psychological trauma and physical illness in primary care. J Trauma Stress. 2006;19:461–70.

151. Green BL, Kimerling R. Trauma, posttraumatic stress disorder, and health status. U: Schnurr PP, Green BL, urednici. Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress. Washington DC: American Psychological Association; 2004. str. 13–42.

152. Weisberg RB, Bruce SE, Machan JT, Kessler RC, Culpepper L, Keller MB. Nonpsychiatric illness among primary care patients with trauma histories and posttraumatic stress disorder. Psychiatr Serv. 2002;53:848–54.

153. Cloitre M, Cohen LR, Edelman RE, Han H. Posttraumatic Stress Disorder and extent of trauma exposure as correlates of medical problems and perceived health among women with childhood abuse. Women Heal. 2001;34:1–17.

154. McEwen BS, Seeman T. Protective and damaging effects of mediators of stress. Elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load. Ann N Y Acad Sci. 1999;896:30–47.

155. Turnbull GJ. The biology of post-traumatic stress disorder. Psychiatry. 2006;5:221–4.

156. Gander ML, Kã¤nel R Von. Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder: Frequency, outcome, and atherosclerotic mechanisms. Eur J Prev Cardiol. 2006;13:165–72.

157. Mahmood S. Pathophysiology of coronary artery disease. Integr Cardiol Nucl Med Physicians A Guid to Nucl Med Physicians. 2009;111:23–30.

158. Spitzer C, Barnow S, Völzke H, John U, Freyberger HJ, Grabe HJ. Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: Findings from the general population. Psychosom Med. 2009;71:1012–7.

159. Dirkzwager AJE, Van Der Velden PG, Grievink L, Yzermans CJ. Disaster-related posttraumatic stress disorder and physical health. Psychosom Med. 2007;69:435–40.

160. Kubzansky LD, Koenen KC, Spiro A, Vokonas PS, Sparrow D. Prospective study of posttraumatic stress disorder symptoms and coronary heart disease in the normative aging study. Arch Gen Psychiatry. 2007;64:109–16.

161. Shemesh E, Yehuda R, Milo O, Dinur I, Rudnick A, Vered Z, i sur. Posttraumatic

stress, nonadherence, and adverse outcome in survivors of a myocardial infarction. Psychosom Med. 2004;66:521–6.

162. Boscarino JA. A prospective study of ptsd and early-age heart disease mortality among vietnam veterans: Implications for surveillance and prevention. Psychosom Med. 2008;70:668–76.

163. Health status of Vietnam veterans. III. Reproductive outcomes and child health. The Centers for Disease Control Vietnam Experience Study. JAMA J Am Med Assoc. 1988;259:2715–9.

164. Boscarino JA, Chang J. Higher abnormal leukocyte and lymphocyte counts 20 years after exposure to severe stress: Research and clinical implications. Psychosom Med. 1999;61:378–86.

165. Schnurr PP, Spiro A, Paris AH. Physician-diagnosed medical disorders in relation to PTSD symptoms in older male military veterans. Heal Psychol. 2000;19:91–7.

166. Falger PRJ, Op Den Velde W, Hovens JE, Schouten EGW, De Groen JHM, Van Duijn H. Current posttraumatic stress disorder and cardiovascular disease risk factors in Dutch Resistance veterans from World War II. Psychother Psychosom. 1992;57:164–71.

167. Thaller V, Vrkljan M, Hotujac L, Thakore J. The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of PTSD and psoriasis. Coll Antropol. 1999;23:611–9.

168. Jacobs DS, DeMott WR, Oxley DK. Laboratory Test Handbook. 5th ed. Hudson, OH: Lexi–Comp, Inc.; 2001.

169. Harper A, Power M, Orley J, Herrman H, Schofield H, Murphy B, i sur. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. Psychol Med. 1998;28:551–8.

170. Krizmanić M, Kolersarić V. Pokušaj konceptualizacije pojma “kvaliteta života.” Primijenj Psihol. 1989;10:5–11.

171. Felce D, Perry J. Quality of life: Its definition and measurement. Res Dev Disabil. 1995;16:51–74.

172. World Health Organization. Basic documents. 48th ed. Geneva: World Health Organization; 2014. str. 216.

173. Hays RD, Reeve BB. Measurement and Modeling of Health-Related Quality of Life. U: Killewo J, Heggenhougen HK, Quah SR, urednici. International Encyclopedia of Public Health. San Diego: Academic Press; 2016. str. 570–8.

174. Wilson IB, Cleary PD. Linking Clinical Variables With Health-Related Quality of Life: A Conceptual Model of Patient Outcomes. JAMA J Am Med Assoc. 1995;273:59–65.

175. Franz CE, Finkel D, Panizzon MS, Spoon K, Christensen K, Gatz M, i sur. Facets of Subjective Health from Early Adulthood to Old Age. J Aging Health. 2017;29:149–71.

176. Idler EL, Benyamini Y. Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. J Health Soc Behav. 1997;38:21–37.

177. Idler E, Cartwright K. What Do We Rate When We Rate Our Health? Decomposing Age-related Contributions to Self-rated Health. J Health Soc Behav. 2018;59:74–93.

178. Torrance GW. Utility approach to measuring health-related quality of life. J Chronic Dis. 1987;40:593–600.

179. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med. 1993;118:622–9.

180. Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF. Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2007;27:572–81.

181. El-Gabalawy R, Blaney C, Tsai J, Sumner JA, Pietrzak RH. Physical health conditions associated with full and subthreshold PTSD in U.S. military veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. J Affect Disord. 2018;227:849–53.

182. Idler EL, Russell LB, Davis D. Survival, functional limitations, and self-rated health in the NHANES I epidemiologic follow-up study, 1992. Am J Epidemiol. 2000;152:874–83.

183. Latham K, Peek CW. Self-Rated Health and Morbidity Onset Among Late Midlife U.S. Adults. Journals Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci. 2013;68:107–16.

184. Rona RJ, Jones M, Iversen A, Hull L, Greenberg N, Fear NT, i sur. The impact of posttraumatic stress disorder on impairment in the UK military at the time of the Iraq war. J Psychiatr Res. 2009;43:649–55.

185. Hoge CW, McGurk D, Thomas JL, Cox AL, Engel CC, Castro CA. Mild Traumatic Brain Injury in U.S. Soldiers Returning from Iraq. N Engl J Med. 2008;358:453–63.

186. Sayers SL, Farrow VA, Ross J, Oslin DW. Family problems among recently returned military veterans referred for a mental health evaluation. J Clin Psychiatry. 2009;70:163–70.

187. Engelhard IM, Van Den Hout MA, Weerts J, Arntz A, Hox JJCM, McNally RJ. Deployment-related stress and trauma in Dutch soldiers returning from Iraq: Prospective study. Br J Psychiatry. 2007;191:140–5.

188. Goff BSN, Crow JR, Reisbig AMJ, Hamilton S. The Impact of Individual Trauma Symptoms of Deployed Soldiers on Relationship Satisfaction. J Fam Psychol. 2007;21:344–53.

189. Taylor S, Wald J, Asmundson GJG. Factors Associated with Occupational Impairment in People Seeking Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. Can J Community Ment Heal. 2006;25:289–301.

190. Vasterling JJ, Schumm J, Proctor SP, Gentry E, King DW, King LA. Posttraumatic stress disorder and health functioning in a non-treatment-seeking sample of Iraq war veterans: A prospective analysis. J Rehabil Res Dev. 2008;45:347–58.

191. Schnurr PP, Hayes AF, Lunney CA, McFall M, Uddo M. Longitudinal analysis of the relationship between symptoms and quality of life in veterans treated for posttraumatic stress disorder. J Consult Clin Psychol. 2006;74:707–13.

192. Hunter EJ. The Vietnam Prisoner of War Experience. U: Wilson JP, Raphael B, urednici. International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. Boston, MA: Springer; 1993. str. 297–303.

193. Kardiner A, Spiegel H. War Stress and Neurotic Illness. New York: Harper; 1947.

194. Solomon Z, Benbenishty R, Neria Y, Abramowitz M, Ginzburg K, Ohry A.

Assessment of PTSD: Validation of the revised PTSD inventory. Isr J Psychiatry Relat Sci. 1993;30:110–5.

195. Neria Y, Solomon Z, Dekel R. Adjustment to war captivity: The role of sociodemographic background, trauma severity, and immediate responses, in the long-term mental health of Israeli ex-pows. Anxiety, Stress Coping. 2000;13:229–46.

196. Solomon Z, Mikulincer M, Hobfoll SE. Objective Versus Subjective Measurement of Stress and Social Support: Combat-Related Reactions. J Consult Clin Psychol. 1987;55:577–83.

197. Steiner M, Neumann M. Traumatic neurosis and social support in the Yom Kippur war returnees. Mil Med. 1978;143:866–8.

198. Mollica RF, Wyshak G, Lavelle J, Truong T, Tor S, Yang T. Assessing symptom change in southeast Asian refugee survivors of mass violence and torture. Am J Psychiatry. 1990;147:83–8.

199. Başoĝlu M. A Multivariate Contextual Analysis of Torture and Cruel, Inhuman, and Degrading Treatments: Implications for an Evidence-Based Definition of Torture. Am J Orthopsychiatry. 2009;79:135–45.

200. Ursano RJ, Rundell JR, Fragala MR, Larson SG. The prisoner of war. U: Ursano RJ, Norwood AE, urednici. Emotional aftermath of the Persian Gulf War: Veterans, families, communities, and nations. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association; 1996. str. 443–76.

201. Rahe RH, Genender E. Adaptation to and recovery from captivity stress. Mil Med. 1983;148:577–85.

202. Newman FH. The prisoner of war mentality: Its effect after repatriation. Br Med J. 1:8–10.

203. Ursano RJ, Rundell JR. The prisoner of war. Mil Med. 1990;155:176–80.

204. Weisaeth L. Full documentation of appalling suffering of Canadian ex-POWs. WVF Int Socio-Medical Inf Cent Newsl. 1989;1.

205. Singer MT. Discussion comments on “The Consequences of War Imprisonment Symposium. U: Levy RA, urednik. Proceedings of the Twenty-Sixth Annual Conference of Air Force Behavioral Scientists. Brooks AFB, Tex: USAF School of Aerospace Medical Division (AFSC); 1979. str. 66–79.

206. Hunter EJ, Phelan JD, Mowery EC. Resistance posture and the Vietnam prisoner of war. J Polit Milit Sociol. 4:295–308.

207. Nardini JE. Survival factors in American prisoners of war of the Japanese. Am J Psychiatry. 1952;109:241–8.

208. Sledge WH, Boydstun JA, Rabe AJ. Self-concept Changes Related to War Captivity. Arch Gen Psychiatry. 1980;37:430–43.

209. Ursano RJ, Wheatley R, Sledge W, Rahe A, Carlson E. Coping and recovery styles in the vietnam era prisoner of war. J Nerv Ment Dis. 1986;174:707–14.

210. Ford C V., Spaulding RC. The Pueblo Incident: A Comparison of Factors Related to Coping With Extreme Stress. Arch Gen Psychiatry. 1973;29:340–3.

211. Spaulding RC, Ford C V. The Pueblo incident: psychological reactions to the stresses of imprisonment and repatriation. Am J Psychiatry. 1972;129:17–26.

212. Farber IE, Harlow HF, West LJ. Brainwashing, Conditioning, and DDD (Debility, Dependency, and Dread). Sociometry. 1957;20:271.

213. Jones DR. What the repatriated prisoners of war wrote about themselves. Aviat Sp Environ Med. 1980;51:615–7.

214. Coker GT. Prisoners of war. U.S. Nav Inst Proc. 100:41–48.

215. Eitinger L. Pathology of the Concentration Camp Syndrome: Preliminary Report. Arch Gen Psychiatry. 1961;5:371–9.

216. Dimsdale JE. The coping behavior of nazi concentration camp survivors. Am J Psychiatry. 1974;131:792–7.

217. Ursano RJ, Boydstun JA, Wheatley RD. Psychiatric illness in U.S. air force Viet Nam prisoners of war: A five-year follow-up. Am J Psychiatry. 1981;138:310–4.

218. Thygesen P. The concentration camp syndrome. Dan Med Bull. 1980;27:224–8.

219. Kluznik JC, Speed N, Van Valkenburg C, Magraw R. Forty-year follow-up of United States prisoners of war. Am J Psychiatry. 1986;143:1443–6.

220. Breslau N, Davis GC. Chronic Stress and Major Depression. Arch Gen Psychiatry. 1986;43:309–14.

221. Behar D. Confirmation of concurrent illnesses in posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry. 1984;141:1310–1.

222. Keehn RJ. Follow-up studies of world war II and korean conflict prisoners. III. Mortality to January 1, 1976. Am J Epidemiol. 1980;111:194–211.

223. Escobar JI, Randolph ET, Puente G, Spiwak F, Asamen JK, Hill M, i sur. Post-traumatic stress disorder in hispanic vietnam veterans: Clinical phenomenology and sociocultural characteristics. J Nerv Ment Dis. 1983;171:585–96.

224. Sierles FS, Chen JJ, McFarland RE, Taylor MA. Posttraumatic stress disorder and concurrent psychiatric illness: A preliminary report. Am J Psychiatry. 1983;140:1177–9.

225. Page WF, Engdahl BE, Eberly RE. Prevalence and correlates of depressive symptoms among former prisoners of war. J Nerv Ment Dis. 1991;179:670–7.

226. Engdahl BE, Harkness AR, Eberly RE, Page WF, Bielinski J. Structural models of captivity trauma, resilience, and trauma response among former prisoners of war 20 to 40 years after release. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1993;28:109–15.

227. Nice DS, Garland CF, Hilton SM, Baggett JC, Mitchell RE. Long-term health outcomes and medical effects of torture among US navy prisoners of war in Vietnam. J Am Med Assoc. 1996;276:375–81.

228. Byers AL, Covinsky KE, Barnes DE, Yaffe K. Dysthymia and depression increase risk of dementia and mortality among older veterans. Am J Geriatr Psychiatry. 2012;20:664–72.

229. Kang HK, Bullman TA, Taylor JW. Risk of Selected Cardiovascular Diseases and

Posttraumatic Stress Disorder among Former World War II Prisoners of War. Ann Epidemiol. 2006;16:381–6.

230. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39:175–91.

231. Erdfelder E, FAul F, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods. 2009;41:1149–60.

232. Bovin MJ, Marx BP, Weathers FW, Gallagher MW, Rodriguez P, Schnurr PP, i sur. Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–Fifth Edition (PCL-5) in veterans. Psychol Assess. 2016;28:1379–91.

233. Wortmann JH, Jordan AH, Weathers FW, Resick PA, Dondanville KA, Hall-Clark B, i sur. Psychometric analysis of the PTSD checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. Psychol Assess. 2016;28:1392–403.

234. Allden K, Franciškovic T, Lavelle J, Mathias M, McInnes K, Mollica R, i sur. Harvard Trauma Questionnaire: Croatian Veterans Version. Cambridge, MA: Harvard Program in Refugee Trauma; 1998.

235. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beckov upitnik depresije-II, priručnik. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2011.

236. Leentjens AFG, Dujardin K, Marsh L, Richard IH, Starkstein SE, Martinez-Martin P. Anxiety rating scales in Parkinson's disease: A validation study of the Hamilton anxiety rating scale, the Beck anxiety inventory, and the hospital anxiety and depression scale. Mov Disord. 2011;26:407–15.

237. Jureša V, Ivanković D, Vuletić G, Babić-Banaszak A, Srček I, Mastilica M, i sur. The Croatian Health Survey - SF-36: I. Gen Qual life assessment Coll Anthropol. 24:69–78.

238. Seršić DM, Vuletić G. Psychometric evaluation and establishing norms of Croatian SF-36 Health Survey: Framework for subjective health research. Croat Med J.

2006;47:95–102.

239. Johnston R, Jones K, Manley D. Confounding and collinearity in regression analysis: a cautionary tale and an alternative procedure, illustrated by studies of British voting behaviour. Qual Quant. 2018;52:1957–76.

240. Engdahl BE, Page WF, Miller TW. Age, education, maltreatment, and social support as predictors of chronic depression in former prisoners of war. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1991;26:63–7.

241. Tennant C, Goulston K, Dent O. Australian prisoners of war of the japanese: Post-war psychiatric hospitalisation and psychological morbidity. Aust N Z J Psychiatry. 1986;20:334–40.

242. Eberly RE, Engdahl BE. Prevalence of somatic and psychiatric disorder among former prisoners of war. Hosp Community Psychiatry. 1991;42:807–13.

243. Foa EB, Riggs DS, Gershuny BS. Arousal, numbing, and intrusion: Symptom structure of PTSD following assault. Am J Psychiatry. 1995;152:116–20.

244. Herkov MJ, Biernat M. Assessment of PTSD symptoms in a community exposed to serial murder. J Clin Psychol. 1997;53:809–15.

245. Marshall RD, Turner JB, Lewis-Fernandez R, Koenan K, Neria Y, Dohrenwend BP. Symptom Patterns Associated With Chronic PTSD in Male Veterans. J Nerv Ment Dis. 2006;194:275–8.

246. Perkonigg A, Pfister H, Stein MB, Höfler M, Lieb R, Maercker A, i sur. Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. Am J Psychiatry. 2005;162:1320–7.

247. Betemps EJ, Smith RM, Baker DG, Rounds-Kugler BA. Measurement Precision of the Clinician Administered PTSD Scale (CAPS): A RASCH Model Analysis. J Appl Meas. 2003;4:59–69.

248. Creamer M. Post-Traumatic stress disorder: Some diagnostic and clinical issues. Aust N Z J Psychiatry. 1989;23:517–22.

249. Kimbrell T, Myers M, Freeman T. Flashbacks and PTSD in US veterans. Br J Psychiatry. 2003;183:263–263.

250. Henigsberg N, Folnegović-Smalc V, Moro L. Stressor characteristics and post-traumatic stress disorder symptom dimensions in war victims. Croat Med J. 2001;42:543–50.

251. Ursano RJ, Wheatley RD, Carlson EH, Rahe AJ. The Prisoner of War: Stress, Illness and Resiliency. Psychiatr Ann. 1987;17:532–5.

252. Lončar M, Plašć ID, Bunjevac T, Hrabać P, Jakšić N, Kozina S, i sur. Predicting symptom clusters of posttraumatic stress disorder (PTSD) in croatian war veterans: The role of socio-demographics, war experiences and subjective quality of life. Psychiatr Danub. 2014;26:231–8.

253. Boehnlein JK, Kinzie JD, Ben R, Fleck J. One-year follow-up study of posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. Am J Psychiatry. 1985;142:956–9.

254. Tennant C, Fairley MJ, Dent OF, Sulway MR, Broe GA. Declining prevalence of psychiatric disorder in older former prisoners of war. J Nerv Ment Dis. 1997;185:686–9.

255. Potts MK. Long-term effects of trauma: Post-traumatic stress among civilian internees of the japanese during world war II. J Clin Psychol. 1994;50:681–98.

256. Goldstein G, Van Kammen W, Shelly C, Miller DJ, Van Kammen DP. Survivors of imprisonment in the pacific theater during World War II. Am J Psychiatry. 1987;144:1210–3.

257. Solomon Z, Dekel R. Posttraumatic stress disorder among Israeli ex-prisoners of war 18 and 30 years after release. J Clin Psychiatry. 2005;66:1031–7.

258. Neria Y, Solomon Z, Dekel R. An eighteen-year follow-up study of israeli prisoners of war and combat veterans. J Nerv Ment Dis. 1998;186:174–82.

259. Rintamaki LS, Weaver FM, Elbaum PL, Klama EN, Miskevics SA. Persistence of traumatic memories in world war II prisoners of war. J Am Geriatr Soc. 2009;57:2257–

62.

260. Myers MW, Kimbrell TA, Booe LQ, Freeman TW. Weight loss and PTSD symptom severity in former POWs. J Nerv Ment Dis. 2005;193:278–80.

261. Sutker PB, Allain AN. Psychological Assessment of Aviators Captured in World War II. Psychol Assess. 1995;7:66–8.

262. Zeiss RA, Dickman HR. PTSD 40 years later: Incidence and person-situation correlates in former POWs. J Clin Psychol. 1989;45:80–7.

263. DiGangi JA, Gomez D, Mendoza L, Jason LA, Keys CB, Koenen KC. Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: A systematic review of the literature. Clin Psychol Rev. 2013;33:728–44.

264. Speed N, Engdahl B, Schwartz J, Eberly R. Posttraumatic stress disorder as a consequence of the POW experience. J Nerv Ment Dis. 1989;177:147–53.

265. King DW, King LA, Foy DW, Gudanpwski DM. Prewar factors in combat-related posttraumatic stress disorder: Structural equation modeling with a national sample of female and male Vietnam veterans. J Consult Clin Psychol. 1996;64:520–31.

266. Engdahl B, Dikel TN, Eberly R, Blank A. Posttraumatic stress disorder in a community group of former prisoners of war: A normative response to severe trauma. Am J Psychiatry. 1997;154:1576–81.

267. Hunt N, Robbins I. The long-term consequences of war: The experience of World War II. Aging Ment Heal. 2001;5:183–90.

268. Bonwick RJ, Morris PLP. Post-traumatic stress disorder in elderly war veterans. Int J Geriatr Psychiatry. 1996;11:1071–6.

269. Port CL, Engdahl B, Frazier P, Eberly R. Factors Related to the Long-Term Course of PTSD in Older Ex–Prisoners of War. J Clin Geropsychology. 2002;8:203–14.

270. Tsai J, Harpaz-Rotem I, Pietrzak RH, Southwick SM. The Role of Coping, Resilience, and Social Support in Mediating the Relation Between PTSD and Social Functioning in Veterans Returning from Iraq and Afghanistan. Psychiatry Interpers Biol Process.

2012;75:135–49.

271. Jakupcak M, Vannoy S, Imel Z, Cook JW, Fontana A, Rosenheck R, i sur. Does PTSD moderate the relationship between social support and suicide risk in Iraq and Afghanistan War Veterans seeking mental health treatment? Depress Anxiety. 2010;27:1001–5.

272. Han SC, Castro F, Lee LO, Charney ME, Marx BP, Brailey K, i sur. Military unit support, postdeployment social support, and PTSD symptoms among active duty and National Guard soldiers deployed to Iraq. J Anxiety Disord. 2014;28:446–53.

273. Solomon Z. Immediate and Long-Term Effects of Traumatic Combat Stress among Israeli Veterans of the Lebanon War. In: J.P. W, B R, editors. International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. Boston, MA: Springer; 1993. p. 321–32.

274. Shallcross SL, Arbisi PA, Polusny MA, Kramer MD, Erbes CR. Social Causation Versus Social Erosion: Comparisons of Causal Models for Relations Between Support and PTSD Symptoms. J Trauma Stress. 2016;29:167–75.

275. Engdahl B, Dikel TN, Eberly R, Blank A. Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war. Am J Psychiatry. 1998;155:1740–5.

276. Yafit Levin LI. Depression and PTSD Co-Morbidity: What are We Missing? J Depress Anxiety. 2014;03:164.

277. Campbell DG, Felker BL, Liu CF, Yano EM, Kirchner JAE, Chan D, i sur. Prevalence of depression-PTSD comorbidity: Implications for clinical practice guidelines and primary care-based interventions. J Gen Intern Med. 2007;22:711–8.

278. Bohn D, Bernardy K, Wolfe F, Häuser W. The Association Among Childhood Maltreatment, Somatic Symptom Intensity, Depression, and Somatoform Dissociative Symptoms in Patients with Fibromyalgia Syndrome: A Single-Center Cohort Study. J Trauma Dissociation. 2013;14:342–58.

279. Ursano RJ, Fullerton CS, Vance K, Kao TC. Posttraumatic stress disorder and identification in disaster workers. Am J Psychiatry. 1999;156:353–9.

280. Dekel S, Solomon Z, Horesh D, Ein-Dor T. Posttraumatic stress disorder and depressive symptoms: Joined or independent sequelae of trauma? J Psychiatr Res. 2014;54:64–9.

281. Tennant CC, Goulston KJ, Dent OF. The psychological effects of being a prisoner of war: Forty years after release. Am J Psychiatry. 1986;143:618–21.

282. Koopman C, Classen C, Cardeña E, Spiegel D. When disaster strikes, acute stress disorder may follow. J Trauma Stress. 1995;8:29–46.

283. Zerach G, Greene T, Ginzburg K, Solomon Z. The relations between posttraumatic stress disorder and persistent dissociation among ex-prisoners of war: A longitudinal study. Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy. 2014;6:99–108.

284. Ohry A, Solomon Z, Neria Y, Waysman M, Bar-On Z, Levy A. The aftermath of captivity: An 18-year follow-up of israeli ex-pows. Behav Med. 1994;20:27–33.

285. Solomon Z, Greene T, Ein-Dor T, Zerach G, Benyamini Y, Ohry A. The long-term implications of war captivity for mortality and health. J Behav Med. 2013;37:849–59.

286. Beebe GW. Follow-up studies of world war II and Korean war prisoners: II. Morbidity, disability and maladjustments. Am J Epidemiol. 1975;101:400–22.

287. Park CL, Pless Kaiser A, Spiro A, King DW, King LA. Does Wartime Captivity Affect Late-Life Mental Health? A Study of Vietnam-Era Repatriated Prisoners of War. Res Hum Dev. 2012;9:191–209.

288. Armenta RF, Walter KH, Geronimo-Hara TR, Porter B, Stander VA, LeardMann CA. Longitudinal trajectories of comorbid PTSD and depression symptoms among U.S. service members and veterans. BMC Psychiatry. 2019;19:396.

289. Dent OF, Tennant CC, Goulston KJ. Precursors of depression in world war ii veterans 40 years after the war. J Nerv Ment Dis. 1987;175:486–90.

290. Lin N, Simeone RS, Ensel WM, Kuo W. Social support, stressful life events, and illness: a model and an empirical test. J Health Soc Behav. 1979;20:108–19.

291. Pietrzak RH, Johnson DC, Goldstein MB, Malley JC, Rivers AJ, Morgan CA, i sur.

Psychosocial buffers of traumatic stress, depressive symptoms, and psychosocial difficulties in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom: the role of resilience, unit support, and postdeployment social support. J Spec Oper Med. 2009;9:74–8.

292. Engdahl BE, Speed N, Eberly RE, Schwartz J. Comorbidity of psychiatric disorders and personality profiles of american world war II prisoners of war. J Nerv Ment Dis. 1991;179:181–7.

293. Rubacka JM, Schmeidler J, Nomura Y, Luthra R, Rajendran K, Abramovitz R, i sur. The relationship between PTSD arousal symptoms and depression among mothers exposed to the world trade center attacks. J Nerv Ment Dis. 2008;196:504–7.

294. Post LM, Zoellner LA, Youngstrom E, Feeny NC. Understanding the relationship between co-occurring PTSD and MDD: Symptom severity and affect. J Anxiety Disord. 2011;25:1123–30.

295. Gros DF, Simms LJ, Acierno R. Specificity of posttraumatic stress disorder symptoms: An investigation of comorbidity between posttraumatic stress disorder symptoms and depression in treatment-seeking veterans. J Nerv Ment Dis. 2010;198:885–90.

296. Cwikel J, Abdelgani A, Goldsmith JR, Quastel M, Yevelson II. Two-year follow-up study of stress-related disorders among immigrants to Israel from the Chernobyl area. Environ Health Perspect. 1997;105:1545–50.

297. Heppner PS, Crawford EF, Haji UA, Afari N, Hauger RL, Dashevsky BA, i sur. The association of posttraumatic stress disorder and metabolic syndrome: A study of increased health risk in veterans. BMC Med. 2009;7.

298. Player MS, Peterson EL. Anxiety disorders, hypertension, and cardiovascular risk: A review. Int J Psychiatry Med. 2011;41:365–77.

299. Vidović A, Grubišić-Ilić M, Kozarić-Kovačić D, Gotovac K, Rakoš I, Markotić A, i sur. Exaggerated platelet reactivity to physiological agonists in war veterans with posttraumatic stress disorder. Psychoneuroendocrinology. 2011;36:161–72.

300. Brass LM, Page WF. Stroke in former prisoners of war. J Stroke Cerebrovasc Dis.

1996;6:72–8.

301. McEwen BS. Protective and Damaging Effects of Stress Mediators. Flier JS, Underhill LH, editors. N Engl J Med. 1998;338:171–9.

302. McFarlane AC. The long-term costs of traumatic stress: Intertwined physical and psychological consequences. World Psychiatry. 2010;9:3–10.

303. Britvić D, Antičević V, Kaliterna M, Lušić L, Beg A, Brajević-Gizdić I, i sur. Comorbidities with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) among combat veterans: 15 years postwar analysis. Int J Clin Heal Psychol. 2015;15:81–92.

304. Creasey H, Sulway MR, Dent O, Broe GA, Jorm A, Tennant C. Is experience as a prisoner of war a risk factor for accelerated age- related illness and disability? J Am Geriatr Soc. 1999;47:60–4.

305. Page WF, Brass LM. Long-term heart disease and stroke mortality among former American prisoners of war of World War II and the Korean Conflict: results of a 50-year follow-up. Mil Med. 2001;166:803–8.

306. Guest CS, Venn AJ. Mortality of former prisoners of war and other Australian veterans. Med J Aust. 1992;157:132–5.

307. Cohen BM, Cooper MZ. A Follow-Up Study of World War II Prisoners of War. A Follow-Up Study of World War II Prisoners of War. National Research Council, Division of Medical Sciences; 1954.

308. Hunt SC, Orsborn M, Checkoway H, Biggs ML, McFall M, Takaro TK. Later life disability status following incarceration as a prisoner of war. Mil Med. 2008;173:613–8.

309. Gill G V., Bell DR. Persisting nutritional neuropathy amongst former war, prisoners. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1982;45:861–5.

310. Holmboe ES, Wang Y, Brass LM. Long-term consequences of upper extremity peripheral neuropathy in former Vietnam prisoners of war. Mil Med. 2002;167:736–41.

311. Gibberd FB, Simmonds JP. Neurological Disease in Ex-Far-East Prisoners of War.

Lancet. 1980;316:135–7.

312. Goulston KJ, Dent OF, Chapuis PH, Chapman G, Smith CI, Tait AD, i sur. Gastrointestinal morbidity among World War II prisoners of war: 40 years on. Med J Aust. 1985;143:6–10.

313. Čorović N, Duraković Z, Mišigoj-Duraković M. Dispersion of the corrected QT interval in the electrocardiogram of the ex-prisoners of war. Int J Cardiol. 2003;88:279–83.

314. Thomas MM, Harpaz-Rotem I, Tsai J, Southwick SM, Pietrzak RH. Mental and Physical Health Conditions in US Combat Veterans. Prim Care Companion CNS Disord. 2017;19.

315. Lecic-Tosevski D, Pejuskovic B, Vukovic O. The spiral of trauma and its consequences. U: Christodoulou GN, Mezzich JE, Christodoulou NG, Lecic-Tosevski D, urednici. Disasters: Mental health context and responses. Cambridge Scholars Publishing; 2016. p. 237–48.

316. McEwen BS, Stellar E. Stress and the Individual: Mechanisms Leading to Disease. Arch Intern Med. 1993;153:2093–101.

317. Rosengren A, Orth-Gomer K, Wedel H, Wilhelmsen L. Stressful life events, social support, and mortality in men born in 1933. Br Med J. 1993;307:1102–5.

318. Hotopf M, Rosch PJ, Hart C. Psychological stress and cardiovascular disease. Bmj. 2002;325:337.

319. Houppe JP. Stress and cardiovascular disease. Arch des Mal du Coeur des Vaiss - Prat. 2019;2019:6–10.

320. Steptoe A, Kivimäki M. Stress and cardiovascular disease: An update on current knowledge. Annu Rev Public Health. 2013;34:337–54.

321. Cohen S. Psychological stress, immunity, and physical disease. Sci Mak a Differ One Hundred Eminent Behav Brain Sci Talk about their Most Important Contrib. 2016;419–23.

322. Crocker J, Park LE. The costly pursuit of self-esteem. Psychol Bull. 2004;130:392–414.

323. Rook KS. Investigating the positive and negative sides of personal relationships: Through a lens darkly? U: BH S, WR C, urednici. The Dark Side of Close Relationships. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2013. str. 369–93.

324. Sneed RS, Cohen S. Negative social interactions and incident hypertension among older adults. Heal Psychol. 2014;33:554–65.

325. Dickerson SS, Kemeny ME. Acute stressors and cortisol responses: A theoretical integration and synthesis of laboratory research. Psychol Bull. 2004;130:355–91.

326. Gallo WT, Bradley EH, Falba TA, Dubin JA, Cramer LD, Bogardus ST, i sur. Involuntary Job Loss as a Risk Factor for Subsequent Myocardial Infarction and Stroke: Findings from the Health and Retirement Survey. Am J Ind Med. 2004;45:408–16.

327. Morris JK, Cook DG, Shaper a. G. Loss of employment and mortality. Bmj. 1994;308:1135.

328. Cohen F, Horowitz M, Lazarus R, Moos R, Robbins L, Rose R, i sur. Panel report on psychosocial stress. U: En C, J. M, Horowitz RS, Lazarus RH, Moos L, Robins N, urednici. Stress and Human Health: Analysis and Implications for Research. 1982. str. 147–188.

329. Solomon Z, Neria Y, Ohry A. Long-term stress residuals in former prisoners of the Yom Kippur War. Harefuah. 1995;128:128.

330. Schnurr PP, Lunney CA, Bovin MJ, Marx BP. Posttraumatic stress disorder and quality of life: Extension of findings to veterans of the wars in Iraq and Afghanistan. Clin Psychol Rev. 2009;29:727–35.

331. D'Ardenne P, Capuzzo N, Fakhoury WKH, Jankovic-Gavrilovic J, Priebe S. Subjective quality of life and posttraumatic stress disorder. J Nerv Ment Dis. 2005;193:62–5.

332. Giacco D, Matanov A, Priebe S. Symptoms and Subjective Quality of Life in Post-

Traumatic Stress Disorder: A Longitudinal Study. Schmidt U, editor. PLoS One. 2013;8:e60991.

333. Jakupcak M, Luterek J, Hunt S, Conybeare D, McFall M. Posttraumatic stress and its relationship to physical health functioning in a sample of Iraq and Afghanistan War veterans seeking postdeployment VA health care. J Nerv Ment Dis. 2008;196:425–8.

334. Ouimette P, Coolhart D, Sugarman D, Funderburk JS, Zelman RH, Dornau C. A pilot study of posttraumatic stress and associated functioning of army national guard following exposure to Iraq warzone trauma. Traumatology (Tallahass Fla). 2008;14:51–6.

335. Richardson JD, Long ME, Pedlar D, Elhai JD. Posttraumatic stress disorder and health-related quality of life among a sample of treatment- and pension-seeking deployed Canadian forces peacekeeping veterans. Can J Psychiatry. 2008;53:594–600.

336. Erbes C, Westermeyer J, Engdahl B, Johnsen E. Post-traumatic stress disorder and service utilization in a sample of service members from Iraq and Afghanistan. Mil Med. 2007;172:359–63.

337. Buckley TC, Mozley SL, Bedard MA, Dewulf A-C, Greif J. Preventive health behaviors, health-risk behaviors, physical morbidity, and health-related role functioning impairment in veterans with post-traumatic stress disorder. Mil Med. 2004;

338. Lončar M, Plašć ID, Bunjevac T, Henigsberg N, Hrabač P, Groznica I, i sur. Samoprocjena dobrobiti kao indikatora kvalitete života bivših ratnih zatočenika - Hrvatska studija. Coll Antropol. 2011;35:199–204.

339. Kramer M, Kinney L. Vigilance and Avoidance during Sleep in US Vietnam War Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. J Nerv Ment Dis. 2003;191:685–7.

340. Merckelbach H, Dekkers T, Wessel I, Roefs A. Amnesia, flashbacks, nightmares, and dissociation in aging concentration camp survivors. Behav Res Ther. 2003;41:351–60.

341. Cyr KS, McIntyre-Smith A, Contractor AA, Elhai JD, Richardson JD. Somatic symptoms and health-related quality of life among treatment-seeking Canadian Forces personnel with PTSD. Psychiatry Res. 2014;218:148–52.

342. Boakye M, Moore R, Kong M, Skirboll SL, Arrigo RT. Health-related quality-of-life status in Veterans with spinal disorders. Qual Life Res. 2013;22:45–52.

343. Braš M, Milunović V, Boban M, Brajković L, Benković V, Đorđević V, i sur. Quality of life in Croatian Homeland war (1991-1995) veterans who suffer from post-traumatic stress disorder and chronic pain. Health Qual Life Outcomes. 2011;9:56.

344. Kelsall HL, McKenzie DP, Forbes AB, Roberts MH, Urquhart DM, Sim MR. Pain-related musculoskeletal disorders, psychological comorbidity, and the relationship with physical and mental well-being in Gulf War veterans. Pain. 2014;155:685–92.

345. Kovačić Petrović Z, Peraica T, Eterović M, Andelinović M, Kozarić-Kovačić D. Combat posttraumatic stress disorder and quality of life: Do somatic comorbidities matter? J Nerv Ment Dis. 2019;207:53–8.

346. Garcia-Cebrian A, Gandhi P, Demyttenaere K, Peveler R. The association of depression and painful physical symptoms-a review of the European literature. Eur Psychiatry. 2006;21:379–88.

347. Pittman JOE, Goldsmith AA, Lemmer JA, Kilmer MT, Baker DG. Post-traumatic stress disorder, depression, and health-related quality of life in OEF/OIF veterans. Qual Life Res. 2012;21:99–103.

348. Ikin JF, Creamer MC, Sim MR, McKenzie DP. Comorbidity of PTSD and depression in Korean War veterans: Prevalence, predictors, and impairment. J Affect Disord. 2010;125:279–86.

349. Proctor SP, Harley R, Wolfe J, Heeren T, White RF. Health-related quality of life in Persian Gulf War veterans. Mil Med. 2001;166:510–9.

350. Norberg MM, Diefenbach GJ, Tolin DF. Quality of life and anxiety and depressive disorder comorbidity. J Anxiety Disord. 2008;22:1516–22.

351. Evren C, Sar V, Dalbudak E, Cetin R, Durkaya M, Evren B, i sur. Lifetime PTSD and quality of life among alcohol-dependent men: Impact of childhood emotional abuse and dissociation. Psychiatry Res. 2011;186:85–90.

352. Schonfeld WH, Verboncoeur CJ, Fifer SK, Lipschutz RC, Lubeck DP, Buesching DP.

The functioning and well-being of patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorder. J Affect Disord. 1997;43:105–19.

353. Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. Psychol Med. 1997;27:861–73.

354. Olfson M, Fireman B, Weissman MM, Leon AC, Sheehan D, Kathol RG, i sur. Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. Am J Psychiatry. 1997;154:1734–40.

355. Ormel J. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. JAMA J Am Med Assoc. 1994;272:1741–8.

356. Zatzick DF, Marmar CR, Weiss DS, Browner WS, Metzler TJ, Golding JM, i sur. Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. Am J Psychiatry. 1997;154:1690–5.

357. Kehle SM, Reddy MK, Ferrier-Auerbach AG, Erbes CR, Arbisi PA, Polusny MA. Psychiatric diagnoses, comorbidity, and functioning in National Guard troops deployed to Iraq. J Psychiatr Res. 2011;45:126–32.

358. Vesna A, KARDUM G, BRITVIĆ D. War veterans' quality of life: The impact of lifetime traumatic experiences, psychological and physical health-related characteristics. Drus Istraz. 2011;20:1101–18.

359. Schnurr PP, Lunney CA, Sengupta A. Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. J Trauma Stress. 2004;17:85–95.

360. Clayton KS, Chubon RA. Factors associated with the quality of life of long-term spinal cord injured persons. Arch Phys Med Rehabil. 1994;75:633–8.

361. Leduc BE, Lepage Y. Health-related quality of life after spinal cord injury. Disabil Rehabil. 2002;24:196–202.

362. Dear K, Henderson S, Korten A. Well-being in Australia - Findings from the National Survey of Mental Health and Well-being. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.

2002;37:503–9.

363. Ren XS, Skinner K, Lee A, Kazis L. Social support, social selection and self-assessed health status: Results from the veterans health study in the United States. Soc Sci Med. 1999;48:1721–34.

364. Helgeson VS. Social support and quality of life. Qual Life Res. 2003;12:25–31.

365. Dirkzwager AJE, Bramsen I, van der Ploeg HM. Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: A prospective study. Pers Individ Dif. 2003;34:1545–59.

366. Aflakseir A. The role of social support and coping strategies on mental health of a group of Iranian disabled war veterans. Iran J Psychiatry. 2010;5:102–7.

367. Yazicioğlu K, Duyan V, Karataş K, Ozgül A, Yilmaz B, Duyan GÇ, i sur. Effects of sociodemographic characteristics, illness process, and social support on the levels of perceived quality of life in veterans. Mil Med. 2006;171:1083–8.

368. Painter JM, Gray K, McGinn MM, Mostoufi S, Hoerster KD. The relationships of posttraumatic stress disorder and depression symptoms with health-related quality of life and the role of social support among Veterans. Qual Life Res. 2016;25:2657–67.

369. Van Vranken E. Current status and social adjustment of US Army returned prisoners of war. In: 5th Annual Joint Medical Meeting Concerning POW/MIA Matters. San Antonio, Tex; 1978.

370. Fang SC, Schnurr PP, Kulish AL, Holowka DW, Marx BP, Keane TM, i sur. Psychosocial functioning and health-related quality of life associated with posttraumatic stress disorder in male and female Iraq and Afghanistan war veterans: The VALOR registry. J Women's Heal. 2015;24:1038–46.

371. Starc N, Ofak L, Šelo Šabić S. Siromaštvo, nezaposlenost i socijalna isključenost. Zagreb: Program Ujedinjenih naroda za razvoj; 2006.

372. Kuehner C, Buerger C. Determinants of subjective quality of life in depressed patients: The role of self-esteem, response styles, and social support. J Affect Disord. 2005;86:205–13.

11. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: Melita Jukić

Zanimanje: liječnik; specijalist psihijatar; subspecijalist biologijske psihijatrije, subspecijalist socijalne psihijatrije

Adresa: Nacionalna memorijalna bolnica Vukovar, Odjel psihijatrije, Županijska 35, 32000 Vukovar

tel.: 032 452 111 e-mail: mjuki17@gmail.com

Datum rođenja: 17.veljače 1968.

RADNO ISKUSTVO

2008. voditelj Odjela psihijatrije OŽB Vukovar

2006. odjelni liječnik, specijalist psihijatrije na Odjelu psihijatre OŽB Vukovar

2002. specijalizant psihijatrije na Odjelu psihijatrije OŽB Vukovar

2001. odjelni liječnik opće medicine na Odjelu psihijatrije OŽB Vukovar

1998. liječnik opće medicine u DZ Vukovar

OBRAZOVANJE

2020. uža specijalizacija iz socijalne psihijatrije

2011. upisala Poslijediplomski doktorski studij Biomedicina i zdravstvo, Medicinski fakultet Osijek, Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku

2009. uža specijalizacija iz biologijske psihijatrije

2006. specijalizacija iz psihijatrije

2005/2006. uvod u grupnu analizu

2004/2005. kognitivno bihevioralna psihoterapija (završen II. stupanj)

1998. diplomirala na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, dislocirani studij u Osijeku

ČLANSTVO U DRUŠTVIMA

Hrvatski liječnički zbor

Hrvatsko psihijatrijsko društvo

Hrvatsko društvo za biologijsku psihijatriju i psihofarmakoterapiju

Županijski tim Vukovarsko srijemske županije za sprečavanje i borbu protiv nasilja nad ženama i nasilja u obitelji

OSTALE AKTIVNOSTI

- sudjelovanja na domaćim i međunarodnim kongresima, simpozijima i radionicama kao aktivni i pasivni sudionik
- sudjelovanja na tečajevima I. kategorije u organizaciji Medicinskog fakulteta u Osijeku kao predavač
- sudjelovanja na javnim tribinama, okruglim stolovima, u medijima, s temama koje promiču mentalno zdravlje te borbu protiv nasilja
- dugogodišnja suradnja s Udrugom za osobe s intelektualnim oštećenjem u Vukovaru