Promjene osobnosti u bolesnika s posttraumatskim stresnim poremećajem uzrokovanim borbenim iskustvom

Nemčić Moro, Iva

Doctoral thesis / Disertacija

2011

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:188:222438

Rights / Prava: Attribution 4.0 International/Imenovanje 4.0 međunarodna

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

Image not found or type unknown *Repository / Repozitorij:*

Repository of the University of Rijeka Library - SVKRI Repository

Image not found or type unknown

SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET

Iva Nemčić Moro

PROMJENE OSOBNOSTI U BOLESNIKA S POSTTRAUMATSKIM STRESNIM POREMEĆAJEM UZROKOVANIM BORBENIM ISKUSTVOM

Doktorska disertacija

Rijeka, 2011.

Mentor rada: Prof. dr.sc. Tanja Frančišković

Doktorski rad obranjen je dana _____ u/na_____

pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Rad ima _____ listova.

UDK: _____

Zahvaljujem mentoru, prof. dr.sc. Tanji Frančišković na stručnoj pomoći pri izradi rada.
Zahvaljujem se svima koji su sudjelovali u istraživanju i izradi rada.
Svojoj obitelji zahvaljujem na potpori i strpljivosti.

SAŽETAK

Pozadina istraživanja: U svjetlu strukturiranja novih izdanja klasifikacija bolesti, propituju se kriteriji za neke kliničke entitete. Među njima je i Trajna promjena osobnosti uslijed traume/DESNOS koji se definira kao psihološka posljedica psihotraumatizacije, a njegovo postojanje isključuje postojanje PTSP-a. Svakodnevna klinička praksa ovu stavku dovodi u pitanje.

Cilj: Utvrditi moguću prisutnost Disorder of extreme stress not otherwise classified (DESNOS) kod veterana Domovinskog rata s borbom uzrokovanim posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP).

Metode: Istraživanje je uključilo 355 ispitanika u četiri centra u Hrvatskoj. Primijenjeni su upitnici: Structured Interview for Disorder of Extreme Stress (SIDES- SR), te Međunarodni neuropsihijatrijski intervju (MINI), Upitnik za poremećaj osobnosti DIP-Q, upitnik o kvaliteti života MANSA, Upitnik traumatskih događanja – TAQ**,** Harvard Trauma Questionnaire (HTQ): Croatian Version te opći demografski upitnik.

Rezultati: U ispitivanoj populaciji 43% veterana Domovinskog rata koji boluju od PTSP-a zadovoljavaju sve kriterije i za DESNOS.

Na kliničkoj razini, ispitivani veterani zadovoljili su kriterije za sljedeće poremećaje osobnosti: paranoidni, shizotipni, granični, izbjegavajući i opsesivno kompulzivni. Ispitanici s izraženijim DESNOS-om imaju i izraženije simptome poremećaja osobnosti i to: granični, paranoidni, opsesivno-kompulzivni, izbjegavajući i shizotipni. A ispitanici koji u potpunosti zadovoljavaju kriterije za DESNOS, na kliničkoj razini zadovoljavaju, uz navedene poremećaje i shizoidni poremećaj osobnosti. Na izraženost poremećaja osobnosti najviše utječu posttraumatski simptomi, odnosno što su izraženiji posttraumatski simptomi to je više prisutno simptoma poremećaja osobnosti. Simptomi trajne promjene osobnosti su jače izraženi u osoba koje su bile više traumatizirane.

Ispitanici, koji uz PTSP imaju i DESNOS dva puta češće imaju u komorbiditetu: depresiju i/ ili socijalnu fobiju. Dijagnoza trenutnog paničnog poremećaja kod osoba s DESNOS-om se javlja gotovo tri puta češće nego kod osoba koje imaju samo PTSP. Također, što je kod ispitanika veći broj komorbidnih poremećaja uz PTSP, veća je i izraženost trajnih promjena osobnosti uslijed traume.

Manje zadovoljstva s kvalitetom života može se predvidjeti kod ispitanika s ranom traumatizacijom i s jače izraženim simptomima bilo PTSP-a bilo DESNOS-a.

Zaključak: Suprotno kriterijima postavljenima u ICD-10, rezultati ovog istraživanja govore da se PTSD i DESNOS mogu javljati u komorbiditetu. Veći intenzitet simptoma te češći komorbiditet s drugim psihijatrijskim poremećajima posebice depresijom, paničnim poremećajem i socijalnom fobijom zahtjeva dodatne terapijske intervencije u procesu liječenja veterana s DESNOS-om.

Ključne riječi: Trajna promjena osobnosti nakon katastrofalnog doživljaja, Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Classified (DESNOS), Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), veterani, komorbiditet, depresija, panični poremećaj, socijalna fobija

SUMMARY

Background: In light of new editions of the DSM and ICD classifications of diseases being prepared, certain clinical entities are being reassessed. Among others, clinical entities under reexamination are Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS) or Complex PTSD according to the classification of the American Psychiatric Association. The corresponding diagnostic entity of the ICD would be Enduring Personality Change After Catastrophic Experience, which, according to definitions, occurs as a psychological effect of psychotraumatization and excludes the presence of PTSD. Day-to-day clinical practice casts doubts as to the view that PTSD and DESNOS/EPCACE symptoms are mutually exclusive.

Aim: To determine possible presence of Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS) in Croatian war veterans who suffer from combat-related Posttraumatic Stress Disorder (PTSD).

Methods: The research included 355 participants in four clinical centers in Croatia. It was based on the following instruments: Structured Interview for Disorder of Extreme Stress (SIDES-SR) and International Neuropsychiatric Interview (MINI), Questionnaire for personality disorders DIP-Q, Quality of Life questionaire (MANSA), Traumatic Antecedents Questionnaire TAQ, Harvard Trauma Questionnaire (HTQ): Croatian Version and General Demographic Questionnaire.

Results: Forty three percent of veterans of the Homeland War in Croatia who suffer from PTSD met criteria for DESNOS.

At the clinical level, tested veterans met the criteria for the following personality disorders: paranoid, schizotypal, borderline, and obsessive-compulsive and avoidant. Veterans with pronounced DESNOS have more often expressed symptoms of personality disorder as follows: borderline, paranoid, and obsessive-compulsive, avoidant and schizotypal.

The veterans who fully meet the criteria for DESNOS, at the clinical level meet - with listed personality disorders - criteria for schizotypal personality disorder.

Posttraumatic symptoms affect mostly the expressiveness of personality disorders.

Enduring personality change symptoms are more pronounced in subjects who were more traumatized.

Persons, who suffer from both, PTSD and DESNOS, twice more frequently suffer from comorbid depression with melancholic features or social phobia.

DESNOS patients are almost three times more likely to have the diagnosis of current panic disorder.

Furthermore, veterans who have more comorbid disorders with PTSD, have more pronaunced permanent changes in personality due to trauma.

Less satisfaction with quality of life can be predicted in subjects with early trauma and more pronounced symptoms of PTSD or DESNOS.

Conclusion: The research results demonstrate that PTSD and DESNOS can occur in comorbidity, which is in contrast with the ICD-10 criteria. A higher intensity of symptoms and a more frequent comorbidity with other psychiatric disorders, especially depression, panic disorder and social phobia require additional therapy interventions in treatment processes for DESNOS veterans.

Key words: Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), Enduring Personality Change After Catastrophic Experience, Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS), complex PTSD, veterans, comorbidity, depression, panic disorder, social phobia.

SADRŽAJ

1. UVOD ……1

1.1. Strukturiranje dijagnoza vezanih uz smetnje nastale nakon psihičke traumatizacije 2

1.2. Posttraumatske smetnje - klinička slika i dijagnostičke kategorije ……..……...7

1.2.1. Akutne reakcije na stres ……..…..……...7

1.2.2. Kronične reakcije na stres ……...……9

1.2.3. Posttraumatske reakcije u MKB – 10 sustavu ……..…..……10

1.2.4. Posttraumatske reakcije u DSM –IV sustavu ……..……....12

1.2.5. Dugotrajne posljedice psihotraumatizacije ……..…...….14

1.2.6. DESNOS – klinička slika i dijagnostički kriteriji ……...…….15

1.3. Epidemiologija i komorbiditet posttraumatskih poremećaja ……20

1.4. Etiološki koncepti posljedica psihotraumatizacije ……..……24

1.4.1 Osobine stresora ……25

1.4.2. Neurobiološki čimbenici ……26

1.4.3. Psihološki čimbenici ……..…27

1.4.4. Modeli djelovanja traume na neurofiziologiju mozga ……...28

2. CILJ ISTRAŽIVANJA ……..……34

3. ISPITANICI I METODE ……..…….……..35

3.1. Ispitanici ……..……...…35

3.2. Metoda ……..……35

3.3. Statistička obrada podataka ……...……39

3.4. Etički aspekti istraživanja ……40

4. REZULTATI ……...……...……41

4.1. Deskriptivna statistika ……...41

4.1.1. Demografske karakteristike ……...41

4.1.2. Rezultati na Harvard Trauma Questionaire ……45

4.1.3. Rezultati na Structured Interview for Disorder of Extreme Stress (SIDES- SR) ....….46

4.1.4. Rezultati na Upitniku za poremećaje osobnosti DIP-Q ……50

4.1.5. Rezultati na skali Percepcije zadovoljstva i socijalne podrške (MANSA) ..……..55

4.1.6. Međunarodni neuropsihijatrijski intervju (MINI) ……..…55

4.1.7. Upitnik traumatskih događanja (TAQ) ……..57

4.2. Rezultati po ciljevima ……...58

4.2.1. Prisutnost DESNOS-A u uzorku veterana Domovinskog rata koji boluju od PTSP-a ..59

4.2.2. Povezanost strukture osobnosti i rane psihotraumatizacije s promjenama osobnosti kod osoba koje imaju ratni PTSP ……60

4.2.3. Uloga traumatizacije i specifičnih traumatskih iskustava u razvoju promjena osobnosti ……...64

4.2.4. Uloga intenziteta posttraumatskih simptoma i komorbiditeta u razvoju promjena osobnosti uslijed traume ……..…..……....67

4.2.5. Povezanost kvalitete života i socijalne podrške kod trajnih promjena osobnosti 70

4.2.6. Uloga liječenja usmjerenog na PTSP u preventivnom djelovanju na razvoj trajnih promjena osobnosti ……..……73

5. RASPRAVA ……..……...75

5.1. PTSP i DESNOS ……...75

5.2. Promjene osobnosti uslijed traumatizacije i poremećaji osobnosti (PO) ……..76

5.3. Razvojna trauma i DESNOS ……..……79

5.4. Specifično traumatsko iskustvo ……80

5.5. Intenzitet simptoma PTSP-a i jačina traumatizacije ……..……..……81

5.6. Intenzitet ratne traumatizacije ……82

5.7. PTSP, DESNOS i komorbiditet ……83

5.8. Kvaliteta života i socijalna podrška ……86

5.9. Liječenje PTSP i DESNOS ……90

5.10. Ograničenja u istraživanju ……92

6. ZAKLJUČCI ……94

7. LITERATURA ……96

8. PRILOZI ……110

8.1. Upitnik općih demografskih podataka ……110

8.2. Structured Interview for Disorder of Extreme Stress (SIDES- SR) ……113

8.3. Međunarodni neuropsihijatrijski intervju (MINI) ……129

8.4. Upitnik za poremećaj osobnosti DIP-Q ……130

8.5. Percepcija zadovoljstva i socijalne podrške MANSA ……140

8.6. Upitnik traumatskih događanja TAQ ……141

8.7. Harvard Trauma Questionaire ……147

8.8. Informirani pristanak ……152

9. ŽIVOTOPIS ……156

1. UVOD

Ratna psihotraumatizacija postoji od pamtivijeka. Ljudi su se za svoje ideje oduvijek borili praktički do uništenja, stoga ne čudi da prve zapise o posljedicama ratne psihotraumatizacije nalazimo u Ilijadi. Problem dijagnostike i smještaja posljedica ratne psihotraumatizacije u klasifikacijski sustav teče paralelno s razvojem klasifikacije.
Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) zapravo je relativno čest poremećaj posebice kad je riječ o veteranskoj populaciji. Danas se dijagnostički smješta u anksiozne poremećaje, a definiran je određenom skupinom simptoma.

Tijekom vremena, uz kliničko iskustvo postaje očigledno da dijagnoze navedene u klasifikacijama ne obuhvaćaju /ili isključuju one koji imaju smetnje duljeg trajanja ili gdje uz simptome PTSP-a postoje i drugi specifični psihički simptomi, ali ne zadovoljavaju kriterije ostalih komorbidnih poremećaja. Također postoje ogromne razlike kako u kliničkoj slici, tako u tijeku poremećaja i u prognozi.

Trajne promjene osobnosti nakon katastrofalnih događaja ostaju nedovoljno definiranom dijagnostičkom kategorijom oko koje postoji još mnogo prijepora. O njima se počelo govoriti tijekom nekoliko zadnjih desetljeća, no još nije postignut konsenzus niti o definiranju kliničkih karakteristika, niti o parametrima koje dijagnostika zahtijeva. Tako se dogodilo da ih jedna klasifikacija (klasifikacija WHO-ICD) ubraja u svoje dijagnostičke kriterije (1), a kod druge, danas također važeće klasifikacije Američkog psihijatrijskog udruženja (American psychiatric association - DSM), nema ni ove ni druge slične kategorije (2), a postoje naznake da će ova dijagnostička kategorija i dalje čekati na uvrštenje u klasifikaciju ili će biti uključena kao podtip PTSP-a. Naime i dalje postoji niz otvorenih pitanja i relativno malo provedenih istraživanja, posebice u odnosu na nedavnu obimnu znanstvenu produkciju na temu PTSP-a.

Možemo reći da i ovaj klinički entitet prati sudbinu svih definiranih entiteta u području psihotraumatologije, tj. da prolazi dugo i teško razdoblje definiranja. Stoga saznanja o značajnim etiološkim aspektima i čimbenicima razvoja trajne promjene osobnosti nakon psihotraumatizacije predstavljaju značajan doprinos ne samo razumijevanju ovog entiteta već i samom strukturiranju dijagnostičke kategorije.

1.1. Strukturiranje dijagnoza vezanih uz smetnje nastale nakon psihičke traumatizacije

Istraživanje posljedica psihičke traumatizacije bilo je skokovito. Ratnu psihotraumatizaciju opisanu u medicinskoj literaturi nalazimo od Američkog građanskog rata kad su se vojnici žalili na opći umor, palpitacije, bol u prsima i kratkoću daha. Sindrom se nazvao "vojničko srce", "iritabilno srce" ili "*Da Costa* sindrom". Pridruženi psihički simptomi su bili glavobolja, vrtoglavica i poremećeni san. Da Costa je smatrao da su ti simptomi posljedica pretjerane reakcije i čestih uzbuđenja uzrokovanih vrućicama, proljevima i teškim uvjetima na ratištu. Gotovo nikakva pažnja nije pridana emocionalnoj uznemirenosti (3).

Sredinom 1890. godine, Janet u Francuskoj i Freud s Breuerom u Beču, dolaze do sličnih spoznaja koje idu u prilog tezi da je histerija stanje izazvano psihološkom traumatizacijom. Nepodnošljive emocionalne reakcije na traumatske događaje stvaraju izmijenjeno stanje svijesti, koje pak stvara histerične simptome. Janet je to stanje nazvao „disocijacijom", a Breuer i Freud „dvostrukom svijesti". Slušajući i odmotavajući klupko pamćenja, Freud i njegovi bolesnici dolazili bi do ključnih traumatskih događaja u djetinjstvu, koji su bili prikriveni novijim, često nevažnim iskustvima. 1896. godine Freud je vjerovao da je došao do ključnog otkrića te je u „Etiologiji histerije" pisao: „… predlažem tezu, da u

osnovi svakog slučaja histerije postoji jedno ili više preranih seksualnih iskustava…“ No s vremenom se Freud odrekao traumatske teorije o porijeklu histerije. Janet međutim nikad nije napustio traumatsku teoriju histerije, no doživio je da njegov rad bude zaboravljen, a ideje potpuno zanemarene (4).

George Beard 1869. godine stvara termin “neurastenija“ kojim opisuje nespecifični emocionalni poremećaj karakteriziran umorom i slabošću, nesanicom, glavoboljama, hipohondrijazom i melankolijom. Smatra da nastaje nakon emocionalnih traumatskih zbivanja (3).

Stvarnost psihološke traumatizacije ponovo se nameće prvim svjetskim ratom. U uvjetima neprekidnog granatiranja i užasa rovovskog rata, velik je broj ljudi bio psihički slomljen. Vojnici su vikali, nekontrolirano mokrili, kočili se, postajali nijemi, gubili pamćenje i osjećaje. Britanski psiholog, Charles Myers, pripisao je simptome kontuzijskim efektima eksplozija, pa je tako poremećaj nazvao „shell shock“ ili „granatni šok“. Time se sugeriralo somatogeno vjerovanje kako je mozak vojnika bio kronično oštećen naglim i jakim promjenama atmosferskog tlaka izazvanim čestim eksplozijama (5). Iako je ubrzo postalo jasno da je poremećaj prisutan i kod vojnika koji nisu pretrpjeli fizičku traumu, ime je ostalo. Postupno se prihvaćalo da su simptomi „granatnog šoka“ posljedica psihološke traumatizacije, ali vojnici koji su razvili smetnje smatrani su inferiornim ljudskim bićima, „moralnim invalidima“. Tako Lewis Yealland, u raspravi Ratni histerični poremećaji, 1918.g., brani strategiju liječenja kojoj je osnova posramljivanje, prijetnja i kažnjavanje. Histerični simptomi kao što su mutizam, senzorni gubitak ili motorna paraliza liječeni su elektrošokovima, a bolesnici kažnjavani zbog lijenosti i kukavičluka. Nasuprot takvom stavu, postojali su i napredniji medicinski autoriteti koji su smatrali da se borbena neuroza javlja najčešće kod bolesnika s visokim moralnim karakteristikama i opravdavali su samo humani pristup zasnovan na psihoanalitičkim principima. Takav je bio i WH Rivers. On je, prateći

tijek terapije, postavio dva principa kojih su se držali vojni psihijatri u sljedećem ratu. Prvi je da i najhrabriji čovjek može podleći strahu, a drugi da je motiv prevladavanja tog straha jači od patriotizma ili mržnje prema neprijatelju, jer taj motiv je međusobna povezanost vojnika (4).

F. Mott, 1919. godine, opisuje glavne oblike ratnih neuroza kao histeriju i neurasteniju. Smatra da fizički šok i zastrašujući uvjeti mogu izazvati u čovjeku strah koji ima znatni utjecaj na um. Histerični simptomi uključuju paralize, kontrakcije, poremećaj držanja i tremor. Neurastenični simptomi uključuju slabost, umor, glavobolje te posebice žive i zastrašujuće snove. Po prvi puta se spominje i pojačana pobuđenost koja može potrajati mjesecima. Smatrao je da su histerični simptomi podložni sugestiji, dok neurastenija traje znatno duže. Također je primijećeno da se neurastenija javlja u nadređenih, a histerija kod podređenih vojnika (3).

Abraham Kardiner, američki psihijatar i psihoanalitičar, radi s veteranima i postavlja klinički okvir traumatskog poremećaja kakvim ga danas vidimo. On je prepoznao da ratna neuroza predstavlja oblik histerije, ali je isto tako zaključio da je taj naziv pogrdan i da bi njegova upotreba stigmatizirala bolesnike, što objavljuje u svom radu Traumatske ratne neuroze, 1939.godine (3)

Drugi svjetski rat ponovo obnavlja interes medicine za borbenu neurozu. Prihvaćeno je da svaki čovjek može podleći strahu i da su psihijatrijske posljedice u izravnoj vezi s ozbiljnošću borbi. JW Appel i GW Beebe dolaze do zaključka da 200 do 240 dana provedenih u borbi predstavlja maksimum nakon kojeg i kod najizdržljivijih dolazi do sloma. 1947.godine, Kardiner, zajedno s Herbertom Spigelom, revidira svoj rad i smatra da je najjača zaštita protiv preplavljujućeg straha povezanost vojnika sa svojom neposrednom borbenom jedinicom i s nadređenom osobom. Abraham Kardiner (3) je, prikupljajući podatke o

simptomima i kliničkoj slici, došao do nekoliko zajedničkih obilježja psihičkih reakcija ratnika:

1) atipični snovi;

2) preokupacije traumatskim zbivanjem;

3) sužavanje ličnosti;

4) impulzivni odgovori;

5) iritabilnost.

Korisna su bila i iskustva preživjelih zatočenika koncentracionih logora, čije su se smetnje uklapale u navedenu kliničku sliku. Tako je 1952.g. s pojavom *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I) prepoznat poremećaj koji nastaje nakon izlaganja traumatskom iskustvu (6). Poremećaj je nazvan Velikom stresnom reakcijom, pri čemu je razlikovan civilni i borbeni stres. Naime, utvrđeno je kako i ekstremni stresovi u svakodnevnom životu također dovode do patoloških psihičkih reakcija. Smetnje su shvaćene upravo kao reakcija ograničenog trajanja, bez kronificirane forme. Kad su se simptomi počeli povlačiti, smatralo se da je poremećaj prošao. Svi daljnji simptomi smatrani su manifestacijom nekog drugog poremećaja (6). Roy Grinker i John Spiegel uočavaju da situacija kontinuiranog straha kod vojnika dovodi do razvoja ekstremne emocionalne ovisnosti o suborcima i vođi, te da je moral i dobro vođenje malih borbenih grupa, najjača zaštita protiv psihičkog sloma. Sa završetkom rata, ponovo dolazi do zaborava (4).

DSM-II (1968.g.) umanjuje značenje poremećaja i svrstava ga pod poteškoće prilagodbe u odrasloj dobi. Također ne priznaje kroničnu formu (7).

Vijetnamski rat ponovo otvara to pitanje, a motivacija za istraživanje ne dolazi od vojnog zapovjedništva nego od samih vojnika. Još za trajanja rata, veterani se udružuju u „rap groups“ (grupe za iskaljivanje, za sugovornika se uzima sebi sličnog), te zovu psihijatre da im pruže pomoć na „njihovom“ terenu. Svrha grupa bila je dvojaka: da se pruži utjeha

veteranima koji se nose s posljedicama psihičke traumatizacije i da se podigne svijest o posljedicama rata. Taj politički pritisak doveo je do pokretanja programa Operation Outreach sa stotinama centara za samopomoć i savjetovanje. To je omogućilo i sustavno psihijatrijsko istraživanje. (4). H. Grauer ukazuje na činjenicu da ekstreman stres uzrokuje nepromijenjivo ego stanje, koje u kroničnom obliku dovodi do ego alteracija ili ego iscrpljenja i promjena u superego-ego granicama (3).

Tek 1980. godine karakteristični sindrom psihičke traumatizacije postaje „stvarna“dijagnoza te ona biva uvrštena u treću reviziju *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder,* 1980.g. (8). Dijagnoza je uključivala pet kriterija: vrsta iskustva - definirano kao iskustvo koje bi kod svih ljudi izazvalo stresnu reakciju, ponovno proživljavanje traumatskog događaja, emocionalna otupljenost i izbjegavanje poticaja vezanih uz traumatsko zbivanje, te na kraju trajanje - razlikovanje akutnog od kroničnog poremećaja. Kasnija su istraživanja potvrdila valjanost klasifikacije ovog poremećaja i preciznije definirala njegove uzroke. Došlo je do određenih promjena u shvaćanju poremećaja pa su one 1987.g. uvrštene u DSM-III-R (9). Stresor je definiran kao iskustvo koje prelazi granice uobičajenog ljudskog iskustva, učinjena je bolja diferencijacija simptoma i njihova kategorizacija u 4 skupine: ponovno proživljavanje, otupjelost, pretjerana pobuđenost (hiperalertnost) i trajanje. Ova klasifikacija, iako vrlo detaljno opisuje poremećaj, pokazala se problematičnom radi prvog kriterija, odnosno opisa stresnog događaja. Shvaćanje stresora kao događaja koji prelazi uobičajeno ljudsko iskustvo, izazvalo je probleme jer je pretjerano restriktivno i subjektivno. Zbog toga, DSM-IV uvodi načelne promjene u shvaćanju stresora (traumatski doživljaj treba izazvati intenzivan osjećaj straha, bespomoćnosti ili užasa), te uvodi razlikovanje akutnog i kroničnog poremećaja, kao i kriterij prema kojem poremećaj ima utjecaja na oslabljeno funkcioniranje (2).

Svjetska zdravstvena organizacija ima svoju Međunarodnu klasifikaciju bolesti (važeća je 10. revizija MKB -10), a poremećaj se priznaje tek od 1990.g. (1,10). Stresor se definira nešto drugačije negoli u DSM-IV. Stresni događaj ili situacija "posebno je prijeteće ili katastrofične prirode, i vjerojatno bi kod svakoga uzrokovao značajne smetnje". Dijagnostički algoritam u MKB-10 razlikuje se od DSM-IV po tome što Kriterij D iz DSM-IV (simptomi pojačane pobuđenosti) nije neizostavan, već ga može zamijeniti nesposobnost prisjećanja važnih aspekata traumatskog zbivanja. U MKB-10 ne navodi se najkraće trajanje simptoma. Prema MKB-10 razlikuju se akutna stresna reakcija (F43.0), PTSP (F43.1) i trajne promjene ličnosti nakon katastrofičnog iskustva (F62.0).

Pokušalo se definirati traumatske doživljaje kao tip I traumatskog zbivanja, što je jednokratno traumatsko zbivanje kao silovanje, nesreća, prirodna katastrofa ili gubitak voljene osobe. Tip II traumatskog zbivanja uključuje višekratno i/ili dugotrajno zbivanje kao što je zlostavljanje ili zatočeništvo. Tip I izazivao bi sliku koja odgovara PTSP-u, a tip II promjenama osobnosti. No postoji i niz kombinacija između tih reakcija (11).

1.2. Posttraumatske smetnje - klinička slika i dijagnostičke kategorije

1.2.1. Akutne reakcije na stres

U osobe suočene s opasnim zbivanjem javlja se prirodna "fight-flight" reakcija - svi sustavi organizma mobiliziraju se za bijeg ili borbu. Dolazi do čitavog niza fizioloških, emocionalnih i ponašajnih promjena koje imaju adaptivnu funkciju. Promjene se kreću u rasponu od funkcionalnih i korisnih, do disfunkcionalnih i štetnih, uz individualne razlike u intenzitetu.

Fiziološki odgovor - Prema H. Selyu (12) reakcija organizma na stres odvija se kroz tri faze koje čine opći adaptacijski sindrom (GAS - *general adaptation syndrom):*

- faza alarma - brza reakcija organizma u kojoj se krv odašilje tamo gdje je najpotrebnija. Zbog toga se ubrzava rad srca i disanje, kako bi se pojačala opskrba krvlju i kisikom

- faza otpora - ukoliko se djelovanje stresora nastavlja dolazi do usporavanja rada srca, "normaliziranja" funkcija, no u krvi su i dalje prisutni hormoni koji su karakteristični za stres

- faza iscrpljenja - stanje organizma nakon dugotrajne izloženosti stresu, dovodi do sloma prilagodbenih mogućnosti.

Psihološki odgovor - Pažnja i polje svijesti su suženi, što može spriječiti da se vanjski podražaji i informacije prime u njihovom punom značenju, zbog čega može nastati dezorganizacija. Dominiraju tjeskoba, zabrinutost, preplašenost, strah, osjećaj neizvjesnosti i ugroženosti, te depresivne smetnje (žalost, tuga, bezvoljnost, neraspoloženje, "crne misli"). Jaka anksioznost praćena je neurovegetativnim znacima kao što su tahikardija, znojenje, drhtanje.

Ponašajni odgovor - Osim fizioloških i emocionalnih smetnji, mogu se javiti ljutnja i bijes, osjećaj nesposobnosti za rješavanje čak i običnih zadataka, neodlučnost. U ekstremnim slučajevima može se javiti i disocijacija u različitim formama (stupor, derealizacija, depersonalizacija, emocionalno mrtvilo, amnezija vezana za događaj).

Ukoliko se tegobe počinju povlačiti tijekom 24-48 sati, reakcija na stres, bilo kojeg intenziteta, smatra se normalnim odgovorom na nenormalni događaj (13), odnosno ukoliko ne spriječavaju radno i socijalno funkcioniranje (14).

Većina osoba pogođenih traumatskim događajem imat će neke oblike akutne reakcije na stres, no kod velike većine tegobe će se spontano povući nakon izdvajanja iz situacije ili njezinog smirivanja. Manji broj osoba imat će kronične smetnje koje mogu (ali i ne moraju) poprimiti kliničku sliku PTSP-a (5,14)

U trenutku traumatskog zbivanja, žrtva je bespomoćna, preplavljena silinom tog zbivanja. Kad je to posljedica prirodnih zbivanja, govorimo o katastrofama, a kada je posljedica ljudskih djelovanja, onda govorimo o nasilju.

Američko psihijatrijsko udruženje definiralo je traumu kao „događaj koji je izvan granica uobičajenog ljudskog iskustva“. Neki osporavaju takvu definiciju jer i rat i drugi oblici nasilja kontinuirano su prisutni u ljudskoj povijesti. Ali možemo reći da su traumatski događaji izuzetni jer onesposobljavaju čovjekove adaptivne mehanizme koji su mu nužno potrebni za život. Uz to, za razliku od ljudskih nesreća, uvijek imaju i neposrednu opasnost po ljudski život ili tjelesni integritet, ili susret s nasiljem i smrću. Prateći osjećaj koji se razvija u čovjeku, a koji postaje denominator, „osjećaj je intenzivnog straha, bespomoćnosti, gubitka kontrole i opasnosti od uništenja“(4).

Uobičajeni ljudski odgovor na opasnost je složeni sustav reakcija. Pobuđuje se simpatički živčani sustav, dolazi do porasta adrenalina, a time i budnosti, pažnja se usmjerava na neposrednu situaciju, zanemaruje se glad, umor ili bol. Javlja se i intenzivan osjećaj straha i bijesa. To su normalne adaptivne reakcije koje pokreću osobu na akciju, bilo na obranu ili na bijeg (4).

1.2.2. Kronične reakcije na stres

Traumatske reakcije javljaju se kad akcija nije moguća. Čovjek je preplavljen, postaje dezorganiziran jer traumatsko zbivanje razdvaja inače integrirane funkcije jednu od drugih. Tako svaka komponenta uobičajenog odgovora na opasnost, iako nesvrsishodno, nastavlja samostalno postojati, u izmijenjenom obliku, dugo nakon prestanka traumatskog zbivanja. Ta fragmentacija kroz koju traumatsko zbivanje razara složeni sustav samozaštite, centralna je točka povijesnih opisa posttraumatskih poremećaja. Janet je tu pojavu opisao kao „dijeleći“ utjecaj intenzivnih osjećaja koji onesposobljava „sintetizirajuću“ funkciju duha. (4)

Većina simptoma PTSP-a može se razvrstati u tri glavne kategorije: pretjerana pobuđenost, intruzija i konstrikcija. Pretjerana pobuđenost je posljedica stalnog iščekivanja opasnosti, intruzija je posljedica neizbrisivog traga traumatskog sjećanja, a konstrikcija je posljedica paraliziranosti kod onih koji se predaju (4).

1.2.3. Posttraumatske reakcije u MKB – 10 sustavu

Takve kliničke slike trebale bi odgovarati niže navedenim dijagnostičkim kategorijama.

Svjetska zdravstvena organizacija (MKB -10) na sljedeći način opisuje simptome, kliničku sliku i dijagnostičke smjernice ovog poremećaja (1).

F43.1Posttraumatski stresni poremećaj

Pojavljuje se kao odgođeni i/ili produženi odgovor na stresogeni događaj ili situaciju (bilo kraćeg bilo duljeg trajanja) iznimno jake ugroženosti ili katastrofične prirode koja može izazvati sveprožimajuću uznemirenost, u gotovo kod svakoga (npr. prirodne ili neprirodne katastrofe, borba, teška nesreća, prisustvovanje nasilnom umorstvu, stradanje kao žrtva mučenja, terorizma, silovanja ili drugog kažnjivog djela). Predisponirajući čimbenici kao što su crte ličnosti (npr. kompulzivne, astenične) ili raniji neurotski poremećaj, mogu spustiti prag za razvoj sindroma ili pogoršati njegov tijek, međutim nisu ni nužni ni dovoljni da bi se objasnila pojava poremećaja.

Tipični simptomi uključuju epizode ponovnog proživljavanja traume nametljivim sjećanjima ("flashback"), snovima ili morama, koji se zbivaju usprkos stalnom osjećaju emocionalne ukočenosti i tuposti, odvojenosti od drugih ljudi, nereaktivnosti na okolinu, anhedonije i izbjegavanja aktivnosti i situacija koje podsjećaju na traumu. Često postoji strah i izbjegavanje znakova koji podsjećaju na izvornu traumu. Rijetko može doći do dramatičnih, akutnih napada straha, panike ili agresivnosti koji se aktiviraju s pomoću stimulusa što pobuđuju iznenadno sjećanje i/ili ponovno odigravanje traume ili prvobitne reakcije na nju.
Obično su prisutna stanja pretjerane vegetativne podražljivosti s hipervigilitetom, ili pretjerana reakcija prestrašenosti i insomnije. Anksioznost i depresija često su povezane s navedenim simptomima i znakovima, a nije rijetka ni suicidalna ideacija. Droge i prekomjerno uzimanje alkohola mogu biti komplicirajući čimbenik.

Početak poremećaja slijedi traumu uz razdoblje latencije od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci (ali rijetko kada dulje od 6 mjeseci). Tijek poremećaja fluktuira, ali se u

većini slučajeva može očekivati oporavak. Kod manjeg dijela bolesnika poremećaj može imati kronični tijek kroz više godina, te prijelaz prema trajnoj promjeni ličnosti (F 62.0).

Svjetska zdravstvena organizacija već u MKB -10 donosi smjernice za trajni poremećaj osobnosti koja pokriva dio opisanih smetnji, no isključuje istovremeno postojanje PTSP-a (1).

F 62.0 Trajna promjena ličnosti nakon katastrofalnog doživljaja

Trajna promjena ličnosti može nastati nakon doživljenog katastrofalnog stresa. Stres mora biti toliko ekstreman da nije nužno razmatrati osobnu vulnerabilnost u objašnjenju njegova snažnog utjecaja na ličnost. Primjeri uključuju iskustva u koncentracijskom logoru, mučenje, katastrofe, produljeno izlaganje situacijama opasnima za život (npr. talačke situacije – produljeno zatočeništvo s prijetećom mogućnošću da osoba bude ubijena). Posttraumatski stresni poremećaj (F 43.1) može prethoditi ovom tipu promjene ličnosti, koja se tada može smatrati kroničnom, ireverzibilnom sekvelom stresnog poremećaja. U drugim slučajevima, međutim, trajna promjena ličnosti koja odgovara dolje navedenom opisu, može se razviti bez prijelazne faze očitog posttraumatskog stresnog poremećaja. No, dugotrajnu promjenu ličnosti koja se javlja nakon kraćeg izlaganja situaciji opasnoj za život, kao što je automobilska nesreća, ne treba uključiti u ovu kategoriju, jer novija istraživanja pokazuju da takav razvoj ovisi o prije postojećoj psihološkoj osjetljivosti.

Dijagnostičke smjernice:

Promjena ličnosti treba biti trajna i očituje se kroz nefleksibilna i maladaptivna obilježja koja dovode do poremećaja interpersonalnog, socijalnog i radnog funkcioniranja. Obično promjenu ličnosti može potvrditi ključni davatelj podataka. Da bismo postavili dijagnozu, nužno je utvrditi prisutnost obilježja koja prije nisu postojala, kao što su:

a) neprijateljsko ili nepovjerljivo postavljanje prema svijetu;

b) socijalno povlačenje;

c) osjećaj praznine i beznađa;

d) kronični doživljaj prijetećeg sloma, kao da postoji stalna ugroženost;

e) otuđenost.

Ovakva promjena ličnosti mora postojati najmanje dvije godine i ne smije biti rezultat od prije postojećeg poremećaja ličnosti ili mentalnog poremećaja, osim posttraumatskog stresnog

poremećaja (F43.1). Potrebno je isključiti prisutnost oštećenja ili moždane bolesti, koji mogu biti uzroci sličnih kliničkih obilježja.
Isključuje: posttraumatski stresni poremećaj (F 43.1)

Kritičari su postavili pitanje oko pouzdanosti, validnosti i kliničke koristi ove dijagnostičke kategorije. Rađeno je vrlo malo istraživanja oko deskriptivne validnosti te kategorije, a dobiveni rezultati pokazali su da su prominentni simptomi neprijateljstvo i nepovjerenje. Također su primijećeni sljedeći simptomi: somatizacija, samoozljeđivanje, seksualna disfunkcija i trajni osjećaj krivnje, koji nisu obuhvaćeni sadašnjim kriterijima (15).

1.2.4. Posttraumatske reakcije u DSM –IV sustavu

Američko psihijatrijsko udruženje donijelo je smjernice koje s malim razlikama opisuju isti poremećaj (2).

DSM-IV - Dijagnostički kriteriji za Posttraumatski stresni poremećaj

A. Osoba je bila izložena traumatskom događaju koji je uključivao oba sljedeća navoda:
1) Osoba je proživjela, prisustvovala ili se suočila s događajem ili događajima koji su predstavljali izravnu ili potencijalnu smrtnu opasnost, ranjavanje ili ugroženost osobnog ili tuđeg integriteta
2) Kao odgovor na traumatsku situaciju javio se intenzivan strah, osjećaj bespomoćnosti ili užasnutost.

B. Traumatski događaj se stalno proživljava na jedan (ili više) od sljedećih načina:
1) Povratna ili nametljiva sjećanja na događaj, uključujući slike, misli, percepcije
2) Ponavljanje uznemirujućih snova o događaju
3) Osoba se ponaša i osjeća kao da se traumatski događaj ponovno odvija (osjećaj ponovnog proživljavanja situacije, iluzije, halucinacije, epizode disocijativnih "flash-backova", uključujući i one koji se javljaju prilikom buđenja ili intoksikacije)
4) Intenzivan psihološki distres prilikom izloženosti unutarnjim ili vanjskim podražajima koji simboliziraju ili podsjećaju na traumatski događaj

5) Psihološka reaktivnost na izlaganje internim ili eksternim podražajima koji predstavljaju, ili su slični nekom aspektu traumatskih događaja.

C. Stalno izbjegavanje poticaja vezanih za traumu ili otupjelost opće reaktivnosti (koja nije bila prisutna prije traume) indicirana s tri (ili više) od sljedećih simptoma:

1) nastojanje da se izbjegnu misli, osjećaji ili razgovor vezan za traumu
2) nastojanje da se izbjegnu aktivnosti, mjesta i osobe koje podsjećaju na traumu
3) nesposobnost prisjećanja nekog važnog elementa traume
4) zamjetno smanjen interes ili sudjelovanje u značajnim aktivnostima
5) osjećaj odvojenosti ili otuđenja od drugih osoba
6) reduciranost afektiviteta
7) osjećaj besperspektivnosti

D. Stalni simptomi pojačane pobuđenosti (koji nisu bili prisutni prije traume) indicirani s dva (ili više) od sljedećih obilježja

1) otežano usnivanje ili održavanje sna
2) razdražljivost ili ispadi ljutnje
3) otežano koncentriranje
4) hipervigilitet
5) pretjerana preneraženost

E. Trajanje smetnji (simptomi Kriterija B,C,D) dulje od mjesec dana

F. Poremećaj uzrokuje klinički značajne smetnje ili oštećenja socijalnog, radnog ili drugog funkcioniranja.

Odrediti radi li se o:

- akutnom: ako je trajanje simptoma kraće od 3 mjeseca
- kroničnom: ako je trajanje simptoma 3 i više mjeseca
- s odgođenim početkom: ako se simptomi pojave najmanje 6 mjeseci nakon stresora.

Popratna obilježja i poremećaji Posttraumatskog stresnog poremećaja prema DSM-IV

Sljedeća popratna konstelacija simptoma može se pojaviti i češće su povezani s interpersonalnim stresorom (npr. kod seksualnog i fizičkog zlostavljanja djece, obiteljskog zlostavljanja, osoba koje su bile taoci, ratnih zarobljenika u logorima, mučenja): oštećenje emocionalne modulacije; autodestruktivno i impulzivno ponašanje; disocijativni simptomi; somatizacije; osjećaji nesposobnosti, stida, očaja, beznadnosti; osjećaj trajne oštećenosti; gubitak prije podržavanih uvjerenja; neprijateljstvo, povlačenje iz društva; osjećaj stalne ugroženosti; narušeni odnosi s drugim osobama i karakterne promjene ličnosti.

1.2.5. Dugotrajne posljedice psihotraumatizacije

Kenzie ukazuje da je Janet još početkom 20. st. uveo koncept disocijacije, no disocijacija i njen odnos s posljedicama traumatizacije još uvijek nisu istraženi i pojašnjeni. Osnovne simptome disocijacije, kao što su amnezija, depersonalizacija, derealizacija i poremećaji identiteta, nalazimo kod žrtava, ali ih se ne dovodi u vezu s traumatskim zbivanjem (3).

Tako već niz godina postoje opisi kliničkih slika koje se ne uklapaju u postojeće kriterije za PTSP. Nije uklopljeno nekoliko područja.

Prvo, **simptomatsko**, klinička slika mnogih traumatiziranih osoba puno je kompliciranija i nejasnija nego u PTSP-u. Mnogo je više pritužbi, nivoi distresa su znatno viši nego u drugih bolesnika te postoji značajna patologija u kognitivnoj, somatskoj i afektivnoj sferi. Ponavljano traumatsko djelovanje pojačava i generalizira fiziološke simptome PTSP-a. Kronično traumatizirani ljudi su hipervigilni, anksiozni bez prepoznatljivog osnovnog stanja mira i zadovoljstva. Ne žale se samo na nesanicu, pojačanu pobuđenost i napetost nego su prisutne i druge tjelesne tegobe kao glavobolja, gastrointenstinalne smetnje, bolovi i impotencija. Kroz disocijaciju, pomoću supresije, minimaliziranja i ponekad otvorenog poricanja, uspijevaju mijenjati nepodnošljivi realitet. Disocijacija i poricanje čak se svjesno primjenjuju kako bi se izdržala glad, hladnoća i bol. Poremećaji u osjećaju protjecanja vremena, u sjećanju i koncentraciji prisutni su gotovo kod svih. Alteracije u osjećaju vremena započinju preko obliteracije budućnosti, a kasnije prelaze u obliteraciju prošlosti. Većina doživljava osjećaj gorčine i iznevjerenosti. Nose teret neiskazanog bijesa na one koji su ostali sa strane ili nisu uspjeli pomoći. Taj bijes bude prisutan i nakon stresa, te ih u povremenim izljevima još više udaljuje od drugih osoba.. Ako se bijes internalizira, može dovesti do maligne mržnje prema sebi i do suicidalnih ideja. To je prva skupina promjena.

Drugo je **karakterološko,** jer se kao posljedica razvijaju promjene osobnosti, uključujući i promjene u odnosima i identitetu. Napad na osjećaj autonomije doživljava se preko deprivacije hrane, sna, skloništa, osobne higijene i privatnosti. Razaranje identiteta ide preko napada na povezanost s drugim osobama, kad osoba bude prisiljena izdati taj odnos preko svjedočenja o napadu na drugu osobu ili sudjelovanja u tome. Često osobe, nakon jednokratnog traumatskog zbivanja, za sebe kažu da nakon toga nisu više iste, a nakon kroničnog traumatskog djelovanja kažu da više ni nisu osobe.

Treće područje uključuje ponovnu traumatizaciju, **reviktimizaciju.** U PTSP-u postoji repetitivno ponavljanje traumatizacije kroz snove i intruzivna sjećanja, a kod kronično traumatiziranih ponovno traumatiziranje uistinu se ponovo događa: to nije jednostavno opetovano odigravanje traumatskog iskustva, nego prije ima skrivenu simptomatsku ili karakterološku formu (16).

Traumatskim djelovanjem izazvani poremećaji relativno su slabo prepoznati, a neprepoznavanje se objašnjava multiplicitetom simptoma koje bolesnik donosi i koji se ne povezuju direktno s traumatskim djelovanjem.(17)

1.2.6. DESNOS – klinička slika i dijagnostički kriteriji

DESNOS opisuje sljedeću kliničku sliku kroz 6 skupina simptoma (17).

Disregulacija afekta

Osobe koje zadovoljavaju kriterije za DESNOS imaju poteškoća u prihvaćaju i obradi emocionalnih iskustava. Te osobe pretjerano reagiraju na manje podražaje, lagano postanu preplavljene, imaju ekstremne reakcije na neutralne ili blage podražaje, imaju poteškoća u smirivanju, mogu reagirati na autodestruktivan način, od samoozljeđivanja, zloporabe sredstava, poremećaja hranjenja u cilju ovladavanja emocijama. Također je tipično da imaju

poteškoća u izražavanju i modulaciji ljutnje. Često pokazuju suicidalne preokupacije, seksualne preokupacije i rizična djelovanja.

Poremećaji pažnje i svijesti

Česta obrana od traumatskih iskustava je disocijacija, izdvajanje tih doživljaja iz „svakodnevne“ razine svjesnosti. U normalnom tijeku, informacije o iskustvu su više ili manje koherentne, većina dijelova je povezana i dostupna. U disocijaciji, u većoj ili manjoj mjeri ne dolazi do integracije inoformacija. Često se ne mogu sklopiti traumatsko iskustvo s vlastitim osjećajem sebe i s načinom na koji percipiraju svijet. Zato takva iskustva spadaju u zasebne aspekte svjesnosti izvan svakodnevne razine. Ti «odrezani» aspekti traumatskog iskustva obično su perceptivni ili senzorni (prije nego lingvistički) i doživljeni kao neobjašnjive fizičke senzacije koje ne mogu biti verbalno obrađene (kao što se očekuje tijekom terapije). Kronično traumatizirani često samo povremeno imaju pristup određenim informacijama, postaju „zaboravljivi“, redovito ih se doživljava kao „u oblacima“ i povlače se kod konfrontacije s bolnim emocijama ili podsjetnicima na traumatsko iskustvo.

Poremećaji u self percepciji

Osobe s DESNOS-om često razviju negativno poimanje sebe kao bespomoćnih, oštećenih, beskorisnih i nepoželjnih drugima. Ta percepcija proizlazi iz načina na koji dijete interpretira svijet; njihovo preoperativno razmišljanje postavlja ih u centar svijeta i vodi u doživljaj da su sami izazvali svoju patnju. U isto vrijeme imaju problem u preuzimanju adekvatne odgovornosti za svoje ponašanje. Također imaju osjećaj da nitko ne razumije njihovo iskustvo ili mogu jako umanjiti utjecaj koji je to iskustvo imalo na njih, ili smatrati da smetnje i traumatsko iskustvo nisu povezani.

Poremećaji u odnosima

Često se može primijetiti „isključenost“ (koja u osnovi predstavlja disocijativni fenomen), pa ne primijete znakove opasnosti kao što su osjećaj nelagode, povrijeđenosti i opasnosti ili

neprikladnog ponašanja druge osobe, ne dožive te osjećaje kao upozorenje. Dok, netraumatizirane osobe kad se zateknu u neugodnoj situaciji traže da takvo ponašanje prestane ili se povlače iz takvih interakcija, traumatizirane osobe nastavljaju odnos u kojem se osjećaju posramljeno, zbunjeno ili uznemireno. Propuštaju reagirati na inicijalne znakove kao najavu onoga što dolazi. Često nisu u mogućnosti iskoristiti tjelesne znakove (kao što je ubrzani rad srca, nelagoda, promjena disanja, fizička potreba za bijegom, gastrointestinalne smetnje) kao uputu za akciju. Osjećaju se živima jedino ako su agitirani ili u konfliktu i prihvaćaju ponovnu traumatizaciju kao očekivani slijed događaja.

Somatizacije

Kronično traumatizirani često se žale na trajne tjelesne smetnje koje se medicinski ne mogu objasniti. Iako je pokazano da ponovljeno traumatsko iskustvo djeluje i na biološkoj razini, somatizacije još nisu u potpunosti razjašnjene. Smatra se da kronična traumatizacija „resetira" tjelesne fiziološke funkcije na iščekivanje novog traumatskog događaja. Tijekom vremena ta anticipacija na fiziološkoj razini nosi negativne posljedice za osnovno funkcioniranje. Kako je van der Kolk naglasio, oni su izgubili sposobnost da riječima izraze svoje traumatsko iskustvo, pa fizički simptomi mogu kronično traumatiziranima predstavljati simboličan način komunikacije njihove emocionalne boli.

Poremećaji u sustavu vrijednosti

Kronično traumatizirani često iskazuju kako život nema smisla ili svrhe. Mogu dovoditi u pitanje religijska ili etička načela u kojima su odrastali i vide bilo koju religijsku ideju kao namjerno zlu ili neosjetljivu na ljudsku patnju. Usvajaju stav da je „svaka osoba u svijetu sama i za sebe" ili pak fatalistički pristup životu, predviđajući da nikad neće biti sposobni napraviti bilo kakvu pozitivnu promjenu. (17,18)

Dijagnostički kriteriji za DESNOS

I. ALTERACIJA U REGULACIJI AFEKTA I IMPULSA *(A i 1 od B–F)*:

A. Regulacija afekta
B. Modulacija ljutnje
C. Samodestrukcija
D. Suicidalne preokupacije
E. Poteškoće u regulaciji seksualnog angažmana
F. Pretjerano preuzimanje rizika

II. ALTERACIJE U PAŽNJI I SVJESNOSTI *(A ili B)*:

A. Amnezija
B. Tranzitne disocijativne epizode i depersonalizacija

III. ALTERACIJA U SAMOPERCEPCIJI *(2 od A–F)*:

A. Neefikasnost
B. Permanentna oštećenost
C. Krivnja i odgovornost
D. Sram
E. Nitko ne može razumijeti
F. Minimiziranje

IV. ALTERACIJA U RELACIJI S DRUGIMA *(1 od A–C):*

A. Nesposobnost vjerovanja
B. Reviktimizacija
C. Viktimizacija drugih

V. SOMATIZACIJA *(2 od A–E)*:

A. Digestivni simptomi
B. Kronična bol
C. Kardiopulmonalni simptomi
D. Konverzivni simptomi
E. Seksualni simptomi

VI. ALTERACIJA U SISTEMU VJEROVANJA *(A ili B)*:

A. Očaj i beznadnost

B. Gubitak prethodno stečenih vjerovanja

Empirijska istraživanja pokazala su da je kod osoba s kroničnom psihotraumatizacijom često istovremeno prisustvo ili komorbiditet DESNOS-a, PTSD-a i graničnih poremećaja osobnosti (borderline personality disorder-BPO) (17,19). Prisutnost PTSP-a nije preduvjet za DESNOS, no razumijevanje nepostojanja PTSP dijagnoze kod DESNOS bolesnika zahtijeva daljnja istraživanja.

Većina autora upotrebljava nazive DESNOS i Complex PTSD(Complex Posttraumatic Stress Disorder) kao jednoznačne, te ih navode istovremeno. Kronični PTSP je termin koji je također bio upotrebljavan, no smatra se da je Complex PTSD točniji i precizniji.

Trajna promjena osobnosti nakon katastrofalnih doživljaja, DESNOS i C-PTSD preklapaju se u više simptoma. Zajednička im je karakterološka promjena koja te poremećaje čini dugotrajnima i teško liječivima, a bolesnici ne funkcioniraju barem u jednoj sferi života (obiteljska, radna, socijalna). Iako je Trajna promjena osobnosti nakon katastrofalnih doživljaja prisutna od 1990. godine kao dijagnostički entitet u klasifikaciji MKB-10 (1), meni nije poznato da je napravljeno kliničko istraživanje vezano uz tu dijagnozu. Također, prema toj kategoriji nije osmišljen upitnik, ni intervju, što se odrazilo i na klinička i na epidemiološka istraživanja. DESNOS kao istraživački entitet ima osmišljen strukturirani intervju te oblikovanu samoprocjensku inačicu u obliku upitnika (18). Tako su i klinička i epidemiološka istraživanja bila rađena pretežno prema tim instrumentima.

1.3. Epidemiologija i komorbiditet posttraumatskih poremećaja

Posttraumtski stresni poremećaj (PTSP) relativno je čest, premda nije jedini poremećaj koji nastaje kao posljedica traumatskog iskustva, a istraživanja govore o prevalenciji od 1-14% (5, 20-21) u općoj populaciji. Kad je riječ o ratnim veteranima ta stopa iznosi od 15% do 57% (19-20,22). Najviša prevalencija je među ratnim zarobljenicima od 50% (23) do 100 % (24). Oko 8% ima simptome i nakon 40 godina (25).

Provedeno je relativno puno istraživanja proširenosti traumatskih poremećaja, no nije se došlo do približnog odgovora o njegovoj prevalenciji. Razlog tome je što se definicija poremećaja mijenjala više puta pa su teško usporediva istraživanja proširenosti poremećaja prema različitim kriterijima (1-2,8-9). Navodi se da samo jedan od 20 slučajeva unutar zajednice stvarno i dobije psihijatrijsku skrb (5), a objašnjenje je u samoj prirodi poremećaja - ljudi se ne žele (ili ne mogu) prisjećati traumatskih događaja, pa ne traže uvijek pomoć.
Studije koje su upotrebljavale DIS (Diagnostic Interview Schedule) našle su životnu prevalenciju 1-3 % za PTSP, a daljnjih 6-14 % imalo je neke simptome, odnosno supkliničku formu poremećaja (5, 26).

Nacionalna studija za vijetnamske veterane utvrdila je prevalenciju PTSP-a 30% za muškarce i 26% za žene, a dodatnih 22% su iskusili supkliničku formu PTSP-a (5). Također postoje rezultati koji govore o prevalenciji od 85% sindroma koncentracijskog logora, odnosno 100% prevalencija nekog oblika psihopatologije (5). Već izvještaji nakon požara u Coconut Growu pokazuju da je 57% preživjelih imalo kasnije psihijatrijske komplikacije (3,5). Tijekom života PTSP će razviti oko 8% opće populacije, dok će 39% tijekom života imati neke supkliničke simptome. Pri tome su simptomi intruzivnih sjećanja i hiperalertnosti daleko češći nego izbjegavanje i otupljenost (27). Očekivano je da u traumatiziranoj populaciji postotak prevalencije bude daleko viši, a ovisit će i o vrsti i trajanju traumatskog

zbivanja. Prema National Vietnam Veterans Readjustment Study, oko 15% vijetnamskih veterana ima razvijen PTSP. Poremećaj je češći kod ne-bijelaca (crnci - 27,9%; hispanoamerikanci - 20.6%) nego kod bijelaca (13,7%), što se objašnjava različitim izloženostima ratnih djelovanja (28). Do istog su zaključka došli MacDonald i suradnici na vijetnamskim veteranima iz Novog Zelanda. Utvrđeno je kako 36% sudionika teških borbi, 17% sudionika prosječnih borbi i 7% onih koji nisu izravno sudjelovali u borbi, ispunjava kriterije za PTSP (29). Komar i Vukušić u istraživanju u kojem je sudjelovalo 217 hrvatskih veterana, utvrđuju da ih je 25% imalo neke simptome PTSP-a, a 16.2% potpuno razvijen PTSP (30).

Čak 79% onih koji boluju od PTSP-a zadovoljava kriterije za još jedan mentalni poremećaj, a 44% za još tri. To bi značilo da za veći dio traumatiziranih osoba, dijagnoza PTSP-a zahvaća samo dio psihičkih smetnji (17,19,31). U istraživanju Keana i Wolfa tri četvrtine vijetnamskih veterana sa PTSP-om zadovoljava kriterije i za neki drugi dijagnostički entitet (32). Najčešće druge dijagnoze su: velika depresivna epizoda, distimija, zloupotreba psihoaktivnih supstanci, generalizirani anksiozni poremećaj i asocijalni poremećaj ličnosti (33-35). U već prije spomenutom istraživanju National Vietnam Veterans Readjustment Study, uspoređivane su tri grupe ispitanika prema učestalosti i vrsti psihičkih poremećaja (izuzev PTSP-a): vijetnamski veterani, civili i veterani koji nisu sudjelovali u direktnim borbama. Ovisnost o alkoholu, generalizirani anksiozni poremećaj i asocijalni poremećaj ličnosti kod dviju skupina veterana bio je statistički značajno češće dijagnosticiran nego kod civila. Skupine veterana razlikovale su se prema učestalosti velike depresivne epizode i opsesivno-kompulzivnog poremećaja koji je bio češći kod boraca s PTSP-om (28). Žrtve prirodnih katastrofa također pokazuju široki raspon psihičkih smetnji kao što su anksiozni

poremećaj, velika depresivna epizoda i somatoformni poremećaj, no među njima je manje ovisnosti o alkoholu ili drogama negoli kod veterana (36).

The National Comorbidity Survey nalazi da skoro 84% ljudi s PTSP-om ima još jednu dijagnozu tijekom života, s tipično PTSP-om kao prvom dijagnozom (37). The Australian National Comorbidity Study pokazala je da 88% bolesnika s PTSP-om ima barem još jednu dijagnozu. Najčešći su depresivni poremećaj s 48%, a slijedi zloupotreba alkohola s 52%. Čak 59% ima tri ili više poremećaja, a 51% zadovoljava kriterije i za dijagnozu na drugoj osovini (što znači poremećaje osobnosti), naspram 6% ne-PTSP populacije. U većini slučajeva, PTSP je bio inicijalni poremećaj. Autori zaključuju da se čisti PTSP rijetko nalazi čak i u općoj populaciji i da traumatizirani pojedinci pokazuju raznoliku konstelaciju depresije, anksioznosti i somatizacija (38). U istraživanju Forda i Kidda komorbiditet je bio, izuzev PTSP-a, s depresijom u prevalenciji od 39%, te s antisocijalnim poremećajem osobnosti u prevalenciji od 23% (39). U skupini veterana koji traže bolničko PTSP zbrinjavanje, Ford nalazi da 31% zadovoljava kriterije i za PTSP i za DESNOS, 29% ima PTSP, 26% DESNOS, 13% ne zadovoljava kriterije nijednog od ova dva poremećaja. Dijagnoza PTSP-a povezana je s većim izlaganjem ratnim traumatizacijama i djelovanjima, a DESNOS je bio povezan sa sudjelovanjem u ratnim zbivanjima i s traumatizacijom u djetinjstvu, zatim s ekstremnim razinama intruzivnih ponovnih proživljavanja, s oštećenim objektnim odnosima i s pojačanim korištenjem psihijatrijske skrbi (40).

Istraživanja traumatizirane populacije uglavnom su se svodila na PTSP. DESNOS, kao zasebna dijagnostička kategorija, nije uvršten u klasifikaciju, a Trajne promjene osobnosti nakon katastrofalnih događaja su prihvaćen, ali slabo istraživan dijagnostički entitet. Nije formiran upitnik, a postoje i dva seta kriterija koje uvode zabunu u kliničkoj primjeni (15).

Nije poznato je li provedeno epidemiološko istraživanje vezano za Trajne promjene osobnosti.

Rezultati istraživanja većinom govore da se DESNOS javlja kao samostalni poremećaj, ali i u komorbiditetu sa PTSP-om. Prevalencija je od 1% (populacija studentica) (41), 2% kod civilne populacije izložene ratnim zbivanjima (42), dok kod veterana čak i do 57%, i to 31% kao komorbiditet s PTSP-om, a 26% kao zasebna dijagnostička kategorija (40). U već spomenutom istraživanju Forda i Kidda na veteranima sa PTSP-om, prevalencija DESNOS-a bila je 57% (39). U skupini veterana sa PTSP-om koji traže bolničko zbrinjavanje, Ford nalazi da 31% zadovoljava kriterije i za PTSP i za DESNOS, a 26% za DESNOS bez PTSP-a (40).

PTSP spada u anksiozne poremećaje, dok DESNOS uključuje širi set oštećenja samo-regulacije koji imaju oblik dubljih i trajnih problema s preplavljujućim emocionalnim distresom, periodima disocijacija, gubitkom bazičnog osjećaja povjerenja u odnosima i gubitkom životnih vrijednosti, te s kroničnim zdravstvenim problemima koji ne mogu biti medicinski objašnjeni. Usprkos uobičajenom pojavljivanju niza smetnji kod osoba s PTSP-om, a koje ne pripadaju PTSP-u, dugo vremena se taj odnos PTSP-a i tih drugih simptoma nije istraživao nego se na njih referiralo kao na „komorbidna stanja“.

Rezultati DSM-IV Field Trial upućuju da je utjecaj traumatizacije takav da se može reći kako „čisti“ PTSP dolazi s godinama, tj. što je osoba starija u trenutku traumatizacije, vjerojatnije je da će se razviti samo PTSP. To istraživanje pokazalo je

a) da rana interpersonalna traumatizacija češće dovodi do kompleksne posttraumatske psihopatologije negoli kasna interpersonalna traumatizacija,

b) da se ti simptomi pojavljuju kao dodatak PTSP-u i da ne moraju nužno formirati zasebni simptomatski sindrom,

c) što je mlađa dob u kojoj se zbila traumatizacija, vjerojatnije je da će se DESNOS javiti kao dodatak PTSP-u,

d) što su dulje pojedinci izloženi traumatskom djelovanju, vjerojatnije je da će razviti i DESNOS i PTSP

e) iako opća populacija i populacija koja traži psihijatrijsku pomoć imaju jednaku prevalenciju PTSP-a, gotovo polovina te populacije zadovoljava kriterije za DESNOS, što sugerira da DESNOS simptomi, vjerojatnije nego PTSP simptomi, potiču bolesnike da potraže pomoć (43).

1.4. Etiološki koncepti posljedica psihotraumatizacije

PTSP i trajne promjene osobnosti nakon katastrofalnih događaja, neke su od rijetkih psihijatrijskih dijagnoza koje se definiraju uzrokom. Poremećaj ne postoji ukoliko ne postoji stresor.

Trajne promjene osobnosti, kao i posttraumatski stresni poremećaj interakcija su žrtve i jedne (ili više) trauma. U obzir se moraju uzeti veza između žrtve i traume, osobna vulnerabilnost, sama trauma, što znači karakteristike stresora, te posttraumatske varijable (5).

Dok je etiologija PTSP-a istraživana u određenoj mjeri, etiologija trajnih promjena osobnosti istraživana je vrlo malo i gotovo usputno, tijekom prepoznavanja potrebe za tom dijagnozom. Kako nije bilo razlikovanja tih dviju dijagnoza, vjerojatno je dio bolesnika s trajnim promjenama osobnosti bio i ispitivan kao bolesnik s PTSP-om. Tako se i prepoznavanje etiologije nekako usmjerilo na „dodatne“ čimbenike, znači koji, uz čimbenike koji sudjeluju u etiologiji PTSP-a, dovode do razvoja Trajnih promjena osobnosti.

1.4.1 Osobine stresora

Postoji veća vjerojatnost pojavljivanja smetnji i poremećaja kad je stresni događaj određenih karakteristika - iznenadan, neočekivan, ugrožavajući, prolongiran i ponavljajući, kad izaziva tjelesne pozljede, ugrožava život, ponižava žrtvu, uništava zajednicu.

Stresni događaji se uobičajeno dijele na one koji su posljedica prirodnih /i tehničkih katastrofa (potresi, poplave, požari, nesreće kemijskih i nuklearnih tvornica), potom terorističkih i kriminalnih ponašanja (silovanje, ubojstva, otmice, zlostavljanja), ratnih i borbenih stresova (granatiranje, ranjavanje, izbjeglištvo, doživljavanje masakra i smrti), te prometnih nezgoda (31). Traumatski događaji nastali zbog ljudskog djelovanja češće dovode do razvoja PTSP-a i trajnih promjena osobnosti, negoli prirodne katastrofe (5).

Pojava PTSP-a proporcionalno je povezana sa stupnjem intenziteta stresa, tzv. magnitudom stresa. Tako veterani koji su bili na bojišnicama gdje su vođene intenzivne borbe imaju dva puta veću vjerojatnost razviti PTSP, negoli oni koji su sudjelovali u borbama niskog intenziteta (24).

Kod PTSP-a u pitanje je doveden kriterij A u DSM-IV. Naime, prema tom kriteriju dovoljno je čuti o nečijoj patnji ili stradanju, kako bi taj kriterij bio zadovoljen. Osoba treba pri tom zbivanju osjetiti strah, bespomoćnost i/ili užas. Ako tako gledamo, vjerojatno je da će gotovo 100% populacije barem jednom tijekom života biti izloženo traumatskom djelovanju. Kriterij je preblag, ne uzima u obzir kulturološke razlike u shvaćanju traume, te izjednačava žrtvu jednokratnog traumatskog zbivanja kao što je prometna nesreća, s dugotrajnom traumatizacijom kao što je zarobljeništvo (2,44).

Prijedlog za DSM V teži tome da se bolje razluči „traumatsko“ od onoga što je „stresno“, a što ne prelazi prag traumatičnosti. U tom prijedlogu izostavlja se izraz „fizičkog integriteta sebe ili drugih“, a uvodi se seksualno nasilje. Tako predloženi kriterij obuhvaća objektivne traumatske događaje dok isključuje subjektivni osjećaj traumatizacije. Također se

izostavlja kriterij A2 te se tako obuhvaćaju i oni koji u danom trenutku traumatskog zbivanja nisu reagirali sa strahom, bespomoćnošću i užasom, jer ta grupa ljudi /bolesnika može reagirati s pretjerano moduliranim odgovorom na psihotraumatizaciju (45).

Stresor koji dovodi do razvoja DESNOS-a je interpersonalan, ljudsko djelovanje ima veliko značenje, često djeluje u ranijoj životnoj dobi, te djeluje dugotrajnije (41,43,46).

1.4.2. Neurobiološki čimbenici

Kod PTSP-a su nađene brojne psihofiziološke i neurokemijske promjene za koje se pretpostavlja da nisu bile prisutne prije traumatskog zbivanja i da je trauma sama po sebi bila inicijator kratkotrajnih ili dugotrajnih strukturalnih promjena (5).

U dosadašnjoj literaturi nema istraživanja bioloških čimbenika kojima je cilj bila trajna promjena osobnosti. Postoje prijedlozi koji povezuju traumatizaciju tijekom djetinjstva te ponovljenu traumatizaciju koja dovodi do smetnji. U tom smislu praćene su biološke promjene kod traumatizirane i zlostavljane djece, koje dijelom odgovaraju promjenama kod traumatiziranih odraslih, a pretpostavlja se da kod dijela odraslih perzistiraju od djetinjstva.

Opisano je kako različita brzina sazrijevanja amigdala, hipokampusa i prefrontalnih regija mozga utječe na posttraumatske reakacije. Kako amigdale počinju funkcionirati neposredno nakon rođenja, djeca ubrzo postaju sposobna iskusiti strah i procijeniti opasnost. Hipokampus, koji je neophodan za stavljanje opasnosti u prostorni okvir, postupno sazrijeva tijekom prvih 5 godina života te djeca pomalo stječu kapacitet za prepoznavanje prirode opasnosti. Tako, zbog nerazvijenih struktura, rana traumatizacija i zanemarivanje onemogućuju adekvatnu interpretaciju senzornih impulsa opasnosti i prijetnje (47).

Iako je osnovna organizacija moždanih struktura uvjetovana genomom, unutarnji radni modeli koji kategoriziraju iskustva u limbičkom sustavu i frontalnim lobulima, razvijaju se

postupno kako dijete sazrijeva. Kvaliteta majčinske brige utječe na sinaptički razvoj hipokampusa. Traumom izazvani neurobiološki prekidi normalnog razvoja uključuju područja koja su zadužena za homeostazu – moždano deblo i locus coeruleus, zatim područja uključena u pamćenje (hipokampus, amigdala i frontalni korteks) i područja uključena u izvršno djelovanje (orbifrontalni, cingulatni i dorzolateralni prefrontalni korteks). Trauma djeluje i na neuroendokrini sustav i gotovo sve poznate neurotransmitorske sustave (47).
Dugotrajni učinci traumatizacije su nedostatak u samoregulaciji, oštećenja učenja i pamćenja, socijalnih aspekata, te somatske smetnje (47).

Recentna istraživanja potvrdila su smanjenje volumena hipokampusa kod bolesnika s kroničnim PTSP-om. Ovo se vjerojatno javlja zbog propadanja živčanih stanica pod utjecajem kronične reakcije na stres. No još uvijek nije utvrđena povezanost simptoma PTSP-a i DESNOS-a s ovim promjenama hipokampalnog volumena (48).

1.4.3. Psihološki čimbenici

Razvoj igre i istraživačkih aktivnosti kod djeteta zahtjeva prisutnost attachment figure koja pomaže djetetu u modulaciji fiziološke pobuđenosti tako što osigurava ravnotežu između umirenja i stimulacije. Prema teoriji attachmenta, odnosi stvaraju unutrašnju mapu svijeta, a ta mapa određuje kako dijete vidi sebe, osobu koja se brine o njemu i na koji način svijet funkcionira. Ta unutarnja slika sastoji se od kognitivne i afektivne komponente znanja o svijetu. Emocije pomažu u interpretaciji značenja ulaznih impulsa povezujući sadašnje iskustvo s prošlim emocionalnim reakcijama. Emocionalni intenzitet, izazvan određenim podražajem, određuje prirodu i fleksibilnost samog odgovora. Ukoliko su emocije modulirane s kognitivnom svjesnošću o onome što se događa, vjerojatno je da će se uspjeti stvoriti fleksibilan odgovor. Emocije i kognicija su važni; djeca koja upotrebljavaju samo kognitivne obrasce u svom odnosu prema okolini a nemaju dodira sa svojim emocijama, jednako su

ometena kao i djeca koje upotrebljavaju samo emocije. Djeca koja nisu imala adekvatnu podržavajuću i brižnu okolinu, imaju dezorganizirani obrazac attachmenta te ne mogu regulirati svoja emocionalna stanja, a ne mogu ni kompenzirati taj nedostatak oslanjanjem na druge, što je uobičajeni način i za odrasle osobe u rješavanju stresa. To često dovodi do totalističke reakcije borbe ili bijega, te onemogućuje učenje iz iskustva što utječe na cjelokupni život. Odrastanje bez stimulacije ima jednak ili gori učinak na razvoj nego traumatizacija, i prediktor je agresivnog ponašanja (47).

Nedostatak emocionalne samoregulacije očituje se kao

1) nedostatak kontinuiranog, predvidljivog osjećaja sebe,

2) slabo modulirani afekti i kontrola impulsa, što uključuje agresivno ponašanje prema sebi i drugima,

3) nesigurnost oko oslanjanja na druge i predviđanja ponašanja drugih osoba, što dovodi do nepovjerenja, sumnjičavosti i problema s bliskosti.

Mogu imati alteracije u stanju svijesti s amnezijama, hipermnezijama, disocijacijama, depersonalizacijama i derealizacijama. Pažnja može biti sužena na izvore prijetnje uz nezainteresiranost za uobičajene izvore koje drugi nalaze interesantnima (47).

1.4.4. Modeli djelovanja traume na neurofiziologiju mozga

U dosadašnjim klasifikacijama konceptualizacija PTSP-a bila je **stres model** gdje micanje stresora uklanja i stresni odgovor. No tijekom vremena, taj se model pokazao nedostatnim. Predložena su dva modela tumačenja traumatizacije koji uz strah i odgovor na strah obuhvaćaju disregulaciju raznih emocionalnih stanja, kao što su ljutnja, krivnja, sram i disocijacija, te emocionalna tupost. Još uvijek ne postoji model koji bi povezivao strah i druge emocionalne smetnje (49).

Prvi model opisuje emocionalnu disregulaciju kao rezultat kondicioniranja strahom kroz stres senzitaciju i kindling – **kondicioniranje strahom/ stres senzitacija/ kindling**. Glavnu podršku tom modelu predstavljaju istraživanja bioloških mehanizama senzitacije. Smatra se da reakcije straha koje se ponavljaju nakon traumatskog događaja kroz ponovno proživljavanje sjećanja na traumatsko zbivanje mogu voditi prema procesu senzitacije. Tada i neznatni podsjetnici traume i druga vezana sjećanja mogu izazvati osjećaj straha kao kod samog traumatskog događaja. Senzitacija može voditi progresivnom pojačavanju (augmentaciji) reaktivnosti i kindlingu, te voditi pojedinca u stanje generalizirane emocionalne disregulacije, koja uključuje ljutnju, žalovanje, tupost i disocijaciju kao i generalizirani odgovor na strah. Kindling je termin kojim se opisuje pojava generaliziranih epileptičkih napada koji se pojavljuju kao odgovor na ponovljene subminimalne elektrofiziološke podražaje, obično usmjerene na amigdale. Kod traumatizacije, slično kao epileptični kindling, progresivna augmentacija i širenje simptoma koji se pojavljuje tijekom vremena, može biti povezano s pojačavanjem odgovora emocionalnih neuralnih krugova što se onda dalje širi na susjedne neuralne spletove. Smatra se da reducirani odgovor kortizola nakon traumatizacije facilitira oslobađanje CRF-a (corticotrophin-releasing factor) i noradrenalina, što vodi prolongiranom stresnom odgovoru i senzitaciji sustava koji regulira stres. Uz to, noradrenalinski i kortizolski sustavi direktno utječu na učenje i isključivanje/ zanemarivanje, odnosno direktno utječu na afektivno kondicionirani stresni odgovor kao i na konsolidaciju i ponovno javljanje traumatskih sjećanja. Povišeni noradrenalin i hipokortizolizam mogu dovesti do pojačanog pohranjivanja traumatskih sjećanja i pojačavanja smetnji. Smatra se da su u taj proces uključeni medijalni prefrontalni korteks i anteriorni cingulatni korteks. Ti dijelovi mozga mogu modulirati odgovor amigdala na ustrašne podražaje kao što su ustrašna lica ili prizivanje traumatskog sjećanja. Njihova smanjena reakcija vodi do dezinhibicije amigdala. Pretpostavlja se da pojačani odgovor

amigdala uz smanjenje u medijalnom prefrontalnom korteksu ima centralnu ulogu u procesu senzitacije kroz ekscesivno dobivanje ustrašnih asocijativnih putova. No istraživanja nisu dala dosljedne rezultate te se smatra da mogu biti uključena oba stanja u traumatske poremećaje – premala emocionalna modulacija (nedostatak kontrole ili dezinhibicija emocionalnog odgovora), koja se pojavljuje tijekom ponovnog doživljavanja ili pojačane pobuđenosti i stanja pretjerane modulacije (pretjerane kontrola emocionalnih stanja) u cilju izbjegavanja neželjenih emocionalnih doživljaja kao disocijacije ili emocionalne tuposti (49). Panksepp je postavio model u kojem senzitacija sustava straha vodi destabilizaciji ostalih emocionalnih sustava i generalnoj emocionalnoj disregulaciji. Naglasio je postojanje četiri visoko interaktivna emocionalna sustava koji su genetski određeni i čija aktivacija dovodi do određenih ponašanja. To su:

1) sustav straha koji je stvoren kako bi umanjio vjerojatnost tjelesne destrukcije i pomaže bijegu iz opasnih situacija;

2) sustav bijesa kojim se posreduje ljutnja i agresija;

3) sustav traženja/istraživanja iz kojeg proizlazi prema cilju usmjereno ponašanje i može proizvesti znatiželju i intelektualna htjenja i potaknuti učenje i

4) panični sustav koji ima ključnu ulogu u održavanju socijalnih kontakata i emocionalnih procesa vezanih uz attachment.

Neuralni krugovi koji su u podlozi tih sustava pokazuju preklapanja. Nadalje Panksepp postavlja da sustav straha ima ekscitacijsku ulogu prema ostalim sustavima, dok sustav bijesa ima inhibicijsku ulogu prema sustavu straha. U procesima senzitacije, sustav straha djelovat će i na druge emocionalne sustave, sve do generalizirane emocionalne disregulacije (npr. ne samo simptomi straha, već i ljutnje, anhedonije, tuposti i panike) (50).

Drugi model – **vulnerabilnosti djetinjstva** - smješta emocionalnu disregulaciju kao distalni faktor vulnerabilnosti i pretpostavlja egzacerbaciju straha i emocionalne disregulacije nakon doživljavanja traumatskog događaja ili više njih kasnije u životu. Taj model uključuje i postavke koje su postojale i prije traumatskog zbivanja. Pretpostavlja se da odrastanje u kojem dijete nema dostupnu odgovornu attachment figuru, ili je uključeno zlostavljanje ili zanemarivanje, vodi prema neadekvatnom neurorazvoju emocionalnih i pobuđujućih regulatornih sustava te zatim i prema emocionalnoj disregulaciji. Postoji nesposobnost reguliranja fiziološke pobuđenosti izazvane traumatskim doživljajem što rezultira simptomima nakon traumatskih zbivanja u kasnijem životu.

Poznato je da se djeca oslanjaju na attachment odnos kako bi dobila zaštitu od vanjskih prijetnji, emocionalnu regulaciju i stabilizaciju fizioloških reakcija nakon djelovanja stresora. Studije su pokazale snažnu vezu između odgovornog roditeljstva i sposobnosti djece da reguliraju uzbuđenje, čak postoje i naznake da kvalitetna njega može ublažiti genetske karakteristike. Također i istraživanja u animalnom svijetu pokazuju da rana negativna iskustva imaju trajni učinak na razvoj neurobioloških sustava i mogu voditi prema „programiranju“ kasnije stres-reaktivnosti i podložnosti razvijanju poremećaja uvjetovanih stresom.

HPA osovina se, u ljudi, pokazala vrlo osjetljivom na roditeljsku brižnost. Promjene u razinama kortizola povezane su s lošom roditeljskom brigom u djetinjstvu, osobito tijekom prve godine života. Postoji i veza između tipa attachmenta i osjetljivosti HPA osovine. Djeca koja imaju sigurni tip attachmenta nemaju porast razine kortizola prilikom separacije od roditelja (osobe koja brine o djetetu). No djeca s dezorganiziranim attachmentom imaju povišene razine kortizola tijekom separacije i sa znatno sporijim povratkom na osnovnu razinu u usporedbi sa sigurno povezanom djecom. Na temelju tih nalaza pretpostavlja se da djeca s poremećenim neurorazvojem radi zanemarivanja/ zlostavljanja/ traumatskog iskustva

mogu imati smetnje s emocionalnom disregulacijom nakon izlaganja jednom ili više traumatskih zbivanja u kasnijem životu. Također se može reći i da će učestalost i intenzitet problema s emocionalnom regulacijom biti veći u osoba s takvim postavkama osobnosti u kojima već postoji osjetljivost za emocionalnu disregulaciju (49).

* * *

Nakon ovog sažetog pregleda literature, možemo zaključiti da, iako trauma kao životno iskustvo postoji otkad postoje i ljudi, samo istraživanje posljedica traumatizacije započinje relativno kasno. Klinička zapažanja pokušavaju se ugurati u određene dijagnostičke okvire, koji bi kliničarima omogućili brzo i pouzdano prepoznavanje te adekvatno liječenje. Poremećaji uzrokovani traumatizacijom pokazuju se u iznimno šarolikoj slici i refrakternosti na liječenje kod nekih bolesnika.

DESNOS ili kompleksni PTSP, obuhvaća i simptome PTSP-a i simptome koji pokazuju trajnu promjenu u crtama osobnosti ne isključujući istovremeno PTSP.

Najnoviji prijedlozi za klasifikacije idu prema tome da na neki način uvrste DESNOS u klasifikaciju, ili kao zasebni entitet ili kao podtip PTSP-a. Psihijatrija još uvijek dozvoljava i radi s dodavanjem drugih dijagnoza, te se simptomi pokrivaju kroz „komorbidna stanja". Time se raspršuju terapijske intervencije.

Ne samo znanstveni napredak, već i bolesnici koji ulaze u medicinski sustav koji fragmentirano percipira posljedice traumatizacije, imali bi koristi od obuhvatnijeg poimanja traume i njenog djelovanja. Sa stajališta kliničara, sposobnost razumijevanja smetnji i patnje

bolesnika je neprocijenjiva za liječenje bolesnika, bilo to liječenje psihoterapijsko ili farmakološko (45).

Na osnovi kliničkog iskustva smatramo da u veterana koji imaju PTSP, istovremeno postoje i smetnje koje odgovaraju kliničkoj slici DESNOS-a. Za pretpostaviti je da će premorbidni čimbenik, kao što je rana traumatizacija, biti značajan faktor u razvoju trajnih promjena osobnosti, jednako kao i jača psihotraumatizacija. Jači intenzitet posttraumatskih simptoma i prisutnost komorbidnih smetnji bio bi značajan čimbenik rizika za razvoj DESNOS-a. Pretpostavljamo da socijalna podrška ima protektivnu ulogu i kod trajnih poremećaja osobnosti kao što je to slučaj s PTSP-om. Smatramo da bi ranije liječenje trebalo imati preventivnu ulogu u razvoju trajnih promjena osobnosti kod bolesnika s PTSP-om.

2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Ciljevi istraživanja su:

1. utvrditi postoje li kod veterana Domovinskog rata koji boluju od PTSP-a i oni koji zadovoljavaju kriterije za DESNOS
2. ispitati povezanosti strukture osobnosti i rane psihotraumatizacije s promjenama osobnosti kod osoba koje imaju ratni PTSP
3. utvrditi ima li jača traumatizacija, odnosno neko specifično traumatsko iskustvo, ulogu u razvoju promjena osobnosti
4. ispitati pogoduje li jači intenzitet posttraumatskih simptoma i prisutan komorbiditet razvoju promjena osobnosti uslijed traume
5. ispitati povezanost kvalitete života i socijalne podrške kod trajnih promjena osobnosti
6. utvrditi je li liječenje usmjereno na PTSP povezano s manjom izraženošću trajnih promjena osobnosti

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ispitanici

Istraživanje je provedeno u Klinici za psihološku medicinu KBC-a Zagreb, u Centru za psihotraumu Klinike za psihijatriju KBC-a Rijeka, u Centru za psihotraumu Klinike za psihijatriju KB Split, te u Psihijatrijskoj bolnici «Sveti Ivan». U istraživanje su uključeni svi veterani Domovinskog rata koji su se konsekutivno javljali na psihijatrijski pregled u ambulantama ovih ustanova tijekom jednog mjeseca u 2008. godini, bez obzira na to jesu li prije liječeni ili ne. Uključni kriterij bio je postojanje dijagnoze PTSP-a koji se razvio uslijed psihičke traume vezane uz borbeno iskustvo, bez obzira na dob ispitanika i trajanje liječenja vezanog uz borbeni PTSP, a isključni kriterij bio je liječenje psihičkih smetnji prije rata. Od 480 pacijenata koji su se tijekom promatranog mjeseca javili u ambulante, njih 418 zadovoljavalo je uključne kriterije. 16 ih je bilo psihijatrijski liječeno prije rata, 52 ih je odbilo sudjelovati u istraživanju. Istraživanju su pristupila 355 ispitanika. Od toga njih 61 nisu u potpunosti popunili upitnike, a njih 46 prema kriterijima upitnika Harvard Trauma Questionnaire nisu više udovoljavali kriterijima za PTSP.

3.2. Metoda

Tijekom istraživanja primijenjeni su sljedeći upitnici:

Za utvrđivanje općih demografskih podataka primjenjen je **Opći upitnik strukturiran za potrebe ovog istraživanja** koji sadrži osnovne demografske podatke (dob, spol, maritalni

status, naobrazba, socijalni status, način angažiranja u ratnim zbivanjima, dužina boravka na ratištu, početak smetnji, trajanje liječenja), te listu stresnih životnih događaja. (Prilog 1)

Za utvrđivanje postojanja DESNOS-a primijenjen je **Self-Report Inventory for Disorder of Extreme Stress (SIDES- SR)**. To je samoprocijenski upitnik, a sastoji se od 45 čestica podijeljenih u 6 subskala prema simptomima DESNOS-a, a namjenjen je mjerenju a) jačine DESNOS-a, b) jačine pojedinih simptoma prema klasterima DESNOS-a i c) promjeni simptoma tijekom vremena. SIDES, samoprocjenska varijanta SIDES-SR jedini je validirani upitnik za DESNOS te kao intervju ima potpunu psihometrijsku podršku (18). SIDES-SR upitnik pokazao je dobru unutarnju konzistenciju (alpha= 0.96) (18), alpha= 0.93 (17) za punu skalu, kao i dobru konstruktivnu validnost (51). Za pet subskala (a= 0.74 do 0.82) pokazuju da te skale mogu biti pouzdano interpretirane. Za subskalu somatizacije dobiven je a= 0, 68 i to sugerira da se ta skala treba interpretirati s oprezom (17, 52). (Prilog 2)

Za utvrđivanje komorbiditeta primijenjen je **Međunarodni neuropsihijatrijski intervju, Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)**. MINI je konstruiran kao sažeti strukturirani intervju za glavne Axis I poremećaje prema DSM-IV i MKB 10. Podijeljen je u module koji odgovaraju pojedinim dijagnostičkim kategorijama (53). Po svakom poremećaju ima 2-4 screening pitanja. Dodatna pitanja o simptomima postavljaju se u slučaju da su screening pitanja pozitivno vrednovana. MINI posjeduje dobru pouzdanost procjenjivanja sa kappa koeficijentima između 0,88 i 1,0 i dobru test-retest pouzdanost sa α koeficijentima između 0,76 i 0,93 (53). Mini je pokazao dobru podudarnost s drugim mjernim instrumentima. Rezultati usporedbe MINI-ja sa SCID-om (Structured Clinical Interview for DSM Disorders) i s CIDI (Composite International Diagnostic Interview) pokazuju da su vrijednost valjanosti i pouzdanosti MINI-ja visoko prihvatljive (54). (Prilog3)

Za utvrđivanje poremećaja osobnosti primijenjen je samoprocjenski **Upitnik za poremećaj osobnosti DIP-Q,** strukturiran prema dijagnostičkim kriterijima DSM-IV i MKB-10. Taj instrument odgovara sličnim instrumentima kao što su SKID-IIQ. Sastoji se od 151 tvrdnje koje moraju biti označene kao točne ili netočne, te od tri samo-procjenske skale: jačina sadašnjih zbivanja, opća procjena funkcioniranja (Global Assessment of Functioning, Axis V prema DSM-IV) za posljednju godinu te za protekle tjedne. 135 čestica odnosi se na dijagnostičke kriterije za pojedine poremećaje osobnosti, a 5 čestica na opće kriterije za poremećaje osobnosti. 27 kriterija je ocijenjeno identičnim u oba dijagnostička sustava (DSM-IV i MKB 10). Dodatnih 20 je približno jednako. Preostali su kriteriji pokriveni s po jednom tvrdnjom, osim 24 kriterija koji su pokriveni s po dvije tvrdnje. DIP-Q sadrži 11 tvrdnji koje se odnose na određivanje prisutnosti stresa i oštećenja funkcioniranja. Za popunjavanje upitnika dovoljno je 20 minuta. U istraživanjima je Cronbach alfa koeficijent unutar svakog poremećaja osobnosti bio prihvatljiv, te nešto viši za kriterije prema DSM-IV negoli prema MKB-10. Kad su analizirani parovi poremećaja prema DSM-IV i MKB-10, Pearsonov koeficijent iznosio je od 0,77 do 0,99. Smatra se da su DSM-IV i MKB-10 dovoljno slični da dozvoljavaju upotrebu jednog proširenog upitnika za procjenu poremećaja osobnosti za oba sustava (55-56). (Prilog 4)

Za utvrđivanje procjene zadovoljstva životom i socijalnom podrškom korišten je **samoprocjenski upitnik o kvaliteti života - MANSA** (Manchester Short Assessment of Quality of Life). Sadrži 4 objektivne tvrdnje i 12 subjektivnih tvrdnji. Subjektivne tvrdnje procjenjuju zadovoljstvo ukupnim životom, zaposlenjem (ili izobrazbom, ili mirovinom) financijskom situacijom, brojem i kvalitetom prijateljstava, slobodnim vremenom, smještajem, osobnom sigurnošću, ljudima s kojima ispitanik živi (ili samačkim životom), seksualnim životom, odnosima s obitelji, fizičkim zdravljem i mentalnim zdravljem. Svaka

tvrdnja ocjenjuje se na skali od 1 do 7 gdje je 1= ne može biti gore, a 7= ne može biti bolje. Objektivne se tvrdnje odgovaraju s da ili ne. Veći ukupni zbroj daje veće zadovoljstvo kvalitetom života (57). (Prilog 5)

Za utvrđivanje traumatskih iskustava tijekom života korišten je **Upitnik traumatskih događanja – TAQ (Traumatic Antecedents Questionnaire).** To je samoprocjenski upitnik koji se koristi za procjenu traumatskih iskustava u raznim životnim razdobljima. Iskustva su smještena u 10 domena; prve dvije domene odnose se na adaptivno funkcioniranje dok ostale obuhvaćaju izloženost traumatičnim ili neprikladnim iskustvima. Te su domene mjerene prema četiri životna razdoblja: predškolska dob (0-6 godina), školska dob (7-12 godina), adolescencija (13-18 godina) i odrasla dob. Sastoji se od 43 čestice i mjeri se na skali od 4 (nikad ili nimalo – često ili mnogo), a postoji i opcija „ne znam" ukoliko ispitanik nije bio svjestan ili ne zna za postojanje iskustva spomenutog u tvrdnji. Procjenjuje sljedeće faktore: kompetenciju, sigurnost, zanemarivanje, separaciju, obiteljske tajne, emocionalno, fizičko i seksualno zlostavljanje, svjedočanstvo o traumi, izloženost alkoholu i drogama, te izloženost drugim traumama (prirodne katastrofe, nesreće ili gubitak bliskih osoba). Prve dvije domene ukazuju na iskustva vezana uz adaptivno funkcioniranje i zaštitu od razvoja psihopatologije, gdje viši rezultat ukazuje na bolju prilagodbu. Preostala područja procjenjuju izloženost traumatičnim iskustvima gdje viši rezultat ukazuje na češću i težu traumu (17, 58). (Prilog 6)

Za utvrđivanje posttraumatskog stresnog poremećaja i razine traumatizacije korišten je **Harvard Trauma Questionaire – verzija namijenjena hrvatskim veteranima (HTQ-Croatian Veterans Version)** – *Harvard Trauma Questionnaire (HTQ): Croatian Version* (59). HTQ je u formi strukturiranog intervjua, ali u ovom je istraživanju primijenjen kao samoprocjenski upitnik. HTQ se sastoji od četiri modula. Prvi HTQ modul (lista mogućih

traumatskih doživljaja) sadržava pitanja koja se odnose na iskustvo traumatskih događaja kojima su stanovnici Hrvatske bili izloženi tijekom ratnog razdoblja (rat, izbjeglištvo i poslijeratni period). Sastoji se od 46 mogućih traumatskih događaja u formi „da“ i „ne“ pitanja. Drugi dio je osobni opis najtraumatičnijeg događaja, treći je ozljeda glave. Ti moduli nemaju brojevnog rezultata. Četvrti modul se sastoji od 40 izjava o psihosocijalnim poteškoćama uzrokovanima traumom. Prvih 16 tvrdnji izvedeno je iz DSM-IV kriterija za PTSP. Ti su simptomi grupirani oko tri skupine simptoma: ponovno doživljavanje traume, izbjegavanje i pojačana pobuđenost. Preostale se tvrdnje odnose na ispitanikovu percepciju do koje mjere je trauma utjecala na njegove svakodnevne sposobnosti. Odgovori su bodovani na sljedeći način: 1= nimalo, 2= vrlo malo, 3= dosta i 4= jako puno. Rezultat predstavlja srednja vrijednost svih 40 tvrdnji. Cut-off (Granični rezultat) za PTSP je 2,5, npr. srednja vrijednost simptoma viša od 2,5 ukazuje na prisutnost PTSP-a. Rezultati su usporedivi s klinički dijagnosticiranim PTSP-om. Unutarnja konzistencija instrumenta je visoka (Cronbach α=0.88 za traumatske događaje, 0.95 za traumatske simptome, 0.94 za simptome percipiranog funkcioniranja i 0.97 za cjelokupni rezultat). (Prilog 7)

3.3. Statistička obrada podataka

Podaci dobiveni istraživanjem pohranjeni su u bazi podataka SPSS, te su obrađivani pomoću navedenog statističkog programa. Za sve korištene mjere izračunati su pokazatelji koji govore o metrijskim karakteristikama primijenjenih mjernih instrumenata: pouzdanost mjernih instrumenata određena je na osnovi Cronbachovog Aplha koeficijenta interne konzistencije. Izračunati su deskriptivni statistički parametri (aritmetička sredina, standardna devijacija ili analogni neparametrijski pokazatelji). Razlike između grupa ispitivane su pomoću Mann-Whitney U-testa, a za utvrđivanje povezanosti između korištenih mjera, primijenjen je

Spearmanov koeficijent rang-relacije. U skladu s problemima istraživanja, korišteni su prikladni multivarijantni statistički postupci kao što je stupnjevita regresijska analiza.

3.4. Etički aspekti istraživanja

Svi su ispitanici dobili pismenu Obavijest za ispitanika (Prilog 8) gdje je objašnjena svrha istraživanja, te im je ponuđeno i dodatno usmeno razjašnjenje. Potom je, u slučaju pristanka za sudjelovanje u istraživanju, zatražena pismena suglasnost.

Istraživanje je bilo dobrovoljno i anonimno, a ispitanici su se mogli povući iz svake faze ispitivanja bez navođenja razloga povlačenja, te bez ikakvih posljedica.

Podaci su obrađivani elektronski, uneseni su pod šiframa koje su osmislili sami ispitanici.

Istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo Medicinskog fakulteta u Rijeci.

Istraživanjem su bili obuhvaćeni svi veterani Domovinskog rata koji su se konsekutivno javljali na psihijatrijski pregled u navedenim ustanovama, bez obzira jesu li prije liječeni ili ne. Upoznavanje s istraživanjem izvršili su psihijatri tijekom ambulantnog pregleda, te su u slučaju pristanka, zatražili potpisivanje suglasnosti. Pacijenti koji su postali ispitanici, zamoljeni su da samoprocjenske upitnike, ispunjene, vrate istom psihijatru, a strukturirani intervju proveden je u dogovoru s ispitanikom prema njegovim i ispitivačevim mogućnostima.

4. REZULTATI

4.1. Deskriptivna statistika

Prikazani su rezultati deskriptivne statistike za demografske varijable i za psihologijske instrumente.

4.1.1. Demografske karakteristike

U ovo istraživanje uključeno je 355 ispitanika, od toga 350 muškaraca i 5 žena. Svi ispitanici u svojoj anamnezi imaju neposredno ratno vojno borbeno iskustvo u HV-u.

Sudionici su testirani na područjima Zagreba (N=161), Splita (N=123) i Rijeke (N=70). Prosječna dob sudionika bila je 45 godina (σ=7,264), a prosječno vrijeme provedeno na ratištu 38 mjeseci (Tablica 1).

Tablica 1. Prosječna dob ispitanika i vrijeme provedeno na ratištu (aritmetičke sredine, raspršenja i ukupni raspon)

	N	M	σ	TR
dob	335	45,36	7,264	30-71
		medijan	raspon	
vrijeme provedeno na ratištu (u mjesecima)	245	38	96	1-103

Tablica 2. Demografske karakteristike ispitanika uključenih u istraživanje (frekvencije i postoci)

		frekvencija	postotak
spol	muški	350	98,6%
	ženski	5	1,4%
skupina	PTSP i DESNOS	107	43,3%
	PTSP	140	56,7%
stručna sprema	NKV	59	16,9%
	SSS	263	75,4%
	VŠS	20	5,7%
	VSS	7	2%
radni status	umirovljeni	115	44,1%
	na skrbi	12	4,6%
	zaposlen	90	34,5%
	nezaposlen	43	16,5%
rad u struci	da	173	66%
	ne	88	33,6%
status stanovanja	kuća	128	49,4%
	stan	71	27,4%
	podstanar	59	22,8%

bračni status	neoženjen	22	8,4%
	izvanbračna zajednica	14	5,3%
	oženjen	212	80,6%
	razveden	14	5,3%
problemi u odgoju djece	da	40	17,7%
	ne	186	82,3%
način angažiranja u ratu	dragovoljac	211	80,8%
	mobilizacija	31	11,9%
	policija	19	7,3%
prisutnost tjelesne bolesti	da	157	63,1%
	ne	92	36,9%
prisutnost duševne bolesti	da	181	73,3%
	ne	66	26,7%
uzimanje lijekova	da	257	98,5%
	ne	4	1,5%
umirovljenje zbog navedenih bolesti	da	101	39,6%
	ne	154	60,4%
zadovoljstvo visinom mirovine	da	32	22,7%
	ne	109	77,3%

Detaljnije ćemo izložiti osnovne karakteristike ispitivanog uzorka.

Životna dob, te angažman i vrijeme provedeno na ratištu

Iz Tablice 1. vidljivo je da su ispitanici prosječne dobi od 45 godina (σ=7.26). Pokriveni raspon dobi je od 30. do 71. godine života. Vrijeme koje su proveli na ratištu u prosjeku iznosi 34 mjeseca, no varijabilitet je vrlo visok (σ=20,700), a raspon se kreće od 1 do 103 mjeseca. 81% ispitanika angažirano je kao dobrovoljci, mobiliziranih je bilo 12%, a u sastavu policije 7%.

Stručna sprema

U ispitivanom uzorku daleko najveći broj ispitanika ima srednju stručnu spremu, njih 75%. Postotak ispitanika koji ima nižu stručnu spremu je 17%, dok višu stručnu spremu ima 8% ispitanika, a visoku stručnu spremu ima samo 2% ispitanika. Iako ova raspodjela ne odgovara normalnoj distribuciji, ona je u skladu s raspodjelom stručne spreme u općoj populaciji pa tako i među populacijom veterana Domovinskog rata.

Radni status i rad u struci

Varijablu Radni status podijelili smo u četiri kategorije: umirovljeni, na skrbi, zaposleni i nezaposleni. U ispitivanom uzorku najviše ispitanika je umirovljenih (44%). Zaposlenih u ispitivanom uzorku ima 34%, a nezaposlenih 16%, dok je 6% ispitanika na skrbi. U struci je zaposleno 66% ispitanika.

Bračni status i status stanovanja

Raspodjela ispitanika prema bračnom statusu i statusu stanovanja u skladu je s očekivanjima. 81 % ispitanika je u braku, 5% u izvanbračnoj zajednici, 8 % nije oženjeno, a 5 % ispitanika je razvedeno. U kući živi 49% ispitanika, u stanu njih 27%, a u podstanarstvu ih je 23%.

Prisutnost tjelesne i duševne bolesti

Veliki broj ispitanika ima neku tjelesnu bolest (63%). Duševna bolest prisutna je kod 66% ispitanika, no postoji mogućnost da su ovo pitanje krivo tumačili, to jest da neki PTSP smatraju duševnom bolešću, a drugi ne, ili ga niti ne priznaju, dok ga jedan dio njih niti nema. Prema rezultatima Harvardskog upitnika 86% ispitanika (pri čemu je ukupni N=334) ima PTSP. Većina ispitanika nije umirovljena zbog navedenih bolesti (60%), a mirovinom ih je zadovoljno tek 23%.

Početak liječenja i uzimanje lijekova

Prvo javljanje psihijatru zbog psihičkih smetnji varira od 1991. do 2007. godine. Gotovo svi ispitanici, njih 99%, uzimaju lijekove.

Karakteristike uzorka izložene su u tablicama 1 i 2.

4.1.2. Rezultati na Harvard Trauma Questionaire

Rezultati na podskalama Traumatski doživljaj i Simptomi traume pokazuju da su ispitanici u prosjeku doživjeli 20 traumatskih događaja te općenito imaju visoko izražene simptome traume. Obzirom da se radi o selekcioniranoj skupini ispitanika kod kojih je prisutan PTSP, očekivani su visoki rezultati na obje podskale. Usprkos tome, i na planu broja traumatskih iskustava i na planu simptoma traume, svejedno se uočava kako ispitanici koji uz PTSP imaju i DESNOS izvještavaju o većem broju traumatskih doživljaja i o većem broju simptoma traume.

Tablica 3. Medijani, rasponi i ukupni raspon rezultata na modulu 1 (traumatski doživljaji) i 3 (posttraumatski simptomi) HTQ

Podskala	N	medijan	raspon	TR
broj traumatskih doživljaja	334	20	32	4-36
simptomi traume	287	112	153	43-196

Tablica 4. Medijani, raspon i teoretski raspon rezultata na modulu 1 (traumatski doživljaji) i 3 (posttraumatski simptomi) HTQ za skupine sa i bez DESNOS-a.

	PTSP i DESNOS				samo PTSP			
podskala	N	medijan	raspon	TR	N	medijan	raspon	TR
broj traumatskih doživljaja	107	20	31	5-36	140	20	26	8-34
simptomi traume	96	121	74	83-157	120	109	118	78-196

4.1.3. Rezultati na Structured Interview for Disorder of Extreme Stress (SIDES-SR)

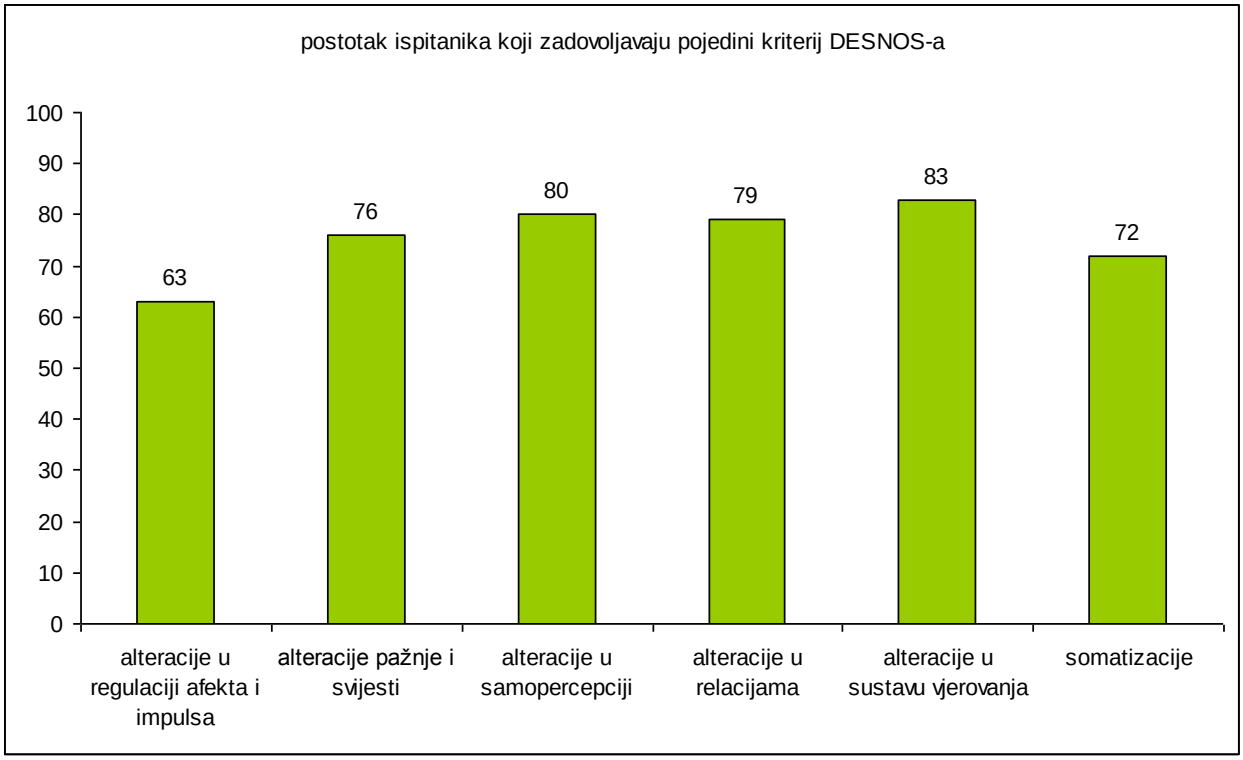
Upitnikom SIDES-SR formirana je skupina ispitanika koji imaju DESNOS, a sačinjavali su je oni ispitanici koji imaju zadovoljeno svih 6 kriterija DESNOS-a. Prema tome, pokazalo se da 107 ispitanika uz PTSP ima i DESNOS, dok DESNOS nije prisutan uz

PTSP kod 140 ispitanika. DESNOS bez PTSP-a registriran je kod 7 ispitanika, a niti DESNOS niti PTSP nisu bili prisutni kod 34 ispitanika (tablica 5).

Tablica 5. Broj ispitanika obzirom na zadovoljavanje kriterija za PTSP i DESNOS

		DESNOS		ukupno
		ima	nema	
PTSP	ima	107	140	247
	nema	7	34	41
ukupno		114	174	288

Za svaki pojedini kriterij DESNOS-a pokazalo se da mu udovoljava razmjerno velik broj ispitanika. Najveći broj ispitanika udovoljava kriteriju alteracije u sustavu vjerovanja (83%), nakon kojeg po zastupljenosti slijedi kriterij alteracije u samopercepciji (80%), zatim alteracije u relacijama (79%), pa alteracije pažnje i svijesti (76%), somatizacije (72%) i naposlijetku alteracije u regulaciji afekta i impulsa (63%) (slika 1).



Slika 1. Postotak ispitanika u cijelom uzorku koji zadovoljavaju pojedini kriterij DESNOS-a

S obzirom na broj zadovoljenih kriterija za DESNOS, pokazalo se da 34% ispitanika zadovoljava svih šest kriterija, 30% zadovoljava pet kriterija, 15% četiri kriterija, 7% tri kriterija, 6,5% dva kriterija te tek 2,8% jedan i 3,9% nijedan kriterij za DESNOS (tablica 6). Srednja vrijednost broja kriterija DESNOS-a kojeg ispitanici zadovoljavaju iznosi 5 (tablica 7).

Tablica 6. Broj i postotak ispitanika prema broju zadovoljenih kriterija za DESNOS u cijelom uzorku.

Broj kriterija	0	1	2	3	4	5	6
Broj ispitanika koji ga zadovoljava	14	10	23	26	53	107	121
Postotak ispitanika koji ga zadovoljava	3,9%	2,8%	6,5%	7,3%	14,9%	30,1%	34,1%

Tablica 7. Medijan, raspon i teoretski raspon broja zadovoljenih kriterija za DESNOS u cijelom uzorku.

	N	medijan	raspon	TR
broj kriterija DESNOS-a koji zadovoljava	354	5	6	0-6

Zbog prisutnosti simptoma DESNOS-a (no bez zadovoljavanja kriterija dijagnostičke kategorije) u cijelokupnom uzorku, prisutnost DESNOS-a uzima se kao kontinuum, a ispituje se povezanost DESNOS-a sa svim drugim zavisnim varijablama (rana trauma, traumatizacija u ratu, simptomi trauma, poremećaji osobnosti, zadovoljstvo socijalnim odnosima, liječenje…).

4.1.4. Rezultati na Upitniku za poremećaje osobnosti DIP-Q

Prosječni profil cijelog uzorka pokazuje da su zadovoljeni kriteriji za nekoliko poremećaja osobnosti. Možemo ih poredati od najizraženijeg: granični, paranoidni, opsesivno-kompulzivni, izbjegavajući i shizotipni (tablica 8 i slika 2). Uz to je i subjektivna procjena funkcioniranja za godinu dana (kao i za tjedan dana) procijenjena nižom od 70, što autori upitnika smatraju graničnim rezultatom. Isto tako, značajan je i rezultat općih kriterija za postavljanje dijagnoze poremećaja osobnosti *(general5)*.

Tablica 8. Medijani, rasponi i postoci zadovoljenih kriterija na DIP-Q za cijeli uzorak (N=343)

poremećaji osobnosti:	broj kriterija	medijan	raspon	zadovoljeni kriteriji u %	Cut-off % prema DSM-IV
paranoidni	7	5	7	**68,57**	57
shizoidni	7	4	7	50,71	57
shizotipni	9	5	9	**57,11**	56
porem. ophođenja	15	0	12	9,40	20
antisocijalni	7	2	7	34,43	43
granični	9	7	9	**69,11**	56
histrionski	8	2	8	26,25	62
narcistički	9	3	8	31,8	56
izbjegavajući	7	5	7	**62,14**	57
ovisni	8	4	7	43,63	62

opsesivno-kompulzivni	8	5	8	**57,25**	50
gaf godinu dana		50	90	**52,40**	69
gaf tjedan dana		55	96	53,47	
general 5		3	5	**57,00**	40
stress 55		12	45	24,84	

(podebljane vrijednosti su klinički značajne prema kriterijima DSM-IV)

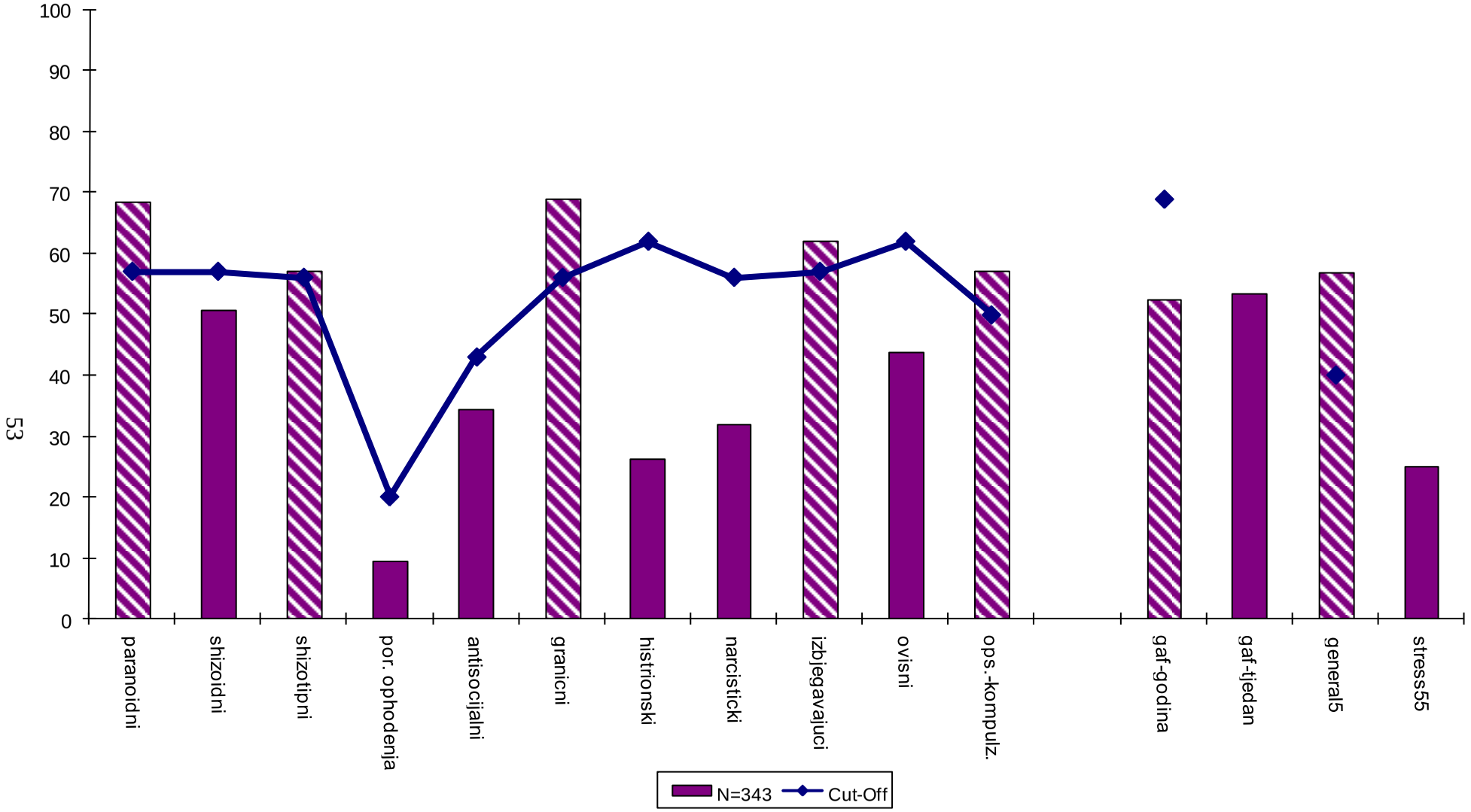
S obzirom na to radi li se o skupini ispitanika sa ili bez DESNOS-a uočljivo je kako ispitanici u grupi s DESNOS-om u prosjeku zadovoljavaju kriterije i na subskalama za shizoidni i shizotipni poremećaj osobnosti (značajnosti tih razlika bit će komentirane naknadno). Uz to i na svim skalama za poremećaje osobnosti postižu više rezultate, a niže na skali procjene generalnog funkcioniranja (tablica 9 i slika 3).

Tablica 9. Medijani, rasponi i postoci zadovoljenih kriterija na DIP-Q za skupine sa i bez DESNOS-a.

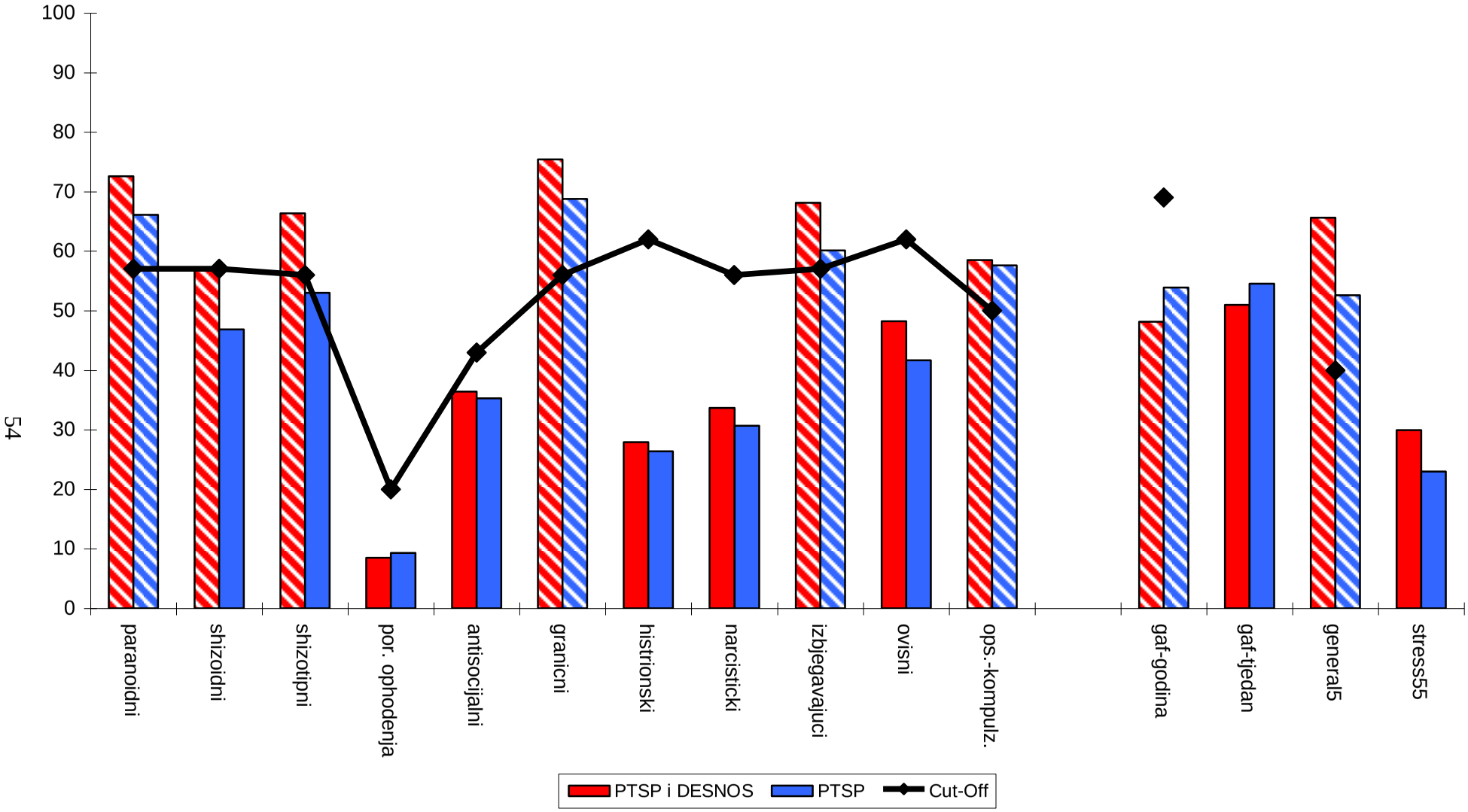
		PTSP i DESNOS (N=107)			samo PTSP (N=140)			Cut-off % prema DSM-IV
poremećaji osobnosti:	broj kriterija	medijan	raspon	zadovoljeni kriteriji u %	medijan	raspon	zadovoljeni kriteriji u %	
paranoidni	7	5	6	**72,57**	5	7	**66,14**	57
shizoidni	7	4	7	**57,29**	3	6	46,86	57

shizotipni	9	6	9	**66,33**	5	9	53,00	56
porem. ophođenja	15	0	11	8,53	0	8	9,27	20
antisocijalni	7	3	6	36,43	2	7	35,29	43
granični	9	7	9	**75,44**	6	9	**68,78**	56
histrionski	8	2	8	27,88	2	8	26,38	62
narcistički	9	3	8	33,67	3	8	30,67	56
izbjegavajući	7	5	7	**68,14**	4	7	**60,14**	57
ovisni	8	4	7	48,25	3	7	41,63	62
opsesivno-kompulzivni	8	5	8	**58,50**	5	7	**57,63**	50
gaf godinu dana		50	50	**48,15**	50	90	**53,90**	69
gaf tjedan dana		50	85	50,95	60	96	54,51	
general 5		3	5	**65,60**	3	5	**52,60**	40
stress 55		15	45	29,93	12	45	22,98	

(podebljane vrijednosti su značajne prema kriterijima DSM-IV)



Slika 2. Grafički prikaz postotka zadovoljenih kriterija na upitniku DIP-Q (*šrafirani stupci označavaju zadovoljene kriterije)*



Slika 3. Grafički prikaz postotka zadovoljenih kriterija na upitniku DIP-Q (*šrafirani stupci označavaju zadovoljene kriterije)*

4.1.5. Rezulati na skali Percepcije zadovoljstva i socijalne podrške (MANSA)

Kao što je i očekivano, u ovoj varijabli dobiven je i velik raspon rezultata. Značajan broj ispitanika je zadovoljan, ali velik je broj onih koji su nezadovoljni i osjećaju da nemaju podršku od bližnjih (tablica 10).

Tablica 10. Medijan, raspon i teoretski raspon rezultata na MANSA-i

	N	medijan	raspon	TR
MANSA ukupni rezultat	319	45	65	12-81

Dio MANSA upitnika koji je korišten kao mjera socijalne podrške predstavljao je ukupni rezultat na 4 čestice (*Koliko ste zadovoljni kvalitetom i brojem svojih prijateljstava? Koliko ste zadovoljni ljudima s kojima živite? Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom? Koliko ste zadovoljni odnosima sa svojom porodicom?*). Kod ispitanika je u umjerenoj mjeri izraženo zadovoljstvo i doživljaj socijalne podrške (tablica 10).

4.1.6. Međunarodni neuropsihijatrijski intervju (MINI)

Vrijednosti na MINI-ju korištene su samo kao mjera komorbiditeta na način da je formiran ukupni rezultat, kao ukupan broj dijagnoza za svakog ispitanika. U tom ukupnom rezultatu nije uzimana u obzir dijagnoza PTSP-a budući da se željelo dobiti odgovor na pitanje *Ima li ispitanik komorbiditet s PTSP-om (i od koliko bolesti)?*

Osim toga, željeli smo podrobnije ispitati koje dijagnoze su najzastupljenije kod ispitanika. Rezultati su pokazali da je u komorbiditetu s PTSP-om najčešće depresivni poremećaj. U velikom boju slučajeva prisutna je i suicidalnost (37,4%). Također su često prisutni i poremećaji iz anksioznog kruga, dominantno panični poremećaj tijekom života

(34,3%) te socijalna fobija (23%), agorafobija (20%) i generalizirani anksiozni poremećaj (19%). U velikoj mjeri prisutna je zlouporaba alkohola (17,96%).

Tablica 11. Zastupljenost pojedine dijagnoze na MINI-ju u cijelom uzorku ispitanika

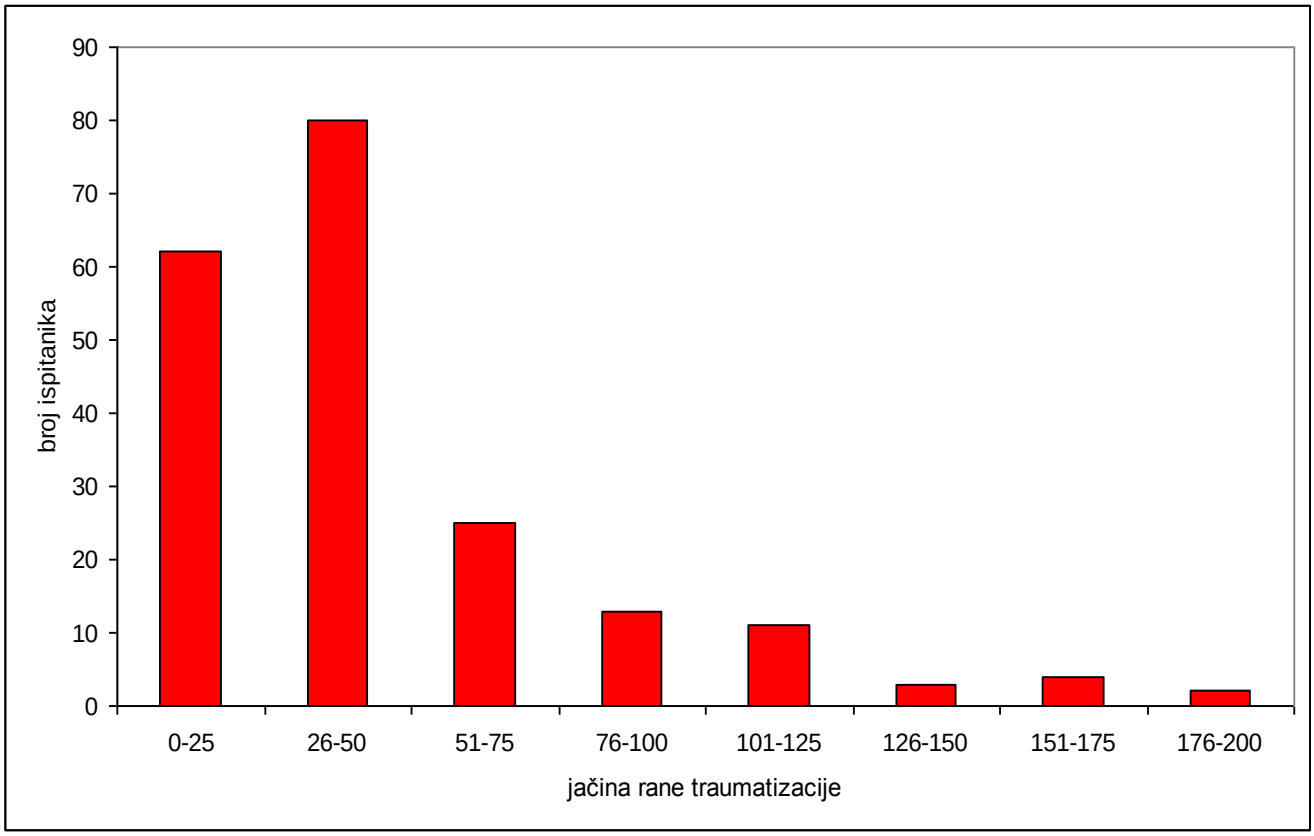
dijagnoza	postotak ispitanika koji zadovoljava kriterij za dijagnozu
depresija-trenutna	36,8%
- povratna	38,6%
- s melankol. obilježj.	22%
distimija	28,72%
suicidalnost	37,37%
manična epizoda	0%
hipomanična ep. trenutna	1%
hipomanična ep. prošla	5,13%
panični poremećaj - trenutni	19,3%
- tijekom života	34,3%
agorafobija	20%
socijalna fobija	23%
opsesivno kompulzivni p.	4,55%
alkoholizam	2,49%
zloupotreba alkohola	17,96%

psihoza trenutna	1,5%
psihoza prošla	1%
poremećaj raspoloženja (psihotični) – trenutni	3%
generalizirani anksiozni poremećaj	19%
somatizacijski poremećaj	19%
-trenutni	9%

4.1.7. Upitnik traumatskih događanja (TAQ)

Za odgovore na postavljene probleme upitnik TAQ korišten je samo parcijalno. Upitnikom TAQ operacionalizirana je varijabla rana psihotraumatizacija i to tako da je formiran ukupni rezultat samo od prva 3 razreda, tj. izbačen je rezultat kojeg su ispitanici davali za razred *odrasli.* U ukupni rezultat uključene su 42 tvrdnje, prvih 5 koje opisuju dobre prilike odrastanja (a čije vrijednosti su rekodirane), narednih 36 tvrdnji koje opisuju traumatske događaje, dok je posljednja tvrdnja izbačena (*Koliko su vas uznemirila ova pitanja?*).

Obradom rezultata na ovom upitniku pokazalo se da se rezultati distribuiraju pozitivno asimetrično, odnosno da najveći broj ispitanika ima malo rane traumatizacije, dok je broj jako traumatiziranih u djetinjstvu značajno manji, što je i očekivano (slika 4). Rezultati se distribuiraju prema Poissonovoj distribuciji, odnosno raspodjeli rijetkih događaja. Rezultati su na slici 4 grupirani u razrede radi bolje preglednosti.



Slika 4. Distribucija rane traumatizacije kod ispitanika

4.2. Rezultati po ciljevima

Način formiranja uzorka

U planiranju istraživanja predviđene su 3 grupe ispitanika: 1. oni koji uz PTSP zadovoljavaju kriterije za DESNOS, 2. oni koji imaju samo PTSP i 3. oni koji uz PTSP imaju i neke simptome DESNOS-a ali ne zadovoljavaju kriterije za tu dijagnozu. Na osnovi rezultata na 3. modulu HTQ ispitanici su podijeljeni u dvije skupine, oni koji imaju PTSP (N=288) i oni koji ga nemaju (ili imaju nepotpuno riješen upitnik pa ih SPSS automatski isključuje) (N=44) zbog čega nisu uključeni u daljnju obradu. Za daljnju obradu formirane su dvije skupine: 1. oni koji uz PTSP zadovoljavaju kriterije za DESNOS i 2. oni koji imaju samo PTSP i ne zadovoljavaju sve kriterije za DESNOS. Zadovoljenje kriterija za DESNOS

određeno je predloženim cut-off skorom za primjenjeni upitnik koji obuhvaća zadovoljenje barem 6 kriterija. Rezultati istraživanja pokazali su da je broj ispitanika u grupi onih koji imaju samo PTSP vrlo mali (N=14), zbog čega se ne bi mogle raditi daljnje analize.

Podjela ispitanika na one koji uz PTSP imaju i DESNOS i one koji imaju samo PTSP imala je svojih nedostataka. Naime, kriterij za ulazak u skupinu onih koji imaju i PTSP i DESNOS je, uz PTSP i zadovoljavanje svih 6 kriterija za DESNOS. Svi ispitanici koji imaju zadovoljenih od 0 do 5 kriterija uključeni su u drugu skupinu. Tako formirane skupine međusobno su vrlo slične jer velik broj ispitanika ima 4 ili 5 kriterija za DESNOS. Zbog toga je u obradi rađena i analiza povezanosti nezavisne varijable DESNOS, pri čemu se uzimao u obzir broj zadovoljenih kriterija, sa svim zavisnim varijablama.

Testiranjem normalnosti distribucija Kologorov-Smirnov Goodness of Fit Test-om dobiju se statistički značajna odstupanja od normalne distribucije za većinu varijabli zbog čega su u obradi korištene neparametrijske metode, poput Spearmanovog ρ za provjeru povezanosti među varijablama i Mann-Whitney testa za provjeru razlika među skupinama.

4.2.1. Prisutnost DESNOS-a u uzorku veterana Domovinskog rata koji boluju od PTSP-a

Prema opisanom je napravljen kriterij za uključivanje u grupu PTSP i DESNOS. 107 veterana Domovinskog rata (43%) koji boluju od PTSP-a zadovoljavaju kriterije i za DESNOS.

4.2.2. Povezanost strukture osobnosti i rane psihotraumatizacije s promjenama osobnosti kod osoba koje imaju ratni PTSP

Struktura osobnosti

Struktura osobnosti operacionalizirana je kao ukupan rezultat na svakoj od subskala upitnika DIP-Q, odnosno kao broj zadovoljenih kriterija. Rezultati će biti prikazani na dva načina i to (1) kao korelacija varijable Broj zadovoljenih kriterija DESNOS-a sa svakom skalom DIP-Qa za cijeli uzorak i (2) kao test značajnosti razlika između skupine PTSP i DESNOS, i skupine Samo PTSP.

Rezultati se mogu intrepretirati na 3 načina. Na način da se gleda klinička značajnost tj. jesu li zadovoljeni kriteriji za dijagnozu poremećaja, kako za cijeli uzorak, tako i za pojedinu skupinu, a neovisno je li razlika i statistički značajna (osjenčani rezultati na Slikama 2 i 3), zatim interpretacija na osnovi statističke značajnosti razlika između grupa (tablica 12), te interpretacija povezanosti poremećaja osobnosti s izraženošću DESNOS-a (tablica 13).

Na razini cijelog uzorka ispitanici u prosjeku zadovoljavaju kriterije za sljedeće poremećaje osobnosti: paranoidni, shizotipni, granični, izbjegavajući i opsesivno kompulzivni (slika 2). Podjednako, ispitanici koji uz PTSP udovoljavaju kriterijima za DESNOS, kao i ispitanici samo s PTSP-om (Slika 3), postižu klinički značajne rezultate na skalama paranoidnog, graničnog, izbjegavajućeg i opsesivno-kompulzivnog poremećaja osobnosti. S prisutnošću DESNOS-a rezultati na skalama i shizoidnog i shizotipnog poremećaja dostižu razinu kliničke značajnosti.

Testiranjem razlika među skupinama (Tablica 12) statistička značajnost dobije se za sljedeće poremećaje osobnosti: paranoidni ($U=6136,5$; $p<0,01$), shizoidni ($U=5272,5$;

p<0,01), shizotipni (U=5057,5; p<0,01), granični (U=5860,5; p<0,01), izbjegavajući (U=6389,0; p<0,01) i ovisni (U=6195,0; p<0,05). Pri tome razina kliničke značajnosti nije postignuta za ovisni poremećaj (Slika 2). U svim slučajevima ispitanici koji uz PTSP udovoljavaju kriterijima za DESNOS imaju i više zadovoljenih kriterija za prisutnost poremećaja osobnosti.

Tablica 12. Provjere razlika u poremećajima osobnosti između ispitanika sa i bez DESNOS-a

poremećaj osobnosti	skupina	N	medijan	raspon	U	p
paranoidni	PTSP i DESNOS	107	5	6		
	samo PTSP	140	5	7	6136,5	0,012**
shizoidni	PTSP i DESNOS	107	4	7		
	samo PTSP	140	3	6	5272,5	0,000**
shizotipni	PTSP i DESNOS	107	6	9		
	samo PTSP	140	5	9	5057,5	0,000**
poremećaj ophođenja	PTSP i DESNOS	107	0	11		
	samo PTSP	140	0	8	6930,0	0,268
antisocijalni	PTSP i DESNOS	107	3	6		
	samo PTSP	140	2	7	7192,0	0,585
granični	PTSP i DESNOS	107	7	9		
	samo PTSP	140	6	9	5860,5	0,003**

histrionski	PTSP i DESNOS	107	2	8		
	samo PTSP	140	2	8	7213,5	0,613
narcistički	PTSP i DESNOS	107	3	8		
	samo PTSP	140	3	8	6728,5	0,165
izbjegavajući	PTSP i DESNOS	107	5	7		
	samo PTSP	140	4	7	6389,0	0,045*
ovisni	PTSP i DESNOS	107	4	7		
	samo PTSP	140	3	7	6195,0	0,018*
opsesivno-kompulzivni	PTSP i DESNOS	107	5	8		
	samo PTSP	140	5	7	7372,5	0,829

** razlika značajna na razini 0,05; ** razlika značajna na razini 0,01*

Ispitivanjem povezanosti DESNOS-a s poremećajima osobnosti (Tablica 13) dobiju se niske, statistički značajne korelacije s većinom poremećaja koji, poredani prema veličini poveznosti, uključuju: shizotipni, granični, shizoidni, paranoidni, izbjegavajući, ovisni i antisocijalni. Sve značajne korelacije su pozitivnog predznaka, što znači da osobe s izraženijim DESNOS-om imaju i izraženije simptome poremećaja ličnosti. Pri tome simptomi ovisnog i antisocijalnog poremećaja ne dostižu razinu kliničke značajnosti (Slika 2).

Tablica 13. Povezanost (ρ) strukture osobnosti s izraženošću DESNOS-a

poremećaj osobnosti	izraženost DESNOS-a
	ρ
paranoidni	0,194**
shizoidni	0,219**
shizotipni	0,280**
poremećaj ophođenja	-0,074
antisocijalni	0,111*
granični	0,234**
histrionski	0,065
narcistički	0,096
izbjegavajući	0,186**
ovisni	0,182**
opsesivno-kompulzivni	0,053

** povezanost značajna na razini 0,05*

*** povezanost značajna na razini 0,01*

Rana psihotraumatizacija

U poglavlju Deskriptivne statistike, kod upitnika TAQ, objašnjeno je kako je formirana varijabla rana psihotraumatizacija. Nije dobivena statistički značajna povezanost između rane psihotraumatizacije i izraženosti simptoma trajnih promjena osobnosti uzrokovanih ratnom

traumom (Tablica 14). Rana psihotraumatizacija nije povezana s time hoće li, i u kojoj mjeri, kod nekoga uz PTSP doći do trajnih promjena osobnosti uzrokovanih ratnom traumom.

Tablica 14. Povezanost (ρ) rane psihotraumatizacije s izraženošću DESNOS-a.

	rana psihotraumatizacija
	ρ
izraženost DESNOS-a	0,114

4.2.3. Uloga traumatizacije i specifičnih traumatskih iskustava u razvoju promjena osobnosti

Traumatizacija

Kao mjera traumatizacije korišten je ukupni rezultat na podskali HTQ Traumatski događaji.

Rezultati pokazuju da je jača traumatizacija povezana s izraženijim simptomima trajne promjene osobnosti. Dobije se niska, statistički značajna povezanost između jačine traumatizacije i broja zadovoljenih kriterija za DESNOS (Tablica 15).

Tablica 15. Povezanost (ρ) traumatizacije s izraženošću DESNOS-a.

	traumatizacija
	ρ
izraženost DESNOS-a	0,166**

*** povezanost značajna na razini 0,01*

Specifično traumatsko iskustvo

Za specifično traumatsko iskustvo računati su hi-kvadrati za svaku tvrdnju na podskali HTQ Traumatski događaji koja sadrži ukupno 47 tvrdnji. Značajne razlike dobivene su na 4 tvrdnje, na svakoj u smjeru da je opisani događaj bio češći u skupini ispitanika koji imaju i PTSP i DESNOS. Tvrdnje sa statistički značajnim hi-kvadratima su sljedeće:

1. Bolesno stanje bez adekvatne liječničke skrbi. (čestica br. 3) (χ^2=6,48, p<0,05)
2. Nedostatak podrške od strane obitelji i prijatelja za tjelesne i/ili emocionalne probleme. (čestica br. 5) (χ^2=8,68, p<0,01)
3. Prisilni rad. (čestica br. 27) (χ^2=4,84, p<0,05)
4. Svjedočenje udaranja drugih osoba po glavi ili tijelu. (čestica br. 41) (χ^2=7,92, p<0,01)

U skladu s dobivenim nalazima može se reći da su kod osoba s trajnim promjenama osobnosti uslijed traume češće bili prisutni traumatski događaji koji uključuju nedostatak medicinske pomoći, nedostatak socijalne podrške, prisilan rad i svjedočenje fizičkom zlostavljanju drugih.

Odgovor na isti cilj, ukoliko se ispituje na cijelom uzorku kao izraženost DESNOS-a preko broja zadovoljenih kriterija, može se ovako prikazati:

Predviđanje intenziteta DESNOS-a s obzirom na specifično traumatsko iskustvo

Kako se izloženost traumatskim događajima pokazala statistički značajno povezanom s izraženošću DESNOS-a (ρ =0,166, p<0,01), zanimalo nas je jesu li neki traumatski događaji posebice prediktivni za intenzitet DESNOS-a. U tu svrhu primijenili smo stupnjevitu regresijsku analizu. Stupnjevita regresijska analiza je oblik višestruke regresijske analize kojoj

je svrha formiranje najefikasnije i najekonomičnije baterije prediktora. U konkretnom slučaju to znači da se kao prediktori uzimaju sve čestice na podskali HTQ Traumatski događaji, a regresija će odgovoriti na pitanje koje od čestica su najbolji prediktori za intenzitet DESNOS-a, što će predstavljat kriterijsku varijablu.

Rezultati regresijske analize pokazuju da je koeficijent multiple korelacije statistički značajan ($R=0,37$, $F=8,87$, $p<0,01$), s 5 najprediktivnijih čestica objašnjava se 13% ukupne varijance. Čestice, pripadajući β ponderi i njihove značajnosti prikazani su u Tablici 16.

Tablica 16. Stupnjevita regresijska analiza utjecaja pojedinih traumatskih događaja na DESNOS

PREDIKTORI	β
5. Nedostatak podrške od strane obitelji i prijatelja za tjelesne i/ili emocionalne probleme.	0,193**
3. Bolesno stanje bez adekvatne liječničke skrbi.	0,155**
39. Smrt suborca tijekom borbe.	-0,155**
16. Upadanje u zasjedu.	0,152**
30. "Pranje mozga".	0,133*
R- koeficijent multiple korelacije	0,367
R^2-koeficijent multiple determinacije	0,135
F-omjer	8,866**

β = standardizirani regresijski koeficijenti

** značajnost na razini 0,05; ** značajnost na razini 0,01*

4.2.4. Uloga intenziteta posttraumatskih simptoma i komorbiditeta u razvoju promjena osobnosti uslijed traume

Intenzitet posttraumatskih simptoma

Kao mjera intenziteta posttraumatskih simptoma korišten je ukupni rezultat na podskali HTQ Simptomi traume. Intenzitet posttraumatskih simptoma pozitivno je povezan s izraženošću DESNOS-a. Povezanost je umjerena i u smjeru je koji ukazuje na to da što je kod ispitanika jači intenzitet posttraumatskih simptoma, to je veća i izraženost simptoma DESNOS-a (Tablica 17).

Tablica 17. Povezanost (ρ) intenziteta posttraumatskih simptoma s izraženošću DESNOS-a.

	intenzitet posttraumatskih simptoma
	ρ
izraženost DESNOS-a	0,358 **

*** povezanost značajna na razini 0,01*

Komorbiditet

Za provjeru povezanosti komorbiditeta s razvojem promjena osobnosti uslijed traume, izračunat je Spearmanov ρ, neparametrijski test za provjeru korelacije, jer varijable nisu distribuirane po normalnoj raspodjeli. Ispitivane varijable operacionalizirane su na sljedeći način. Kao mjera komorbiditeta uzet je ukupni rezultat na testu MINI (bez dijagnoze PTSP-a), odnosno broj drugih duševnih bolesti uz PTSP. Za mjeru izraženosti DESNOS-a korištena je varijabla Broj zadovoljenih kriterija DESNOS-a. Dobivena je niska povezanost, značajna na razini 5% rizika ($\rho=0,184$, $p<0,05$) (tablica 18). Prema dobivenom rezultatu, može se reći da

što je kod ispitanika veći broj komorbidnih poremećaja uz PTSP, veća je i izraženost DESNOS-a.

Tablica 18. Povezanost (ρ) komorbiditeta s izraženošću DESNOS-a.

	komorbiditet
	ρ
izraženost DESNOS-a	0,184*

** povezanost značajna na razini 0,05*

Zanimljivo je posebno po dijagnozama ispitati razlike između skupina ispitanika koji imaju samo PTSP i onih koji uz PTSP imaju i DESNOS. Ispitanici, koji uz PTSP imaju i DESNOS, u usporedbi s osobama koje imaju samo PTSP, dva puta češće imaju neku od sljedećih dijagnoza u komorbiditetu: depresiju s melankoličnim obilježjima (OR=2.109, $p<0,05$), socijalnu fobiju (OR=2.137, $p<0,05$) ili panični poremećaj tijekom života (OR=2.208, $p<0,05$). Dijagnoza trenutnog paničnog poremećaja kod osoba s DESNOS-om javlja se gotovo tri puta češće (OR=2,802, $p<0,05$) nego kod osoba koje nemaju DESNOS (tablica 19).

Tablica 19. Razlike u komorbidnitetu na osovini I među skupinama PTSD s DESNOS-om i s PTSP-om bez DESNOS-a

dijagnoza	ptsp i desnos	samo ptsp	hi-kvadrat	odds ratio	confidence interval (95%)
	da/ne	da/ne			
depresija-trenutna	29/35	29/58	2.237	2.429	1.270-4.642
- povratna	28/37	32/55	0.617	1.301	0.675-2.508
- s melankol. obilježj.	*20/43*	*15/68*	*3.674**	*2.109*	*0.976-4.557*
distimija	19/42	22/62	0.428	1.275	0.616-2.641
suicidalnost	22/41	29/56	0.010	1.036	0.522-2.056
manična epizoda	3/59	0/84	4.150	∞	-∞
hipomanična ep. trenutna	1/60	1/85	0.060	1.417	0.087-23.099
hipomanična ep. prošla	4/57	4/81	0.235	1.421	0.3412-5.919
panični poremećaj-trenutni	*19/45*	*11/73*	*6.188**	*2.802*	*1.221-6.428*
- tijekom života	*32/34*	*26/61*	*5.516**	*2.208*	*1.134-4.299*
agorafobija	18/45	15/71	2.612	1.893	0.868-4.132
socijalna fobija	*21/43*	*16/70*	*3.986**	*2.137*	*1.006-4.538*
opsesivno kompulzivni p.	4/59	3/82	0.638	1.853	0.399-8.592
alkoholizam	4/60	1/86	2.996	5.733	0.625-52.578
zloupotreba alkohola	12/52	18/73	0.026	0.936	0.415-2.109
psihoza trenutna	0/64	3/82	2.305	∞	-∞
psihoza prošla	1/63	1/84	0.041	1.333	0.082-21.730
poremećaj. raspoloženja	3/60	2/85	0.688	2.125	0.345-13.109

(psihotični) – trenutni					
generalizirani anksiozni poremećaj	11/53	19/67	0.552	0.732	0.321-1.671
somatizacijski poremećaj	5/59	9/81	0.217	0.763	0.243-2.393
-trenutni	8/55	8/78	0.438	1.418	0.502-4.008

** značajnost na razini 0,05*

4.2.5. Povezanost kvalitete života i socijalne podrške kod trajnih promjena osobnosti.

Kao što je opisano u poglavlju Deskriptivna statistika pod MANSA, varijabla socijalne podrške nastala je izdvajanjem 4 čestice iz upitnika. Ovdje su dani rezultati za tu varijablu, ali i za procjenu kvalitete života usmjerene na zadovoljstvo životom u cjelini (ukupni rezultat na MANSA-i) te za procjene funkcioniranja za proteklu godinu (gaf-godina iz DIP-Q).

Sve povezanosti značajne su na razini rizika od 1%. Drugim riječima, što osoba ima manje izraženih simptoma DESNOS-a, to je zadovoljnija životom, ima kvalitetniju socijalnu podršku i procjenjuje svoje generalno funkcioniranje boljim, u usporedbi s osobom koja ima više izraženih simptoma DESNOS-a (tablica 20).

Tablica 20. Povezanost (ρ) kvalitete socijalne podrške, zadovoljstva životom i socijalnom podrškom i globalne procjene funkcioniranja za proteklu godinu s izraženošću DESNOS-a.

	socijalna podrška	zadovoljstvo životom i socijalnom podrškom	gaf-godina
izraženost DESNOS-a	-0,243**	-0,328**	-0,201**

*** povezanost značajna na razini 0,01*

Predviđanje zadovoljstva životom

Zbog značajne, umjereno visoke, poveznosti zadovoljstva životom s nezavisnom varijablom istraživanja – izraženošću simptoma DESNOS-a, postavilo se pitanje o povezanosti varijable zadovoljstva životom s drugim varijablama ispitivanim u istraživanju. Željelo se ispitati može li se na osnovi poznavanja neke od ispitivanih varijabli poput rane i ratne traumatizacije, izraženosti simptoma traume i dr. predvidjeti zadovoljstvo životom.

Stupnjevita regresijska analiza provedena je tako da su se na osnovi niza varijabli prediktora izdvojile one koje značajno doprinose predviđanju rezultata u kriterijskoj varijabli (zadovoljstvu životom). Kao prediktori ponuđene su sljedeće varijable: izraženost DESNOS-a, traumatski događaji, komorbiditet, rana psihotraumatizacija i intenzitet posttraumatskih simptoma. Od svih navedenih, značajnima su se pokazale samo intenzitet posttraumatskih simptoma i rana psihotraumatizacija ($R=0,576$, $F=41,016$, $p<0,01$), koje ukupno objašnjavaju 33% varijance zadovoljstva životom.

Rezultati regresijske analize te β ponderi i njihove značajnosti prikazani su u tablicama 21 i 22.

Tablica 21. Stupnjevita regresijska analiza utjecaja pojedinih faktora na zadovoljstvo životom i socijalnom podrškom

prediktori:	kriterij: zadovoljstvo životom i socijalnom podrškom					
	R	R^2	ΔR^2	F	df	p
intenziteta posttraumatskih simptoma	0,594	0,301	0,297	71,484	166	0,000
rana psihotraumatizacija	0,576	0,332	0,324	41,016	165	0,000

Tablica 22. Statistička značajnost β koeficijenata za zadovoljstvo životom i socijalnom podrškom

	prediktori:	kriterij: zadovoljstvo životom i socijalnom podrškom		
		β	t	p
I	intenziteta posttraumatskih simptoma	-0,549	-8,455	0,000**
II	intenziteta posttraumatskih simptoma	-0,500	-7,578	0,000**
	rana psihotraumatizacija	-0,184	-2,782	0,006**

Legenda:

R = koeficijent multiple korelacije

R^2 = koeficijent determinacije

ΔR^2 = promjena u koeficijentu determinacije u odnosu na prethodni korak regresije

F = F omjer koeficijenta determinacije

β = standardizirani regresijski koeficijenti

*** značajnost na razini 0,01*

4.2.6. Uloga liječenja usmjerenog na PTSP u preventivnom djelovanju na razvoj trajnih promjena osobnosti

Liječenje usmjereno na PTSP

Varijabla «liječenje usmjereno na PTSP» operacionalizirana je na sljedeći način. Iz Općeg upitnika strukturiranog za potrebe ovog istraživanja izdvojeno je pitanje *Kad ste započeli liječenje psihičkih smetnji (prvo javljanje psihijatru)?* Ispitanici su najčešće odgovarali datumom. Odgovori su rekodirani na način da su svi datumi iz 1991 dobili vrijednost 1, oni iz 1992 vrijednost 2... do 2007 vrijednost 17. Tako je formirana varijabla sa značenjem: manja vrijednost – ranije javljanje psihijatru. Tako formirana varijabla korelirana je s varijablom Broj zadovoljenih kriterija DESNOS-a. Nije dobivena statistički značajna povezanost (ρ=-0,056, p>0,05) (tablica 23).

Tablica 23. Povezanost (ρ) liječenja usmjerenog na PTSP s izraženošću DESNOS-a.

	početak liječenja
	ρ
izraženost DESNOS-a	-0,056

* * *

Ispitivala se povezanost poremećaja osobnosti s drugim varijablama (tablica 24). Ispada da su najviše korelacije između poremećaja osobnosti i intenziteta posttraumatskih simptoma, osim u slučaju poremećaja ophođenja koji je najviše povezan s ranom traumatizacijom. Većina

korelacija između poremećaja osobnosti i intenziteta posttraumatskih simptoma umjerene je veličine, sve su u smjeru: što više kriterija poremećaja osobnosti – to više simptoma traume.

Tablica 24. Povezanost (ρ) poremećaja osobnosti s ranom psihotraumatizacijom, traumatskim iskustvima u ratu i s intenzitetom posttraumatskih simptoma (N=343)

poremećaj osobnosti	rana traumatizacija	ratna traumatizacija	intenzitet posttraumatskih simptoma
	ρ		
paranoidni	0,236**	0,219**	**0,398****
shizoidni	0,192**	0,143**	**0,439****
shizotipni	0,377**	0,291**	**0,583****
poremećaj ophođenja	**0,384****	0,328**	0,239**
antisocijalni	0,214**	0,307**	**0,446****
granični	0,320**	0,334**	**0,601****
histrionski	0,175*	0,104	**0,252****
narcistički	0,276**	0,214**	**0,517****
izbjegavajući	0,257**	0,194**	**0,515****
ovisni	0,228**	0,023	**0,323****
opsesivno-kompulzivni	0,289**	0,101	**0,307****

** povezanost značajna na razini 0,05; ** povezanost značajna na razini 0,01*

zacrnjene vrijednosti u tablici su najviše

5. RASPRAVA

5.1. PTSP i DESNOS

U našem istraživanju pokazalo se da je kriterije za DESNOS zadovoljilo 34% cjelokupnog uzorka ispitanika. U skupini veterana Domovinskog rata koji boluju od PTSP-a, 43% zadovoljava kriterije i za DESNOS ili DES ili Complex PTSD. Uz to, 4 ili 5 kriterija zadovoljava još 35% ispitanika (cut-off scor za dijagnozu DESNOS-a je 6). U relativno visokom broju zadovoljavaju i sve pojedine kriterije DESNOS-a, u rasponu od 63-83%.

Dobiveni rezultat u skladu je s očekivanjima. U istraživanju Forda i Kidda na veteranima s PTSP-om, prevalencija DESNOS-a bila je 57% (39). U skupini veterana s PTSP-om koji traže bolničko zbrinjavanje, Ford nalazi da 31% zadovoljava kriterije i za PTSP i za DESNOS, a 26% DESNOS bez PTSP-a (40). U drugim istraživanjima pokazalo se da su pojedini kriteriji češće prisutni (npr. somatizacije i promjene u odnosima) (42), a neki rijeđe (afektivna disregulacija) (41).

U našem istraživanju bilo je 7 ispitanika koji su zadovoljili kriterije za DESNOS (0,2%), ali ne i za PTSP. Takve su rezultate dobili i drugi istraživači te se smatra da pojava PTSP-a nije preduvijet za razvoj DESNOS-a, ali takva stanja zahtijevaju daljnja istraživanja (17).

Naša istraživana skupina pripada tipu II traumatizacije, a poznato je da tip II ima veliku prevalenciju (50-75%) PTSP-a kao i kronični deficit samokontrole i regulacije emocionalnih reakcija, visoki komorbiditet bolesti ovisnosti, anksioznih i afektivnih, kao i raznih somatskih pritužbi i smetnji, te prema tim podacima naši ispitanici potvrđuju već ranija istraživanja (37). U to se uklapa i podatak da je svega 14 ispitanika zadovoljavalo kriterije samo za PTSP (0,4%). Sve to daje dodatnu potkrijepu postojanju nove kliničke slike koja je za sada nazvana Poremećaj ekstremnog stresa koji nije drugačije specificiran (Disorder of extreme stress not

otherwise classified - DESNOS), odnosno odgovara dijagnostičkoj kategoriji Trajne promjene osobnosti uslijed traume u MKB-10 (1,16,31,51,52).

Van der Kolk (31) je našao da mnogi odrasli sa simptomima DESNOS-a zadovoljavaju kriterije i za PTSP, što je slučaj i u našem istraživanju. Naime, po MKB-10 postavljanje dijagnoze Trajnog poremećaja osobnosti uslijed traumatizacija ne dozvoljava istovremeno postavljanje dijagnoze PTSP-a, što klinička opažanja demantiraju, a i naše istraživanje potvrđuje. Ostaje otvoreno pitanje jesu li PTSP i DESNOS dva različita klinička, a time i dva različita dijagnostička entiteta uzrokovana psihotraumom ili nisu. Trenutni izvještaji Radne grupe za DSM-5 nisu predvidjeli DESNOS kao poseban klinički entitet, već ili kao dio PTSP-a ili kao podtip PTSP-a (45,60).

Tako neki autori predlažu da DESNOS, kad se javlja u istovremenom prisustvu PTSP-a, treba biti smatran nadređenom dijagnozom (61). Alternativno, može se smatrati podtipom postojeće kategorije PTSP-a, što je potencijalno rješenje u narednim verzijama predloženog DSM-5 kriterija za pokrivanje kronične razvojne traumatizacije (62,63,64).

U svakom slučaju ova dijagnostička razgraničenja čekaju daljnja istraživanja i odgovore.

5.2. Promjene osobnosti uslijed traumatizacije i poremećaji osobnosti (PO)

Ispitivanjem povezanosti DESNOS-a s poremećajima osobnosti dobiju se statistički značajne korelacije s većinom poremećaja osobnosti (PO) koji, poredani prema učestalosti uključuju: shizotipni, granični, shizoidni, paranoidni, izbjegavajući, ovisni, opsesivno-kompulzivni i antisocijalni. Pri tome osobe s izraženijim DESNOS-om imaju i izraženije simptome poremećaja osobnosti. Jedino simptomi ovisnog i antisocijalnog poremećaja ne dostižu razinu kliničke značajnosti.

Rezultati jesu u skladu sa hipotezom. U rijetkoj literaturi ovog područja rezultati su inkonzistentni. Tako istraživanja Talbert i sur.(65), i Schnurr i sur. (66) nisu dobili iste rezultate niti u smislu incidencije/ komorbiditeta, niti u smislu spektra poremećaja osobnosti koji su nađeni u komorbiditetu. No kad je riječ o komorbiditetu na osovini II i PTSP-a, istraživanja uglavnom ukazuju na visoku prevalenciju (38,67).

Uz to možemo navesti da se prevalencija poremećaja osobnosti u zajednici kreće 6-13.5%.(38,68,69). U kliničkim skupinama prevalencija PO iznosi od 50% (68) do 80% (70), stoga dobiveni rezultati na našoj ispitivanoj skupini ne iznenađuju. Osim što se radi o kliničkom uzorku, smatra se da su osobe s poremećajem osobnosti i inače u većem riziku da razviju posttraumatske poremećaje (71). Malta Loretta i sur. u zaključku svojeg rada navode da možemo pretpostaviti da se, ukoliko postoje naznake poremećaja osobnosti, povećava rizik razvoja kroničnog PTSP-a, i smatraju da te osobe trebaju intenzivnije liječenje (72). To potvrđuje i naše istraživanje: osobe s kroničnim PTSP-om zadovoljavaju kriterije za nekoliko poremećaja osobnosti, imaju veći komorbiditet s drugim psihičkim poremećajima, a radi se o skupini bolesnika kojoj je pomoć neophodna i koji se liječe godinama.

Malta i sur. prezentirali su i analizu utjecaja poremećaja osobnosti na razvoj i remisiju PTSP-a. Oni su ispitivali poremećaj osobnosti i PTSP u osoba koje su doživjele prometnu nesreću. Njihovi rezultati ukazuju da što je kroničnija forma PTSP-a, to će biti veći i postotak zadovoljavanja kriterija za poremećaj osobnosti, što bi se moglo reći i za našu ispitivanu skupinu. Ujedno su utvrdili da se osobe s poremećajem osobnosti, njih 33%, nisu oporavile niti nakon godine dana (72).

Većina istraživanja (32,73,74,75) sugerira da je tako visok postotak poremećaja osobnosti kod traumatiziranih ispitanika jednim dijelom i posljedica preklapanja simptoma i komorbiditeta, što je slučaj i u našem istraživanju. Utvrđeno je visoko preklapanje sa simptomima DESNOS-a, pa čak i PTSP-a sa simptomima poremećaja osobnosti. Primjerice klaster A poremećaja

osobnosti, ili npr. granični poremećaj osobnosti, ima zajedničke simptome s PTSP-om. Tako su zajednički simptomi npr. destruktivnost, intenzivna ljutnja, afektivna nestabilnost, disforija, kronični osjećaj praznine i poremećaj identiteta (76). To sve zbunjuje i pitamo se radi li se samo o posljedicama vanjskih događanja (kao što je to slučaj s DESNOS-om) ili je to i ranije bila prisutna predispozicija u strukturi osobnosti (premorbidni granični poremećaj osobnosti). Becker naglašava da osobe nekad dijagnosticirane s graničnim poremećajem osobnosti, kad razviju i dobiju dijagnozu PTSP-a, zapravo u društvenim očima prijeđu preobrazbu iz „loše osobe“ (s PO) u „dobru osobu“ (PTSP) (77). Naša ispitivana skupina prije ratne psihotraumatizacije nije imala smetnje radi kojih bi trebali potražiti pomoć. To ne znači da smetnje vezane za PO nisu postojale, ali za njih nisu bile klinički značajne. PO je ionako dijagnostička kategorija koja nužno ne podrazumijeva smetnje radi kojih će osoba biti disfunkcionalna. Ona to postaje kad se javi neki dodatni poremećaj skupine anksioznih, afektivnih ili nekih drugih poremećaja koji se kodiraju na I osovini. To i jeste razlogom da se ona u DSM klasifikaciji kodira na drugoj osovini.

Češća izraženost upravo paranidnog, shizotipnog, graničnog, izbjegavajućeg, te opsesivno kompulzivnog poremećaja osobnosti kao komorbiditeta, dijelom ima uzrok upravo u preklapanju simptoma. Naime promijenjen pogled na svijet, uz doživljaj da je svijet opasno mjesto, uvelike dijeli ovaj stav s osobom sa paranoidnim PO. Prilično izražen „život po svome“ može nalikovati na shizotipni PO. O sličnosti s graničnim PO već smo govorili. Izbjegavanje svake mogućnosti dubljeg odnosa, bilo afektivnog bilo prijateljskog, značajka je DESNOS-a, ali i izbjegavajućeg PO. Kroz niz istraživanja utvrđeno je da je opsesivno kompulzivni poremećaj osobnosti jedan od češćih PO u komorbiditetu s PTSP-em (75, 78). Pretpostavka je da se ove osobe zbog svoje strukture teže nose s nepredvidivošću traumatskog iskustva i nemogućnošću kontrole traumatske situacije. Moguće da ova osobina igra ulogu i

kod razvoja DESNOS-a, premda je zastupljenost opsesivno kompulzivnog poremećaja u našem istraživanju manja nego što je dobivena u istraživanjima usmjerenima na PTSP (78).

Po pitanju strukture osobnosti, naše je rezultate teško uspoređivati s drugima u literaturi i stoga što su u njima primijenjeni različiti mjerni instrumenti. U ovom istraživanju struktura osobnosti operacionalizirana je kao ukupan rezultat na svakoj od subskala upitnika DIP-Q, odnosno kao broj zadovoljenih kriterija.

5.3. Razvojna trauma i DESNOS

U našem istraživanju nije nađena razlika između ispitanika koji zadovoljavaju kriterije za DESNOS i onih koji imaju zadovoljene kriterije samo za PTSP u odnosu na ranu životnu psihotraumatizaciju.

Taj nalaz nije u skladu s postavljenom hipotezom, ni s dosadašnjim istraživanjima. Ostala istraživanja našla su povezanost DESNOS-a i psihotraumatizacija tijekom djetinjstva tako da je Američko psihijatrijsko udruženje (APA) čak organiziralo grupu istraživača koji bi predložili promjene u PTSP dijagnozi i objasnili psihopatologiju kroničnosti razvojne traume (31,43).

Postoji više mogućih objašnjenja za dobiveni rezultat.

Jedno je i u tome što uz 43% koji uz PTSP u potpunosti zadovoljava kriterije za DESNOS, preostalih 57% ispitanika zadovoljava 4 ili 5 od 6 kriterija za DESNOS, što znači da u stvari ne postoje velike razlike između skupina.

Nadalje, u našim rezultatima traumatizacija u dječjoj dobi u naših ispitanika je postojala, ali nije precizirano je li bila ponavljajuća i kumulirajuća, kao što se navodi u drugim istraživanjima (79). Naši dobiveni rezultati govore o iznimno malom broju ispitanika s kroničnom i/ili intenzivnom ranom traumom. Razvojna trauma naime odnosi se na tip stresnih

događanja koja se ponavljaju i kumuliraju kroz određeni vremenski period (79). Zlostavljanje djece (seksualno, emocionalno, i fizičko) i nemar (fizički i emocionalni), stvaraju tipičnu formu kronične traumatizacije, a može biti iskazano kroz odrastanje u disfunkcionalnoj obitelji (80). Kako se radi o retrospektivnom istraživanju, a sjećanje o ranoj traumi podložno je i nedostatnom sjećanju, ali i neželjenim iskustvima, autentičnost dobivenih podataka je upitna (81).

S druge strane, bez obzira je li prisutan DESNOS ili ne, PTSP može i sam po sebi imati porijeklo u razvoju. Razvojni kapaciteti djeteta i uvjeti u kojima odrasta mogu povećati rizik izloženosti traumatskim doživljavanjima, i rizik da će kasnije u životu reagirati negativno na traumatska iskustva (82), što bismo mogli pretpostaviti jednim dijelom i za naše ispitanike. Ulogu rane traume u razvoju DESNOS-a svakako bi na najbolji način razjasnilo prospektivno istraživanje koje bi pratilo razvojne kapacitete kao što su to pratili Koenen i sur. (82), i uvjete u ranom djetinjstvu koji doprinose pojavi DESNOS-a nakon ratnih psihotraumatizacija u odrasloj dobi, pod uvjetom da osobe prije ratne traumatizacije nisu pokazivale mentalne smetnje, niti doživjele rana traumatska iskustva, što je možda slučaj i s našom istraživanom skupinom.

5.4. Specifično traumatsko iskustvo

Svi su ispitanici u prosjeku imali 20 traumatskih doživljaja.

U skladu s dobivenim nalazima može se reći da su kod osoba s trajnim promjenama osobnosti uslijed traumatizacije češće bili prisutni traumatski događaji koji uključuju nedostatak medicinske pomoći, nedostatak socijalne podrške, prisilan rad i svjedočenje fizičkom zlostavljanju drugih. Kao prediktori intenziteta DESNOS-a dobivena su sljedeća traumatska iskustva: nedostatak podrške od strane obitelji i prijatelja za tjelesne i/ili emocionalne

probleme, bolesno stanje bez adekvatne liječničke skrbi, smrt suborca tijekom borbe, upadanje u zasjedu, pranje mozga, prisilni rad, svjedočenje udaranja drugih po glavi ili tijelu.

Ovo nas upućuje na zaključak da kod traumatskih iskustava koja su po karakteristikama bliža zatočeništvu ili torturi postoji veća mogućnost razvoja DESNOS-a, te da su i njegovi simptomi jačeg intenziteta, što je u skladu s istraživanjima van der Kolka, Forda i J. Herman (16,31,40), ali i s kriterijima koje je postavio MKB-10 za dijegnostiku Trajnih promjena osobnosti uslijed traumatizacije (1). Oni naime zahtijevaju katastrofično traumatsko iskustvo kao preduvjet za dijagnozu. Među inima uvršteno je i iskustvo torture. Svakako zanimljivi dodatni nalaz koji iz ovoga proizlazi je i činjenica da direktna borbena iskustva nisu u prvom planu, a radi se o uzorku veterana. Ona (borbena iskustva) opet jesu vrlo važna u razvoju PTSP-a. No postoje teorijski koncepti koji govore da je upravo osjećaj bespomoćnosti odgovoran za razvoj posttraumatskih simptoma (dok je beznadnost odgovorna za razvoj depresije), a koji mogu pojasniti zašto je upravo ovaj spektar traumatskih iskustava odgovoran za ovu specifičnu psihopatologiju. Ona jesu obilježena bespomoćnošću kao i mnoge komponente torture (83). No jednako tako zanimljiv je i nalaz o značaju nedostatka dijela socijalne podrške kao prediktivnom čimbeniku.

5.5. Intenzitet simptoma PTSP-a i jačina traumatizacije

Rezultati dobiveni u našem istraživanju ukazuju na činjenicu da što ispitanici imaju veći intenzitet postraumatskih simptoma, to je veća i izraženost DESNOS-a. Ispitanici koji imaju i DESNOS uz PTSP, imaju još jači intenzitet simptoma traume.

Taj nalaz povezanosti intenziteta simptoma PTSP-a i izraženosti DESNOS-a, te povezanosti jačine traumatizacije i DESNOS-a, u skladu je s rezultatima istraživanja Forda i sur., prema

kojima je DESNOS povezan s ekstremnim razinama ponovnih intruzivnih proživljavanja i s pojačanim korištenjem psihijatrijske skrbi (40,41), te Zlotnicka koji je također utvrdio pozitivnu povezanost između intenziteta PTSP-a i zadovoljavanja kriterija za DESNOS (51,84). S tim možemo povezati i činjenicu da su naši veterani u prosjeku imali 20 traumatskih doživljaja, što je neuobičajeno velik broj u odnosu na istraživanja provedena na sličnoj veteranskoj populaciji. U istraživanju Klarića, veteranska je populacija imala u prosjeku 14 traumatskih događaja (85). Moguće je da je taj broj toliko veći jer je naša populacija na neki način selekcionirana, radi se o veteranima kod kojih je postignuta parcijalna remisija ili nije bilo remisije smetnji tijekom godina liječenja. No, u istraživanju Morine i Forda ispitanici su civilna populacija u ratom zahvaćenoj zemlji i imali su u prosjeku po 30 traumatskih događaja, no nabrojeni po učestalosti razvidno opisuju civilnu populaciju (izbjeglištvo, nedostatak „krova nad glavom“, odvojenost od obitelji i sl) (42). Izraziti intenzitet DESNOS-a njihovi ispitanici su imali na kriteriju somatizacijame i odnosa s drugima, ali ne u tako visokom postotku kao naša ispitivana skupina.

5.6. Intenzitet ratne traumatizacije

Nije nađena razlika u razini ratne traumatizacije između naše dvije ispitivane skupine. Taj se nalaz razlikuje od dosadašnjih istraživanja (41,51,84) koji govore o jačoj traumatizaciji kod osoba s DESNOS-om. Međutim, istraživanja govore da aktualna traumatizacija nije jedini čimbenik u razvoju DESNOS-a, već da ulogu imaju i rana traumatska iskustva. Ovakav rezultat nije nađen u našoj ispitivanoj skupini. Mogući razlog može ležati i u metodi ispitivanja razine traumatizacije. Zbog teškoća u određivanju frekvencije i intenziteta traumatskog iskustva kad je riječ o višestrukim traumatskim iskustvima veterana, stupanj traumatizacije uglavnom se određuje brojem traumatskih događaja koje je osoba proživjela.

Veterani naše ispitivane skupine u prosjeku su doživljavali 20 traumatskih događaja, no mjerni instrument nam ne govori o stvarnoj jačini stresora i njihovom utjecaju i subjektivnom doživljaju veterana. Moguće da se razina traumatizacije između naše dvije skupine ne razlikuje i stoga što smatram da se ispitivane grupe (sa i bez DESNOS-a) u stvari malo razlikuju kada je riječ o skupinama simptoma DESNOS-a koji su kod njih prisutni. Skupina koja ima „samo PTSP“ u prosjeku zadovoljava 4 ili 5 od 6 potrebnih kriterija za DESNOS.

5.7. PTSP, DESNOS i komorbiditet

Što je kod ispitanika uz PTSP veći broj komorbidnih poremećaja na osovini I, veća je i izraženost DESNOS-a. Osobe koje imaju DESNOS, imaju i više psihičkih poremećaja u komorbiditetu. Ispitujući komorbiditet DESNOS-a s drugim psihičkim poremećajima na osi I, dobili smo da je kod ispitanika koji uz PTSP imaju i DESNOS prisutan veći broj komorbidnih mentalnih poremećaja. Poremećaji koji se kod veterana s DESNOS-om javljaju značajno češće nego kod onih koji nemaju DESNOS su: VDE, panični poremećaj i socijalna fobija.

Kessler i sur. su u istraživanju komorbiditeta dobili sljedeće rezultate: skoro 84% ljudi s PTSP-om ima još jednu djagnozu tijekom života, s tipično PTSP-om kao prvom dijagnozom (37). Australsko je istraživanje pokazalo da barem još jednu dijagnozu ima 88% bolesnika s PTSP-om, a najčešće su depresija 48% i zloporaba alkohola 52%. Tri ili više poremećaja ima 59% ispitanika, te preko polovice zadovoljava kriterije i za dijagnozu na drugoj osi, dok u populaciji koja ne boluje od PTSP-a taj udio iznosi 6%. PTSP se smatrao početnim poremećajem. Zaključak je da se PTSP kao jedini poremećaj relativno rijetko nalazi, te da osobe s PTSP-om često u kliničkoj slici imaju depresiju, anksioznost i somatizacije (38).

U skupini veterana koji traže bolničko zbrinjavanje, Ford nalazi da 31% zadovoljava kriterije i za PTSP i za DESNOS, 29% ima PTSP, 26% DESNOS, 13% ne zadovoljava kriterije za

nijedan od ova dva poremećaja. Dijagnoza PTSP-a povezana je s većim izlaganjem ratnim traumama i djelovanjima, a DESNOS je bio povezan sa sudjelovanjem u ratnim zbivanjima i traumom u djetinjstvu, zatim s ekstreminm nivoima intruzivnih ponovnih proživljavanja, oštećenim objektnim odnosima i pojačanim korištenjem psihijatrijske skrbi, što se ne slaže u potpunosti s našim rezultatima (39,40). Naši ispitanici imaju ratno iskustvo od 1-103 mjeseca, u prosjeku 34 mjeseca, ali njihova rana traumatska iskustva nisu pokazala da značajno utječu na pojavu DESNOS-a, kao niti bilo koji drugi skup simptoma.

U istraživanju Forda i Kidda (39) na veteranima, komorbiditet je bio, izuzev PTSP-a, s depresijom u prevalenciji od 39%, te s antisocijalnim poremećajem osobnosti u prevalenciji od 23%. Prevalencija DESNOS-a u toj skupini ispitanika bila je 57%. DESNOS se pokazao kao konzistentni i robustni prediktor slabog terapijskog uspjeha. Također, DESNOS je bio i prediktor slabije samoprocjene kvalitete života, jače od izloženosti traumi, etničkoj pripadnosti, prisutnosti depresije ili poremećaja osobnosti. Zato autori predlažu da se procjena i tretman za kronične PTSP bolesnike ne treba usmjeravati samo na značajke PTSP-a, nego i na alteracije koje pripadaju simptomima DESNOS-a (39).

Ispitujući komorbiditet DESNOS-a s drugim psihičkim poremećajima na osi I, dobili smo da je kod ispitanika koji uz PTSP imaju i DESNOS prisutan veći broj komorbidnih mentalnih poremećaja. Poremećaji koji se kod veterana s DESNOS-om javljaju značajno češće nego kod onih koji nemaju DESNOS su: depresija, panični poremećaj i socijalna fobija.

U našoj ispitivanoj skupini pokazalo se da 39% ispitanika boluje od depresije, uz to još 29% zadovoljava kriterije za distimiju. Taj rezultat gotovo odgovara dosadašnjim istraživanjima gdje je depresija kod PTSP-a prisutna u gotovo pola ispitivane populacije (34,67,86). Suicidalne ideje prisutne su kod velikog broja ispitanika, 37,3%, što je razumljivo s obzirom na visoki postotak poremećaja raspoloženja uz postojeće smetnje vezane za

psihotraumatizaciju, a i visoko izraženu suicidalnu ideaciju koja je i inače utvrđena u veterana s PTSP-om (87).

I u istraživanjima komorbiditeta s DESNOS-om, osim PTSP-a, najčešća je depresija (40,84), što se potvrdilo i u našem istraživanju. Već napomenuta prisutnost depresije kod gotovo polovice oboljelih od PTSP-a (37,88,89,90), dovela je do pretpostavke da upravo ova kombinacija pridonosi razvoju DESNOS-a. Dobili smo također i statistički značajno češći komorbiditet s paničnim poremećajem i socijalnom fobijom, što drugi istraživači nisu dobili.

Dok se za komorbiditet na osi I kod PTSP-a navodi podatak da je on češći kad je PTSP uzrokovan neinterpersonalnom traumom (npr. potres), za javljanje DESNOS-a karakteristična je interpersonalna trauma, pri čemu je druga osoba incijator traume (41). Osim toga, komorbiditet DESNOS-a i socijalne fobije mogao bi se objasniti i na simptomatološkoj razini. Jedan od skupine simptoma PTSP-a je izbjegavanje podsjetnika traume što često uključuje druge ljude i situacije. Ukoliko uz PTSP osoba ima i DESNOS, šanse za preklapanje simptomatologije sa socijalnom fobijom su veće. Dva klastera kriterija DESNOS-a mogu biti povezana sa socijalnom fobijom, a to su alteracije u samopercepciji i alteracije u odnosima s drugim ljudima. To podrazumijeva osjećaj različitosti i otuđenosti od drugih ljudi, izbjegavanje drugih, sram u prisustvu drugih, osjećaj nepovjerenja i sl. S druge strane, osobe oboljele od socijalne fobije imaju ustrajan, iracionalan strah povezan s nazočnošću drugih ljudi. Nastoje izbjeći neku određenu situaciju u kojoj bi mogli postati predmetom procjenjivanja i vrednovanja. Izbjegavajući druge ljude osoba s DESNOS-om dodatno narušava svoje funkcioniranje jer se osamljuje, gubi socijalnu podršku i ima manji broj ugodnih aktivnosti, što je sve rizično za razvoj depresivnosti pa to može biti u osnovi čestog komorbiditeta depresije i DESNOS-a.

Klasteri kriterija DESNOS-a koji se mogu dovesti u vezu sa simptomima paničnog poremećaja obuhvaćaju: alteracije u svjesnosti, što uključuje disocijacije koje su

karaktersitične i za panični poremećaj, te klaster DESNOS-a tjelesne self-regulacije, što se kod paničnog poremećaja može odnositi na usmjerenost prema percepciji tjelesnih simptoma anksioznosti.

Zlouporaba alkohola u naših ispitanika prisutna je u nešto manjem postotku (20%) nego što se očekuje kod PTSP populacije, gdje je taj udio iznosio i preko 50% (35,38). Istraživanje na populaciji izbjeglih osoba pokazalo je da je više od pola ispitanika s PTSP-om imalo smetnje vezane uz alkohol (35, 67). Smatramo da je i zlouporaba alohola učestala pojava i u našoj populaciji veterana, no to se nije pokazalo u našem istraživanju iz više razloga: prvo radi socijalno prihvatljivog konzumiranja alkohola gdje se kozumiranje više od tri jedinice alkohola u kratkom vremenu ne smatra problematičnim, zatim radi umanjivanja količine konzumiranog alkohola od strane ispitanika. U Hrvatskoj ustvari postoje zasebne ustanove koje se bave liječenjem alkoholizma. Regionalni centri gdje je uzorak regrutiran, rijetko imaju programe fokusirane na probleme ovisnosti.

5.8. Kvaliteta života i socijalna podrška

Rezultati našeg istraživanja pokazali su da što je manje izraženih simptoma DESNOS-a, to je osoba zadovoljnija životom. Nadalje, ispitanici samo s PTSP-om imaju i kvalitetniju socijalnu podršku, te procjenjuju svoje opće funkcioniranje kroz godinu dana boljim, u odnosu na osobe s više izraženih simptoma DESNOS-a.

Dobiveni rezultati dijelom su očekivani, obzirom da su zadovoljstvo životom, kvaliteta socijalne podrške i opće funkcioniranje međusobno povezani.

Može se reći da je donekle očekivano da će se na osnovi poznavanja intenziteta posttraumatskih simptoma moći predvidjeti zadovoljstvo životom. Tim više što upitnik za ispitivanje simptoma traume uključuje i niz čestica koje se odnose na percepciju vlastitih

sposobnosti. Iz toga se moglo predvidjeti da će se ispitanici koji se procjenjuju sposobnijima, procjenjivati i zadovoljnijima životom.

Željelo se također ispitati može li se na osnovi poznavanja neke od ispitivanih varijabli, poput rane i ratne traumatizacije, izraženosti simptoma traume i dr., predvidjeti zadovoljstvo životom.

Kao prediktor zadovoljstva životom značajnim su se pokazli intenzitet posttraumatskih simptoma i rana psihotraumatizacija.

Rezultat o važnosti rane psihotraumatizacije na sadašnju procjenu zadovoljstva životom može se činiti kontradiktornim, posebice stoga što se u dosadašnjim analizama rana traumatizacija nije pokazala značajnom za intenzitet DESNOS-a. No, s druge strane, to daje na značaju ratnom traumatskom iskustvu za razvoj psihopatologije i potvrđuje da rana traumatizacija ipak oboji cijeli život neke osobe, smanjujući mu osjećaj kvalitete i to kroz vjerojatno kompromitirane odnose s drugim ljudima i otežanu vlastitu funkcionalnost.

Istraživanje kvalitete života u našoj zemlji s istim upitnikom proveli su Ajduković i suradnici u dvije županije najviše pogođene ratnim zbivanjima, 11 godina nakon prestanka rata (91). Autori su usporedili procjene kvalitete života ispitanika koji zadovoljavaju kriterij za jednu od mentalno-zdravstvenih dijagnoza i onih koji ne zadovoljavaju taj kriterij. Istraživanje je pokazalo da je kvaliteta života ljudi s poremećajima, mjerena ukupnim rezultatom na skali MANSA, značajno slabija. Među skupinama s poremećajima, kvaliteta života najslabija je kod ljudi s depresivnim poremećajem, zatim kod onih s PTSP-om i potom kod onih s anksioznim poremećajem. U istom istraživanju osobe s PTSP-om procijenile su da je njihovo fizičko i psihičko zdravlje slabije kvalitete od onih s depresivnim poremećajem (91).

Posttraumatski simptomi nisu se pokazali značajnim prediktorom sadašnje kvalitete života, već su vjerojatno moderirani aktualnim mentalnim zdravljem, prvenstveno stupnjem depresivnosti. To se ne slaže s našim rezultatima. Naime, u naših ispitanika intenzitet

posttraumatskih simptoma i rana psihotraumatizacija povezani su s kvalitetom života. Ajduković i sur. ispitivali su cjelokupnu populaciju u dvije županije, a naši su ispitanici selekcionirana skupina koja se već liječi kroz duže vremensko razdoblje. Skupina traumatiziranih osoba koja se u njihovom istraživanju po svojim rezultatima najviše približava općoj populaciji su civili koji su doživjeli traumu, a uvjerljivo najniže rezultate u svim aspektima kvalitete života postižu veterani uključeni u psihijatrijski tretman (91), što bi potvrđivali i naši rezultati.

Istraživanje Grubišić-Ilić i sur. o faktorima kvalitete života osoba oboljelih od PTSP-a provedeno u nas pokazalo je da su viši stupanj obrazovanja, stabilna obiteljska situacija, riješen radni status, te zaposlenje partnerice pozitivno povezani s njihovom boljom kvalitetom života (92). Naša istraživana skupina ima u 17 % slučajeva nižu stručnu spremu, 75% srednju, višu 8% i svega 2% visoku stručnu spremu. Možemo utvrditi da takva raspodjela odgovara raspodjeli u općoj populaciji. Njih 81% su oženjeni i imaju potomstvo, 44% ih je umirovljeno, 34% zaposleno, a samo 16% je nezaposlenih. Priebe i suradnici su pokazali da osobe koje su tražile psihijatrijsku pomoć, a imaju više posttraumatskih, depresivnih i anksioznih smetnji, imaju lošiju kvalitetu života (93). Ti se rezultati dijelom, a to je više postraumatskih simptoma, slažu s našim rezultatima. Slične nalaze dobili su Ljubotina i suradnici (94). Bravo, Kučukalić ispitivali su s istim instrumentom (MANSA) kvalitetu života osoba s PTSP-om uzrokovanim borbenim iskustvom, a koji prije rata nisu nikada potražile pomoć zbog mentalnih smetnji, i navode da ispitanici koji pate od kroničnog PTSP-a subjektivno doživljavaju kvalitetu života nižom/ slabijom. Ujedno potvrđuju da kombinirano liječenje pokazuje porast subjektivnog doživljavanja kvalitete života, što upućuje da osobe s kroničnim PTSP-om trebaju duži i različitiji program liječenja (95).

Ke i suradnici ustvrdili su da, nakon zemljotresa, osobe s višim stupnjem edukacije bolje strukturiraju svoj dnevni program negoli osobe s manjim stupnjem izobrazbe (96). Isto su

ustvrdili Grubišić i sur. na veteranskoj populaciji (92). Naši su ispitanici većinom sa srednjom stručnom spremom, a traumatizacija je uzrokovana od ljudi, a ne od prirode. Naši rezultati upućuju da zadovoljstvu životom i socijalnom podrškom ne pridonose značajno varijable: izraženost DESNOS-a, komorbiditet, niti traumatski događaji. Bazična, polazna točka je struktura osobnosti i kako će se osoba prilagoditi distresnim situacijama tijekom razvoja. To će biti baza za prevladavanje stresnih događaja tijekom života. Intenzitet postraumatskih simptoma vezan je uz broj traumatskih događaja, a jedna i druga varijabla povećavaju intenzitet DESNOS-a. Smanjena kvaliteta života u toj populaciji svakako ima više izvora.

Visoki disabilitet kod PTSP-a povezuje PTSP s radnom sposobnošću. Istraživanja navode da PTSP ima jedinstveni utjecaj na disabilitet i smanjenje kvalitete života čak i nakon smirivanja drugih mentalnih poremećaja i teških organskih bolesti. Ovo govori o važnosti prepoznavanja potrebe liječenja PTSP-a i utjecaja PTSP-a na kratkotrajni i dugotrajni disabilitet. Disabilitet je značajan faktor kvalitete života svakog bolesnika(97,98,99).

Mnoga istraživanja potvrđuju da je PTSP povezan s mnogim različitim fizičkim zdravstvenim problemima što pridonosi smanjenju kvalitete života (100,101,102,103), upozoravaju na specifična umanjenja u vitalnosti, fizičkom i mentalnom zdravlju osoba s PTSP-om, što nalazimo i kod naših ispitanika. Schneier i Pantol također zaključuju da anksiozni poremećaji signifikantno kompromitiraju kvalitetu života (104). Olatunji i dr. učinili su komparativnu studiju unutar anksioznih poremećaja i ustvrdili da se kod pacijenata s PTSP-om javlja više problema kvalitete življenja nego kod pacijenata sa socijalnom fobijom (105). Rapaport i dr. našli su da 59% pacijenata s PTSP-om ima teška oštećenja kvalitete života, dok je to slučaj kod samo 21% pacijenata sa socijalnom fobijom (106). S obzirom da naša ispitivana skupina uz PTSP često ima u komorbiditetu socijalnu fobiju, depresiju i panične napade, tada nije iznenađujuće da imaju i smanjenu kvalitetu života i doživljaj smanjene pružene socijalne pomoći. Kashdan i dr. ispitivali su posljedice ratne traumatizacije na civile na Kosovu i

ustvrdili da su PTSP, socijalna fobija i bolesti raspoloženja povezani s izbjegavanjem i globalnim psihološkim distresom i smanjenom kvalitetom života (107).

5.9. Liječenje PTSP-a i DESNOS-a

S obzirom da svi ispitanici uzimaju lijekove i svi se liječe, usporedili smo duljinu liječenja s DESNOS-om i nismo dobili statistički značajnu povezanost.

Forstmeier i sur. ističu da je duljina liječenja, više od 2,5 godine, važan negativni pretkazatelj oporavka: što dulje liječenje, to lošiji ishod (108). Naši ispitanici liječe se u prosjeku čak 9 godina, što je još jedan podatak koji govori o težini, dugotrajnosti, te refrakternosti na primijenjene psihofarmakoterapijske metode liječenja. Čini se da prema Craemeru ova ispitivana grupa pripada u onih 30% bolesnika kod kojih zapravo nema rezultata u liječenju (109).

Naši ispitanici doživjeli su ekstremne, ekcesivne traume koje su uzrok intenzivnih smetnji s posljedično velikim poteškoćama u funkcioniranju. Ovako kronificirani bolesnici očito nemaju kapaciteta za zrelo suočavanje s traumom, zbog čega se i primijenjuje terapijski pristup „druge generacije“. Program „prve generacije“ usredotočen je na otvaranje i proradu djelovanja traume, a cilj mu je umanjenje intenziteta PTSP simptoma. Program „druge generacije“ fokusiran je na reintegraciju veterana u njihovu socijalnu okolinu – obitelj i posao, a nastoji poboljšati njihove sposobnosti funkcioniranja u društvenoj zajednici. Kliničari smatraju da je u radu s veteranima potrebno uključiti oba načina kako bi se povratilo njihovo psihološko i socijalno funkcioniranje.(88,110,111,112).

Terapijske metode i rezultati liječenja DESNOS-a nisu dovoljno istraženi. Naime kliničari se pri liječenju oslanjaju ne samo na propisane algoritme već i na iskustvo koje još uvijek nije empirijski potvrđeno (113).

Trenutno prisutan model za terapiju DESNOS-a uključuje tri faze: smanjenje simptoma i stabilizaciju; proradu traumatskih sjećanja i emocija, te rehabilitaciju i integraciju u zajednicu (113,114,115).

S obzirom da se naši ispitanici liječe u Centrima za psihotraumu, pretpostavljamo da je setting Dnevne bolnice omogućio bolesnicima da pažnju i interes usmjere na druge sadržaje, izvan traume. Kroz podržavajući socijalni milje, stvarajući grupnu klimu koja potiče ventilaciju, otkrivanje (katarzu), razmjenu sličnih iskustava, eventualno proradu traumatske priče, postupno se stvaraju uvjeti za bolje razumijevanje sebe i drugih. Yalom je opisao sljedeće terapijske faktore koji se razvijaju u grupnom procesu (116). Kroz komunikaciju i interpersonalno učenje stječe se novo emocionalno iskustvo, te doživljaj da oboljeli nije više sam, bespomoćno „zarobljen u svojoj traumi“ (4). Razvija se transfer prema terapeutima, cjelokupnom osoblju i ustanovi kao dobrom objektu koji su spremni slušati, razumjeti, dati utjehu i nadu. Rad na proradi krivnje, integraciji loših dijelova selfa, kao i usvajanje zrelijih modela komunikacije, traži puni i često dugotrajni angažman, kako oboljelih tako i terapeuta (89,113).

Istraživanja nalaze uspjeh liječenja na planu adaptacije i socijalnog funkcioniranja oboljelih (88,117), dok je intenzitet smetnji refrakteran na liječenje (94), a tijek poremećaja najčešće kroničan (1178,119). U našoj ispitivanoj skupini rezultat liječenja je minimalan.

Svakako da rezultati dobiveni na samoprocjenskim skalama, kod osoba koje su rentno motivirane, mogu kontaminirati rezultate. Ipak, kod našeg uzorka smatramo da je to minimalno, budući da je 78% ispitanika umirovljeno ili radi, ili riješenog administrativnog statusa te vjerovatno nema potrebe za sekundarnom ili tercijarnom dobiti.

Potvrdili smo istraživanja drugih istraživača, da kad se radi o skupini s kronificiranim PTSP-om, nema promjene u intenzitetu simptoma PTSP-a.

5.10. Ograničenja u istraživanju

Ovo istraživanje ima više ograničenja. Uzorak je relativno ograničen i ne dopušta u potpunosti generalizaciju rezultata.

Uzorak predstavlja populaciju koja traži pomoć psihijatra u kojoj se i inače pokazala veća prevalencija DESNOS-a.

Traumatska iskustva prikupljena su preko samoprocjenskih upitnika bez vanjske konfirmacije, a samoprocjenski upitnici uvijek ostavljaju mogućnost agraviranja patologije.

U metodološka ograničenja može se ubrojiti i to da su dijagnoze s prve osi procjenjivane od strane različitih autora, educiranih za primjenu MINI-ja, no nije učinjeno usklađivanje ispitivača radi međusobne udaljenosti centara.

Istraživanje je provedeno na kliničkoj skupini i nema kontrolne skupine koja bi dala informacije o prisutnosti DESNOS-a kako u općoj, tako i u populaciji veterana bez PTSP-a. Naime, uključni faktor je bilo postojanje PTSP-a, što bi značilo da osobe koje ne zadovoljavaju kriterije za PTSP, a možda zadovoljavaju kriterije za DESNOS, nisu bile uključene u istraživanje.

Razlike između skupine «PTSP+DESNOS» i skupine «samo PTSP» u prisutnosti simptoma DESNOS-a ne razlikuju se previše te su na nekim varijablama, razlike između ove dvije skupine prikrivene time što su skupine slične. Ovaj se problem nastojao riješiti usporedbom, dimenzonalno (od malo zadovoljenih kriterija do ispunjavanja svih kriterija), a ne u kategorijama ima/ nema, no na neke je rezultate svakako utjecao.

Nadalje, uzorak veteranske populacije pokrio je uglavnom urbanu populaciju gdje se i nalaze regionalni psihotrauma centri, stoga ostaje pitanje kakve bismo nalaze dobili da je uzorak bio reprezentativan za Hrvatsku u mjeri obuhvaćenosti i ruralne populacije.

Osim toga, nije obuhvaćena bolnička populacija veterana, kao ni onih s prijašnjim psihičkim smetnjama.

Postoji i mogućnost prenaglašavanja smetnji radi ostvarivanja prava u samoprocjenskom dijelu istraživanja.

* * *

Zaključno možemo reći da se DESNOS kod hrvatskih veterana nalazi komorbidno s PTSP-om, a prisutnost DESNOS-a praćena je i s većim intenzitetom simptoma, te s češćim komorbiditetom s drugim psihijatrijskim poremećajima, posebice s depresijom, s paničnim poremećajem i sa socijalnom fobijom. No, i dalje ostaje pitanje radi li se o komorbiditetu, dodatnom proširenom PTSP-u ili o dijelu koji je proizišao iz PTSP-a.

Jednim dijelom odgovor će pokušati dati slijedeće klasifikacije i DSM i MKB. No u svakom slučaju sadašnji položaj ovog entiteta ni u jednom od klasifikacijskih sustava neće ostati isti.

Za nas kliničare, bez obzira na dijagnostičke i klasifikacijske dileme, zbog težine kliničke slike i čestih komorbidnih poremećaja, važno je pri planiranju terapijskih intervencija fokus proširiti i na simptome DESNOS-a jer je evidentno da je njihov doživljaj kvalitete života i socijalne podrške izrazito smanjen. Kliničko iskustvo već nakupljeno tijekom zadnjeg desetljeća, otkako smo se sve više počeli sustretati s ovim problemom, govori da su bolesnici s DESNOS-om veliki terapijski izazov.

6. ZAKLJUČCI

Rezultati dobiveni u ovom istraživanju upućuju na sljedeće zaključke:

- U ispitivanoj populaciji, 43% veterana Domovinskog rata koji boluju od PTSP-a zadovoljavaju sve kriterije i za DESNOS, što dokazuje da se PTSP i DESNOS mogu pojaviti u komorbiditetu.

- Ispitanici s izraženijim DESNOS-om imaju i izraženije simptome poremećaja osobnosti i to: granični, paranoidni, opsesivno-kompulzivni, izbjegavajući i shizotipni. Dok ispitanici koji u potpunosti zadovoljavaju kriterije za DESNOS, na kliničkoj razini zadovoljavaju, uz navedene poremećaje i shizoidni.

- U našoj ispitivanoj skupini na izraženost poremećaja osobnosti najviše utječu posttraumatski simptomi, odnosno što su izraženiji posttraumatski simptomi, to je više prisutno simptoma poremećaja osobnosti.

- Kod ispitivane populacije veterana nije potvrđeno postojanje rane traumatizacije, te u ispitivanoj populaciji rana traumatizacija nije povezana s time hoće li, i u kojoj mjeri, kod nekoga uz PTSP doći do trajnih promjena osobnosti uzrokovanih ratnom traumom.

- Veći intenzitet traumatskih iskustva povezan je s izraženijim simptomima Trajnih promjena osobnosti, odnosno traumatsko iskustvo i DESNOS su povezani.

- Nedostatak socijalne podrške, nedostatak medicinske pomoći, smrt suboraca tijekom borbe, upadanje u zasjedu i "pranje mozga", traumatski su događaji koji su povezani s intenzitetom simptoma DESNOS-a, tj. predstavljaju predskazatelje DESNOS-a. Nadalje, osobe koje uz PTSP imaju i DESNOS, češće su bile izložene prisilnom radu i svjedočenju fizičkog zlostavljanja drugih.

- Ispitanici koji uz PTSP imaju i DESNOS dva puta češće imaju u komorbiditetu: depresiju i/ ili socijalnu fobiju. Dijagnoza trenutnog paničnog poremećaja kod osoba s DENOS-om javlja se gotovo tri puta češće nego kod osoba koje imaju samo PTSP. Također, što je kod ispitanika veći broj komorbidnih poremećaja uz PTSP, veća je i izraženost trajnih promjena osobnosti uslijed traume.

- Što su izraženiji simptomi DESNOS-a, to osoba manje uživa u životu, negativnije procijenjuje svoje funkcioniranje i socijalnu podršku.

- Manje zadovoljstva s kvalitetom života može se predvidjeti kod ispitanika s ranom traumatizacijom i s jače izraženim simptomima, bilo PTSP-a bilo DESNOS-a.

- Naša ispitivana skupina većinom su liječeni veterani, a rezultati istraživanja pokazali su da duljina liječenja nije povezana s pojavom trajnih promjena osobnosti. Iz toga bi se moglo zaključiti da rani početak liječenja nije povezan s javljanjem trajnih promjena osobnosti.

7. LITERATURA

1. Svjetska zdravstvena organizacija. Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, MKB 10 – deseta revizija, Medicinska naklada, Zagreb, 1999.
2. American Psychiatric Assiciation. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC; American Psychiatric Association, 2000, str. 463-8.
3. Kinzie JD, Goetz RR: A Century of Controversy Surrounding Posttraumatic Stress-Spectrum Syndromes: The Impact on DSM-III and DSM-IV. Journal of Traumatic Stress 1996 (9);2: 159-179.
4. Herman JL. Trauma and Recovery. NewYork: Basic Book, 1992.
5. Kaplan & Sadock's Coprehensive textbook of psychiatry, Seventh edition on CD-ROM, Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1952.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1968.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed., revised Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
10. Mental and behavioral disorders (including disorders of psychological development), Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO, Division of mental health, 1990.
11. Terr LC: Childhood Traumas: An Outline and Overview. American Journal of Psychiatry 1991; 148:10–20.
12. Sely H. The stress of life. New York: McGrraw-Hill, 1956.

13. Bamburač J. Krizna stanja - akutna reakcija na stres i poremećaji prilagodbe. U: Muačević V. (ur.) Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 1993.

14. Jakovljević M. Neurobiologija psihotraumatskog iskustva: Da li je PTSP doista jedinstven psihopatološki i dijagnostički entitet? U: Kocijan-Hercigonja D, Folnegović-Šmalc V, Ivezić S. (ur.) Dijagnostički i terapijski algoritam posttrauamtskog stresnog poremećaja. Zagreb, 1999.

15. Beltran RO, Llewellyn GM, Silove D. Clinicians' understanding of International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision diagnostic criteria: F62.0 enduring personality change after catastrophic experience. Compr Psychiatry. 2008; 49(6):593-602.

16. Herman JL. Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repated Trauma. Journal of Traumatic Stress. 1992; 3 (5): 377-391.

17. Luxenberg T, Spinazzola J, van der Kolk BA. Complex Trauma and Disorder of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment. Directions in Psychiatry 2001; 21, Lesson 25; 373-390.

18. Pelcovitz D, van der Kolk B, Roth S, Mandel F, Kaplan S, Resick P: Development of a Criteria Set and a Strucured Interview for Disorder of Extreme Stress (SIDES). Journal of traumatic Stress 1997; 10 (1): 3-16.

19. van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S. Mandel FS, McFarlane A, Herman JL. Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma. Am J Psychiatry. 1996;153:7 Supplement: 83-93.

20. Terhakopian A, Sinaii N. Engel CC, Schnurr PP, Hoge ChW. Estimating population prevalence of posttraumatic stress disorder: an example using the PTSD checklist. Journal of traumatic stress 2008; 21(3):290-300.

21. Ringdal GI, Ringdal K, Simkus A: War experiences and war-related distress in Bosnia and Herzegovina eight years after war. Croat Med J. 2008;49:75-86.

22. Lamprecht F, Sack M. Posttraumatic stress disorder revisited. Psychosom Med 2002; 64(2):222-237.

23. Zeiss RA, Dickman HR. PTSD 40 years later. J Clin Psychol.1989; 45: 80-87.

24. Sutker PB, Winstead DK, Galina ZH et al. Assessment of long-term psychosocial sequelae among POW survivors of the Korean conflict. J Pers Assess 1990; 54: 170-180.

25. Kluznick JC, Speed N, Van Valkenburg C, Magraw R. Forty-year follow-up of United States prisoners of war. Am J Psychiatry 1986; 143: 1443-1446.

26. Heltzer JE, Robins LN, McEvoy L. Posttraumatic stress disorder in the general population. New England J Med 1987; 317: 1630-1634.

27. Tomb, David A. The phenomenology of post-traumatic stress disorder. Psychiatric Clinics of North America, Vol 17(2), Jun 1994, 237-250.

28. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Hough RL, Jordan K, Marmar C, Weiss D. Contractual Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. Research Triangle Institute, Research Triangle Park, NC, 1988. prema Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, (eds.) Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.

29. McDonald C, Chamberlain K, Long N. Race, Combat and PTSD in a Community Sample of New Zealand Vietnam War Veterans. J Traum Stress 1997; 10(1): 117-124

30. Komar Z, Vukusic H. Post traumatic stress disorder in Croatian war veterans: Prevalence and psycho-social characteristics. New insights in post-traumatic stress disorder (PTSD). Croatian Academy of Science and Arts, 1999.

31. van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, ur. Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society. The Guilford Press, New York, 1996.

32. Keane T, Wolfe J. Comorbidity in posttraumatic Stress Disorder. An Analysis of community and clinical studies. J Appl Soc Psychol 1990; 20: 1776-1788.

33. Green BL. Research in traumatic stress: An update and Recent findings. The 3rd European Conference on traumatic stress, Bergen, 1993.

34. Kozarić-Kovačić D, Kocijan Hercigonja D, Grubišić-Ilić M: Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Soldiers with Combat Experiences. Croatian Medical Journal 2001; 42; 165-170.

35. Kozarić-Kovačić, D, Ljubin T, Grappe M. Comorbidity of posttraumatic stress disorder and alcohol dependence in displaced persons. Croatian Medical Journal. 41 (2000), 2; 173-178.

36. Jordan B, Schlenger W, Hough R et al. Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls. Arch Gen Psychiatry, 48, 207-215. prema Green BL. Research in traumatic stress: An update and Recent findings. The 3rd European Conference on traumatic stress, Bergen, 1993.

37. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. Archives of General Psychiatry, 1995; 52:1048-1060.

38. Creamer M, Burgess PM, McFarlane AC: Posttraumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. Psychological Medicine 2001; 31(7) 1237-1247.

39. Ford JD, Kidd P: Early Childhood Trauma and Disorder of Extreme Stress as Predictor of Treatment Outcome with Chronic Posttraumatic Stress Disorder. J Trauma Stress 1998; 11(4): 743-64.

40. Ford JD. Disorder of extreme stress following war-zone military trauma: associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? J Consult Clin Psychol 1999; 67 (1):3-12.

41. Ford JD, Stockton P, Kaltman S, Green BL: Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Symptoms Are Associated With Type and Severity of Interpersonal Trauma Exposure in a Sample of Healthy Young Women. J Interpers Violence 2006; 21: 1399-1416.

42. Morina N, Ford JD: Complex Sequalae of Psychological Trauma Among Kosovar Civilian War Victims. International Journal of Social Psychiatry 2008; 54(5): 425-36.

43. van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. Disordes of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trama. Journal of traumatic stress. 2005; 18: 389-3999.

44. Marsella AJ, Friedman MJ, Gerrity E, Scurfield RM. (eds.) Ethnocultural Aspects of Post-Traumatic Stress Disorders: Issues, Research and Applications. Washington, DC: American Psychological Association, 1996.

45. Sar V. Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. European Journal of Psychotraumatology 2011; 2: 5622-DOI: 10.3402/ejpt.v2i0.5622.

46. Zucker M, Spinazzola J, Blaustein M, van der Kolk BA. Dissociative Symptomatology in Posttraumatic Stress Disorder and Disorders of Extreme Stress. Journal of Trauma & Dissociation, 2006; 7(1): 19-31.

47. van der Kolk BA: The neurobiology of childhood trauma and abuse. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am, 2003; 12: 293-317.

48. Pavić L, Gregurek R, Petrović R , Petrović D, Varda R, Vukusic H, Crnković-Marković S. Alterations in Brain Activation in Posttraumatic Stress Disorder.Patients with Severe Hyperarousal Symptoms and Impulsive Aggressiveness. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2003:253;80-3.

49. Lanius RA, Frewen PA, Vermetten E, Yehuda R: Fear conditioning and early life vulnerabilities: two distinct pathways of emotional dysregulation and brain dysfunction in PTSD. European Journal of Psychotraumatology 2010, 1: 5467 - DOI: 10.3402/ejpt.v1i0.5467.

50. Panksepp J: Affective neuroscience.The fundations of human and animal emotions. New York: Oxford University Press 1998, pp 42-57.

51. Zlotnick C, Pearlstein T: Validation of the structured interview for disoreder of extreme stress. Comprehensive Psychiatry 1997; 38; 243-247.

52. Scoboria A, Ford J, Lin H, Frisman L: Exploratory and Confirmatory Factor Analyses of Structured Intervju for Disorders of Extreme Stress. Assesment 2008; 15(4): 404-425.

53. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett_Sheehan K, AmorimP, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. J Clin Psychiatry 1998; 59 suppl 20: 22-33.

54. Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Harnett Sheehan K, Janavs J, Dunbar GC. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) a short diagnostic interview: Reliability and validity according to the CIDI. European Psychiatry 1997; 12:224–231.

55. Ottoson H. Validation of a self-report questionnaire for personality disorders in DSM-IV and ICD-10. Umeå University Medical Dissertations. Umeå, Sweden; 1999.

56. Ottoson H, Bodlund O, Ekselius L, von Knorring L, Kullgren G, Lindstrom E, Söderberg S. The DSM-IV and ICD-10 Personality Questionnaire (DIP-Q): Construction and preliminary validation. Nord J Psychiatry. 1995;49: 285–291.

57. Priebe, S.,Huxley, P., Knight, S., et al (1999) Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life. International Journal of Social Psychiatry, 45, 7-12.

58. Herman J. L, Perry JC, van der Kolk BA: Childhood trauma in borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 1989; 146: 490–495.

59. Allden K, Frančišković T, Lavelle J, Mathias M, McInnnes K, Mollica RF, Moro Lj. Harvard Trauma Manual. Croatian Veteran Version. Cambridge: Harvard Program in Refugee Trauma: 1997.

60. Phillips KA: Report of the DSM-V Anxiety, Obsessive-Compulsive Spectrum, Posttraumatic, and Dissociative Disorders Work Group. Home research DSM V activities from http:/www.psych.org/Main Menu Research/ DSMIV/ DSMV/DSM RevisionActivitis/DSM-V-Work-Group-Reports/Anxiety-Obsessive-Compulssive-Spectrum-Postraumatic-and-Disociative-Disorders-Work-Grou-Report.aspx

61. Dorahy MJ, Corry M, Shannon M, MacSherry A, Hamilton G, McRobert G et al. Complex PTSD, interpersonal trauma and relational consequences: Findings from a treatment-receiving Northern Irish sample. Journal of Affective Disorders, 2009; 112, 71–80.

62. Chu JA. Postraumatic Stress Disorder: Beyond DSM-IV. Am J Psychiatry 2010; 167:6, 615-617.

63. Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD i sur. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. American Journal of Psychiatry, 2010; 167, 640–647.

64. Van Dijke A, Ford JD, van der HartO, Van Son MJM.,Van der Heijden PGM, Buhring M. Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients with borderline personality disorder and somatoform disorder. European Journal of Psychotraumatology 2011; 2:5628-DOI: 10.3402/ejpt.v2i0.5628.

65. Talbert FS, Braswell LC, Albrecht JW, Hyer LA, Boudewyns PA. NEO-PI profiles in PTSD as a function of trauma level. J Clin Psychol. 1993; 49(5):663-669.

66. Schnurr P, Friedman M, Sengupta A, Jankowski M, Holmes T. PTSD and utilization of medical treatment services among male Vietnam veterans. J Nerv Ment Dis 2000; 188: 496-504.

67. Jukić V, Kozumplik O, Herceg M. Posttraumatski stresni poremećaj i značajke komorbiditeta u stradalnika Domovinskog rata, Soc.psihijat, 2005; 33: 183-189.

68. Reich J, Noyes R, Coryell W, O'Gorman TW. The effect of state anxiety on personality measurment. American Journal of Psychiatry 1986; 143: 760-763.

69. Weissman MM. The epidemiology of personality disorders: A 1990 update. Journal of Personality Disorders, 1993; 1: 44-62.

70. Alnaes R, Torgersen S. DSM-III symptom disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1988; 78, 348-355.

71. Golier JA, Yehuda R., Bierer LM, Mitropoulou V, New AS, Schmeidler J i sur. The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. American Journal of Psychiatry, 2003; 160, 2018–2024.

72. Malta LS, Blanchard EB, Taylor AE, Hickling EJ, Freidenberg BM. Personality disorders and posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident survivors. J Nerv Ment Dis. 2002; 190(11):767-74.

73. Yonkers K. Factors predicting the clinical course of generalized anxiety disorder. The British Journal of Psychiatry 2000; 176: 544-549.

74. Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF, Sachs GS. Personality disorders in patients with panic disorder: Association with childhood anxiety disorders, early trauma, comorbidity, and chronicity. Compr Psychiatry 1992; 33: 78-83.

75. Bollinger AR, Riggs DS, Blake DD, Ruzek JI. Prevalence of personality disorders among combat veterans with posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress, 2000; 13, 255-270.

76. Hodges S. Borderline Personality Disorder and Posttraumatic Stress Disorder: Time for Integration?. Journal of Counseling & Development, 2003; 81(4): 409 – 417.

77. Becker D. When she was bad: Borderline personality disorder in a postraumatic age. Journal of Orthopsychology, 2000; 70, 422-432.

78. Letica Crepulja M, Frančišković T. Poremećaj osobnosti kod veterana s posttraumatskim stresnim poremećajem. Soc. psihijat. 2010; 38(1): 41-45.

79. Courtois CA. Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 2004; 41(4): 412–425.

80. Ozturk E, Sar V. Apparently normal family: A contemporary agent of transgenerational trauma and dissociation. Journal of Trauma Practice, 2005; 4(3/4), 287–303.

81. Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL, Van der Kolk B, Pynoos R, Wang J i sur. A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. Journal of Traumatic Stress, 2009; 22(5), 399–408.

82. Koenen KC, Moffitt TE, Poulton R, Martin J, Caspi A. Early childhood factors associated with the development of posttraumatic stress disorder: Results from a longitudinal birth cohort. Psychological Medicine, 2007; 37(2), 181–192.

83. Başoglu M, Livanou M, Crnobarić C, Frančisković T, Suljić E, Durić D, Vranesić M: Psychiatric and cognitive effects of war in former yugoslavia: association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. JAMA. 2005; 294(5):580-90.

84. Zlotnick C, Rodriguez BF, Weisberg RB, Bruce SE, Spencer MA, Culpepper L, Keller MB. Chronicity in Posttraumatic Stress Disorder and Predictors of the Course of Posttraumatic Stress Disorder Among Primary Care Patients. J Nerv Ment Dis 2004; 192(2): 153-159.

85. Klarić M. Posredna traumatizacija u supruga ratnih veterana oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja. Doktorska disertacija. Rijeka, 2008.

86. Kozarić-Kovačić D, Kocijan-Hercigonja D. Assesment of posttraumatic stress disorder and comorbidity. Mil Med 2001; 166: 677-80.

87. Pietrzak RH, Russo AR, Ling Q, Southwick SM. Suicidal ideation in treatment-seeking Veterans of Operations Enduring Freedom. 1. J Psychiatr Res. 2011; 45(6):720-6.

88. Britvić D, Radelić N, Urlić I. Long-term Dynamic-oriented Group Psychotherapy of Posttraumatic Stress Disorder in War Veterans: Prospective Study of Five-year Treatment. Croat Med J. 2006; 47:76-84.

89. Kozarić-Kovačić D, Kocija-Herciginja D, Jambrošić A. Psychiatric help to psychotraumatized persons during and after war in Croatia. Croat Med J. 2002;43: 221-8.

90. Oquendo M, Brent D, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, Zelazny J, Burke AK, Firinciogullari S. Ellis SP, ManJJ. Posttraumatic Stress Disorder Comorbid With Major Depression; Factors Mediating the Association With Suicidal Behavior. Am J Psychiatry 2005; 162(3): 560-566.

91. Ajduković D, Kraljević R, Penić S. Kvaliteta života osoba pogođenih ratom. Ljetopis socijalnog rada, 2007; 14 (3): 505-526.

92. Grubišić-Ilić M, Peraica T. Neki čimbenici vezani uz kvalitetu života osoba oboljelih od PTSP-a. II. Hrvatski kongres vojne medicine, Zbornik sažetaka. Zagreb, 2005.

93. Priebe S, Janković Gavrilović J, Schutzwohl M, Galeazzi GM, Lečić-Toševski D, Ajduković D, Frančišković T, Kučukalić A, Popovski M. Study of long term clinical and social outcomes after war experiences in ex Yugoslavia – methods of the Connect project«. Psychology Today, 2004; 36 (1): 111-122.

94. Ljubotina D, Pantić Z, Frančišković T, Mladić M, Priebe S. Treatment outcomes and perception of social acknowledgment in war veterans: Follow-up study. Croatian Medical Journal, 2007; 48: 157-66.

95. Bravo-Mehmedpašić A, Kučukalić A, Kulenović-Džubur A, Suljić E. Impact of chronic postraumatic stress disorder on the quality of life of war survivors.Psychiatr Danub 2010; 22(3):430-435.

96. Ke X, Liu C, Li N. Social support and Quality of Life: a cross-sectional study on survivors eight months after the 2008 Wenchuan earthquake.BMC Public Health, 2010; 10: 573 doi:10.1186/1471-2458-10-573

97. Marshall RD, Olfson M, Hellman F, Blanco C, Guardino M, Struening EL. Comorbidity, Impairment, and Suicidality in Subthreshold PTSD. Am J Psychiatry 2001; 158:1467-1473.

98. Neal LA, Green G, Turner MA. Post-traumatic stress and disability. Br J Psychiatry; 2004; 184: 247-50.

99. Sarren J, Stein MB, Cambell DW, Hassard T, Menec V. The relationship between perceived need for mental health treatment, DSM diagnosis, and quality of life: a Canadian population-based study. Can J Psychiatry; 2005; 50:173-80.

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

101. Sarren J, Cox BJ, Stein MB, Afifi TO, Fleet C, Amundson GJG. Physical and Mental Comorbidity, Disabillity, and Suicidal Behavior Associated With Posttraumatic Stress Disorder in Large Community Sample. Psychosomatic Medicine 2007; 69:242-248.

102. Schonfeld WH, Veboncoeur CJ, Fifer SK, Lipschut RC, Lubeck DP, Buesching DP. The function and well-being of patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorders. Journal of Affective Disorders, 1997; 43,105-119.

103. Frayne SM, Seaver MR, Loveland S, Christiansen CL, Spiro AII, Parker VA, Skinner KM. Burden of medical illness in women with depression and postraumatic stress disoreder. Arch Intern Med, 2004; 164:1306-12.

104. Schneier RR, Pantol G. Quality of life in anxiety disorders. In H. Katschnig, H. Freeman, & N. Sartorius (Eds.). Quality of life in mental disorders. New York: Wiley. 2006. pp. 141−151.

105. Olatunji BO, Cisler UJM, Tolin DF. Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analitic review. Clinical Psychology Review, 2007; 27,572-581.

106. Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality of life impairment in depressive and anxiety disorders. Amrican Journal of Psychiatry, 2005; 162, 1171-1178.

107. Kashdan TB, Morina N, Priebe S. Post-traumatic stess disorder; social anxiety disorder, and depressen in survivors of the Kosovo War: Experiental avoidance as a contributor to distress and quality of life. Journal of Anxiety Disorders 2009; 23: 185-196.

108. Forstmeier S, Kuwert P, Spitzer C, Freyberger HJ, Maecker A. Posttraumatic growth, social acknowledgment as survivors, and sense of coherence in former German child soldiers of World War II. Am J Geriatr Psychiatry. 2009;17(12):1030-9.

109. Creamer M, Elliot P, Forbes D, Biddle D, Hawrthorne G. Treatment for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Two-Year Follow-Up. J Traumatic Stress. 2006; 19: 675-685.

110. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ. Effective Treatments for PTSD, Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York London: The Guilford Press; 2000.

111. Johnson DR, Feldman SC, Southwick SM, Charney DS. The Concept of the Second Generation Program in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder Among Vietnam Veterans. Journal of Traumatic Stress. 1994; 7:217-235.

112. Lorentzen S, Hoglend P. Predictors of change during long-term analytic group psychotherapy. Psychother Psychosom. 2004; 73(1): 25-35.

113. Laddis A. Outcome of crisis intervention for borderline personality disorder and post traumatic stress disorder: a model for modification of the mechanism of disorder in complex post traumatic syndromes. Ann Gen Psychiatry. 2010; 9: 19. doi:10.1186/1744-859X-9-19

114. Bessel A. van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. Journal of Traumatic Stress, 2005; 18 (5): 389–399.

115. Ford JD, Courtois CA, Steele K, van der Hart O, Nijenhuis ERS. The Treatment of Complex Posttraumatic Self-Dysregulation. Journal of Traumatic Stress, 2005; 18 (5): 437–447.

116. Yalom ID. The theory and practise of group psychotherapy. New York: Basic Book, Inc. Publisher; 1985.

117. Restek Petrović B, Bogović A, Grah M, Mihanović M. Usporedba Yalomovih terapijskih faktora u psihodinamskoj grupnoj psihoterapiju u bolničkim uvjetima i u dnevnoj bolnici. Soc. Psihijat. 2009;(37):118-123.

118. Johnson DR, Rosenheck R, Fontana A, Lubin H, Charney D, Southwick S. Outcome of intensive inpatient treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry. 1996; 153: 771-777.

119. Hammarberg M, Silver SM. Outcome of treatment for post-traumatic stress disorder in a primary care unit serving Vietnams veterans. Journal of Traumatic Stress. 1994; (7):195-216.

8.PRILOZI

8.1. Opći upitnik strukturiran za potrebe ovog istraživanja

Molim Vas da odgovorite na pitanja. Gdje su ponuđeni odgovori, zaokružite odgovarajući. Hvala na suradnji.

Ime i prezime / šifra	
Godina rođenja	
Stručna sprema	❑ NKV ❑ SSS ❑ VŠS ❑ VSS
Vaš status sada	❑ u mirovini ❑ na skrbi ❑ zaposlen ❑ nezaposlen
Da li ste radili u struci prije/nakon rata?	Da / Ne
Koliko godina radnog staža imate (sada ili koliko ste imali prilikom umirovljenja)	
Živite li u vlastitom stambenom prostoru ili ste podstanar?	1. kući 2. stanu 3. podstanar
Bračno stanje	❑ Neoženjen ❑ Izvanbračna zajednica ❑ Oženjen ❑ Razveden ❑ Udovac
Djeca i njihove godine rođenja	1. 2. 3.

Postoje li problemi vezani za odgoj djece (poteškoće u učenju, poteškoće u razvoju, skitnja, povređivanje zakona, zloporaba sredstava ovisnosti)	Da / Ne
Ako da, koji?	
Način angažiranja u ratnim zbivanjima	❑ Dragovoljac ❑ Mobilizacija ❑ Policija
Početak sudjelovanja u ratnim zbivanjima (mjesec i godina)	
Vrijeme provedeno na ratištu (u mjesecima)	
Ranjavanja (kada i koja)	
Da li bolujete od tjelesnih bolesti?	Da / Ne
Ako da, kojih i kada su vam dijagnosticirane?	1._____ 2._____ 3._____
Da li bolujete od duševnih bolesti?	Da/Ne
Ako da, kojih i kada su vam dijagnosticirane?	1._____ 2._____ 3._____
Kada ste započeli liječenje psihičkih smetnji (prvo javljanje psihijatru)?	
Da li ste uzimali ili uzimate neke lijekove?	

Ako da, koje?	❑ Normabel, Xanax, Helex, Lexaurin ❑ Seroxat, Prozac, Portal, Fluval, Fevarin, Zoloft ❑ Mirzaten, Calixta ❑ Ladiomil, Amyzol ❑ Devidon ❑ Tegretol ❑ Moditen, Haldol, Prazine, Sulpirid ❑ Zyprexa, Rispolept
Da li ste zbog navedenih bolesti umirovljeni?	Da/Ne
Da li ste zadovoljni visinom mirovine?	Da/Ne
Visina primanja /mirovine	1. 1500-2000 2. 2000-3000 3. 3000-4000 4. 4000-5000 5. 5000 i više

8.2. Structured Interview for Disorder of Extreme Stress (SIDES- SR)

Ime i prezime:

Datum rođenja:

Školska sprema:

Zanimanje:

Datum testiranja:

Kada ste prvi puta bili izloženi traumatskom iskustvu?

Koliko ste dugo bili izloženi traumatskom iskustvu?

Koja ste traumatska iskustva doživjeli?

UPUTA

Ovaj upitnik sadrži opise tipičnih reakcija ljudi koji imaju iskustvo traumatskog događaja. Vaš je zadatak da pokušate prepoznati one osjećaje i ponašanja koji su se dešavali Vama neposredno nakon traumatskog događaja ili od kada se možete sjetiti. Molimo Vas da zaokruživanjem odgovora DA ili NE označite da li se opisani osjećaj ili ponašanje odnosi ili se ne odnosi na Vas.
Nakon toga ćete na brojčanoj skali od nula (0) do tri (3) s pripadajućim objašnjenjima izabrati onu vrijednost koja najtočnije opisuje jačinu vaših osjećaja ili ponašanja u zadnjih mjesec dana. Ukoliko se navedene reakcije uopće ne odnose na Vas, zaokružite rečenicu pod brojem četiri (4).
Kod svih, pa i najmanjih nejasnoća prilikom popunjavanja ovog upitnika slobodni ste obratiti se za pomoć vašem ispitivaču. Hvala na suradnji.

1. I mali problemi čine me vrlo uznemirenim. Npr. Naljutim se i za sitnicu. Lako zaplačem.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Ponekad malo pretjeram u svojim reakcijama
2 - Ponekad sam vrlo uznemiren i sve me uznemiruje više nego ranije
3 - Često sam jako uznemiren, imam napade bijesa
4 - Ništa od navedenog ne odnosi se na mene

2. Teško se smirim nakon nekog uznemiravajućeg događaja, treba mi puno vremena da se ponovo "saberem".

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Uznemirim se istog momenta
2 - Iz sata u sat postajem sve više uznemiren
3 - Uznemirenost me potpuno preplavi
4 - Ništa od navedenog ne odnosi se na mene

3.Kada se uzrujam teško pronalazim način da se ponovno umirim, da se "saberem".

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Moram učiniti poseban napor da se "sredim" (razgovaram, bavim se sportom, slušam muziku i si.)
2 - Moram prestati sa svime i usmjeriti svu svoju energiju na to da se smirim
3 - Moram upotrijebiti krajnja rješenja kao sto su konzumiranje veće količine alkohola, uzimanje droge ili nečeg sličnog sto šteti mom organizmu
4 - Ništa od navedenog nije vezano za moje reakcije.

4. Većinom se osjećam ljuto.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Osjećam se dosta ljuto, ali ipak sam sposoban usmjeriti se i na druge aktivnosti
2 - Moja je ljutnja tolika da utječe na to kako što radim
3 - Moja ljutnja vlada mojim svakodnevnim životom
4 - Ništa od navedenog ne odnosi se na mene

5. Imam misli i/ ili predodžbe u kojima povređujem druge ljude.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Prolete mi takve misli kroz glavu
2 - Svaki dan mislim o tome kako bih nekoga povrijedio
3 - Jednostavno ne mogu prestati misliti o tome kako bih nekoga povrijedio
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

6. Imam problema u kontroliranju svoje ljutnje.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Oštar sam prema drugim ljudima
2 - Vičem i bacam stvari
3 - Fizički napadam ljude
4 - Ništa od navedenog ne odnosi se na mene

7. Brine me to da bi ljudi mogli otkriti koliko sam zapravo ljut.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Teško mi je drugome ukazati na to da me nečime povrijedio
2 - Ne dajem do znanja drugome da me je povrijedio, ali svoju ljutnju izražavam na druge načine
3 - Ne dopuštam si da drugi ljudi vide po mojim riječima ili djelima koliko sam zapravo ljut
4 - Ništa od navedenog ne odnosi se na mene

8. Nakon traumatskog događaja, doživio sam neke nezgode/nesreće ili sam se našao u njihovoj blizini.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nisam imao takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Desile su mi se neke nesreće koje su uzrokovale bol i zabrinutost, ali mi medicinska pomoć nije trebala
2 - Desila mi se jedna nesreća koja je zahtijevala medicinsku intervenciju
3 - Desilo mi se više nesreća koje su zahtijevale medicinsku intervenciju
4 - Ništa od navedenog ne odnosi se na mene

9. Zapažam da prilično nemarno vodim brigu o vlastitoj sigurnosti.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Razmišljam o tome koliki je rizik u nekim situacijama ili odnosima s drugim ljudima, ali mu se svejedno izlažem
2 - Ulazim u preveliki rizik u nekim situacijama ili odnosima s drugim ljudima
3 - Družim se s ljudima za koje znam da mogu biti opasni; ne poduzimam ništa da se zaštitim u opasnim situacijama
4 - Ništa od navedenog ne odnosi se na mene

10. Pokušao sam namjerno povrijediti samog sebe

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Udaram ili bacam stvari
2 - Namjerno se povređujem npr. štipam se, ogrebem se, udarim se
3 - Namjerno se ozlijedim u toj mjeri da si nanesem ozbiljnije tjelesne povrede
4 - Ništa od navedenog ne odnosi se na mene

11. Razmišljao sam o tome da si oduzmem život.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana -
0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Razmišljao sam o tome, ali nisam imao plan kako da to učinim
2 - Stalno sam zaokupljen planiranjem samoubojstva
3 - Pokušao sam si jednom ili više puta oduzeti život
4 - Ništa od navedenog ne odnosi se na mene

12. Činim svjestan napor da ne razmišljam o seksu

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana -
0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Pokušavam ne razmišljati o seksu
2 - Jako se trudim da ne mislim o seksu
3 - Ne bih mogao podnijeti nikakve misli vezane za seks
4 - Ništa od navedenog ne odnosi se na mene

13. Općenito me smeta da me netko dodiruje

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana -
0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Dodir me samo ponekad smeta
2 - Dodir me često smeta
3 - Dodir jednostavno ne mogu podnijeti
4 - Ništa od navedenog ne odnosi se na mene

14. Smeta me kada me se dodiruje na seksualan način.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana -
0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Ponekad me smeta da me se dodiruje na seksualan način
2 - Često me smeta da me se dodiruje na seksualan način
3 - Jednostavno ne mogu podnijeti da me se dodiruje na seksualan način
4 - Ništa od navedenog ne odnosi se na mene

15. Izbjegavam seksualne odnose

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana -
0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Tražim različite isprike kako bih izbjegao seksualni odnos
2 - Pokušavam ne imati seksualne odnose
3 - Uopće nemam seksualne odnose
4 - Ništa od navedenog ne odnosi se na mene

16. Primijetio sam da razmišljam o seksu više nego sto bih to želio.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana -
0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Previše mislim o seksu
2 - Razmišljanje o seksu odvlaci mi pažnju od onoga sto bih trebao raditi
3 - Potpuno sam obuzet mislima o seksu
4 - Ništa od navedenog ne odnosi se na mene

17. Dešava se da sam uvučen u seksualnu aktivnost, a bez pravog osjećaja da pri tome imam izbor.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana -
0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Osjećam seksualno uzbuđenje. ali se ne upuštam u odnos
2 - Osjećam da me se navodi na seksualni odnos, ali učinim sve da to zaustavim
3 - Imam seksualne odnose, ali "na silu"
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

18. Moja je seksualna aktivnost takva da me dovodi u nezgodne, opasne situacije.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana -
0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Pomalo sam neoprezan u svojim seksualnim aktivnostima
2 - Kažem sebi da neću obraćati pažnju na opasnost ili opasnost uvidim naknadno
3 - Svjesno se upuštam u opasnost
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

19. Izlažem se situacijama koje mogu biti opasne; stupam u kontakt s osobama koje mi mogu nauditi; odlazim na opasna, nesigurna mjesta; vozim prebrzo.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 -Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Pomalo sam neoprezan
2 - Kažem sam sebi da neću obraćati pažnju na opasnost ili je uvidim tek naknadno
3 - Svjesno se upuštam u opasnost
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

20. Postoje periodi mog života kojih se ne mogu sjetiti ili nisam siguran sto se zapravo dogodilo; nisam siguran da li su se određeni događaji dogodili ili nisu.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nisam imao takve reakcije u zadnjih mjesec dana
1 - Postoji nekoliko "rupa" u mom sjecanju
2 - Postoje veće "rupe" u mom sjecanju, periodi kojih se uopće ne sjećam
3 - Ne sjećam se nekoliko dana, mjeseci ili godina moga života
4 - Ništa od navedenog ne odnosi se na mene

21. Imam problema s osjećajem za vrijeme u svakodnevnom životu.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nisam imao takve reakcije u zadnjih mjesec dana
1 - Povremeno imam problema s planiranjem i provođenjem isplaniranog
2 - Obično se pojavljujem na krivom mjestu u krivo vrijeme
3 - Potpuno sam nesposoban održati neki ritam i plan svakodnevnog življenja
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

22. Kao da se potpuno "rascijepim" kada sam pod stresom ili se nečega uplašim.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Ponekad se povlačim u sebe
2 - Povlačim se u svoj svijet i ne puštam nikoga unutra
3 - Osjećam kao da sam prestao postojati
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

23. Ponekad se osjećam tako nestvarno kao da živim u snu, kao da nisam ovdje ili kao da se nalazim iza neke staklene zavjese.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Ponekad se osjećam nestvarno, ali se mogu lako povratiti iz takvog sanja
2 - Osjećam se nestvarno i imam mnogo poteškoća povratiti se iz takvog stanja
3 - Obično se osjećam udaljeno od moje okoline, kao da nas ništa ne povezuje
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

24. Ponekad se osjećam kao da istovremeno postoje dvije osobe u meni koje svaka u svoje vrijeme upravljaju mojim ponašanjem.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Osjećam da sam različita osoba u različitim situacijama
2 - Osjećam kako se različiti dijelovi mene "natječu" kako ću se ponašati
3 - Različiti dijelovi mene preuzimaju kontrolu u različitim situacijama
4 - Ništa od navedenog ne odnosi se na mene

25. Osjećam kao da zapravo nemam nikakvog utjecaja na događaje koji se dešavaju u mom životu.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Nemam inicijative za svakodnevne aktivnosti
2 - Ponekad mi nije stalo da odlazim na sastanke, da odgovaram na telefonske pozive, da vodim računa o osobnoj higijeni, hrani, kupovini
3 - Jednostavno, uopće me nije briga za sebe
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

26. Osjećam da se sa mnom desilo nešto loše što se više nikada neće moći popraviti.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takve reakcije u zadnjih mjesec dana "
1 - Osjećam se nekako "ranjeno", ali mislim da će mi biti bolje
2 - Osjećam da su neki dijelovi mene jako oštećeni, ali neki dijelovi mene još dobro funkcioniraju
3 - Osjećam da sam zauvijek uništena osoba
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

27. Stalno se osjećam krivim zbog razno raznih stvari.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Osjećam se odgovornim i više nego sto bih trebao za stvari koje krenu naopako
2 - Krivim sebe za stvari koje krenu naopako cak i kada me se one uopće ne tiču
3 - Krivim se i kažnjavam se za stvari koje krenu naopako cak i kada me se one uopće ne tiču
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

28. Previše se sramim samog sebe da bih dopustio drugima da me upoznaju. (Što sve radite da bi se prikrili pred drugima? Da li izbjegavate pričati s ljudima? Da li izmišljate priče da bi se prikazali u drugom svjetlu?)

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Izmišljam neke priče da bih prikrio stvari kojih se sramim
2 - Većini ljudi ne dozvoljavam da me upoznaju da ne bi vidjeli kakav sam ja zapravo
3 - Ne dopuštam nikome da mi priđe da ne bi vidio kakav sam ja zapravo
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

29. Osjećam se različito i otuđeno od drugih ljudi.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1- Osjećam da sam nešto drugačiji od ljudi oko mene
2 -Osjećam da sam drugačiji, udaljen i otuđen od ljudi oko mene
3 - Osjećam kao da sam s neke druge planete i kao da nigdje ne pripadam
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

30.Osjećam da drugi ljudi daju preveliko značenje opasnosti situacija kojima sam bio izložen.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Takav moj osjećaj minimalne je jačine
2 - Takav moj osjećaj umjerene je jačine
3 - Takav moj osjećaj je intenzivan
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

31. Ponekad mislim da su ljudi imali potpuno pravo da me povrijede.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana -
0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Nisu se mogli suzdržati da me ne povrijede jer su mentalno bolesni ili su ovisnici
2 - Ja sam prilično los; i drugi bi ljudi učinili isto da su bili na njihovom mjestu
3 - Zaslužio sam sve sto sam dobio
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

32. Ponekad mislim da su ljudi koji su me povrijedili ipak nekako posebni.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana -
0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Oni su zapravo bolji ljudi nego sto sam ja
2 - Oni su jako posebni ljudi
3 - Oni imaju posebne moći koje im daju pravo da čine to sto su učinili meni
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

33. Zaokupljen sam time kako da se osvetim ljudima koji su me povrijedili.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana -
0 - Nema takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 -Razmišljam o tome, ali se onda prebacim na neke druge stvari
2 - Razmišljam o osveti toliko da to utječe na to kako radim druge stvari
3 - Potpuno sam zaokupljen idejama kako da se osvetim
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

34. Imam problema s povjerenjem u druge ljude.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana -
0 - Nema takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Na oprezu sam i sumnjam u motive drugih ljudi
2 - Ljudi mi se moraju stalno dokazivati da bih im vjerovao
3 - Ja ne vjerujem nikome
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

35. Izbjegavam imati bilo kakve odnose s drugim ljudima.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Organiziram stvari na takav način da mogu dugo biti sam sa sobom
2 - Ne potičem kontakte s drugim ljudima, nikome ne telefoniram, nikome ne pišem pisma
3 - Ne odgovaram na telefonske pozive, ne odgovaram na pisma koja dobijem, prekidam razgovor sto prije mogu
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

36. Imam poteškoća u razrješavanju konflikta u odnosu s ljudima.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Držim se tiho, po strani i izbjegavam situacije koje bi mogle izazvati konflikt; lako me je povrijediti i uvrijediti
2 - Teško mi je saslušati tuđe mišljenje, ili teško mi je zastupati vlastito mišljenje
3 - Odustajem od posla ili odnosa s ljudima bez ikakvih pregovora; prijetim tužbom ako me netko uvrijedi, ne mogu podnijeti da se netko ne slaže sa mnom
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

37. Čini mi se da mi se traumatske situacije neprestano dešavaju.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Ponekad se osjećam povrijeđeno u relacijama s drugim ljudima
2 - Često se osjećam povrijeđeno u relacijama s drugim ljudima
3 - Jako me povređuju ljudi koje volim ili u koje imam povjerenja
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

38. Povređujem druge ljude na isti način na koji sam ja bio povrijeđen.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana -

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Ljudi su mi jednom ili dva puta rekli da sam opasan
2 - Ljudi su mi više puta rekli da sam opasan ili da namjerno povređujem ljude
3 - Ozbiljno sam povrijedio ili ranio druge ljude na način na koji sam ja bio povrijeđen ili ranjen
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

39. Osjećam beznadežnost i pesimističnost u pogledu na budućnost.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana -

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Obeshrabren sam i izgubio sam interes za planiranje svoje budućnosti
2 - Ne vidim budućnost i samo se provlačim kroz život
3 - Osjećam se kao da sam osuđen i da za mene više nema budućnosti
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

40.Očekujem da ću naći sreću i ljubav u odnosima s drugim ljudima.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana -

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Ponekad se osjećam udaljen i nepovezan s ljudima koje volim
2 - U odnosima s drugim ljudima nemam stvarnih osjećaja
3 - Ne osjećam se kao da sam dio ljudske rase i ne mogu zamisliti da bih ikada nekoga volio
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene.

41. Sposoban sam naći zadovoljstvo u radu.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana -

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Ponekad radim rutinski, ali pri tome ne mogu zaboraviti na svoje probleme
2 - Posao mi je naporan i teško mi je zadržati interes za njega
3 - Uopće me nije briga za posao
4 - Ništa od navedenog se ne odnosio na mene

42. Vjerujem da je moj život izgubio svoje pravo značenje

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Ponekad mi je život besmislen
2 - Ne mogu naći prave razloge zbog kojih živim, ali svejedno živim
3 - Moj život je ogromna praznina
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

43. Postoje promjene u mojim vjerovanjima o životnoj "filozofiji" ili religiji; izgradio sam nova životna vjerovanja.

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Moja su se vjerovanja promijenila, ali kao dio očekivanog, normalnog razvoja u životu
2 - Razočaran sam u svoja religijska i druga vjerovanja s kojima sam odrastao
3 - Mrzim religijska i druga vjerovanja s kojima sam odrastao
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

44. Imam probavnih smetnji za koje liječnici nisu pronašli uzrok (zaokruži odgovarajuću česticu)

a) povraćanje
b) bolovi u trbuhu
c) mučnina
d) proljev
e) nepodnošenje hrane

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Imao sam poteškoće koje nisu zahtijevale liječničku pomoć
2 - Bio sam kod liječnika koji mi je preporučio više od jednog lijeka koji mi nisu pomogli
3 -Nekoliko puta sam išao liječniku, liječio se u bolnici i/ili podvrgao se intenzivnim pretragama (npr. endoskopija, rektoskopija, gastroskopija)
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

45. Patim od kroničnih bolova za koje liječnici nisu pronašli uzrok (zaokruži odgovarajuću česticu)

a) u rukama i nogama
b) u leđima
c) u zglobovima
d) za vrijeme mokrenja
e) glavobolje
f) drugdje

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Imao sam poteškoće koje nisu zahtijevale liječničku pomoć
2 - Bio sam kod liječnika koji mi je preporučio više od jednog lijeka koji mi nisu pomogli
3 - Nekoliko puta sam išao liječniku, liječio se u bolnici i/ili podvrgao se intenzivnim pretragama
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

46. Patim od sljedećih simptoma za koje liječnici nisu pronašli uzrok (zaokruži odgovarajuću česticu)

a) kratkog daha
b) lupanje srca
c) bo 1 ova u prsima
d) vrtoglavice

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Imao sam poteškoće koje nisu zahtijevale liječničku pomoć
2 - Bio sam kod liječnika koji mi je preporučio više od jednog lijeka koji mi nisu pomogli
3 -Nekoliko puta sam išao liječniku, liječio se u bolnici i/ili podvrgao se intenzivnim pretragama
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

47. Patim od sljedećih simptoma za koje liječnici nisu pronašli uzrok (zaokruži odgovarajuću česticu)

a) problema s pamćenjem
b) gutanja
c) ostajanja bez glasa
d) zamućenog vida
e) trenutne sljepoće
f) gubljenja svijesti
g) napadi grčeva (slično epilepsiji/padavici)
h) nemogućnosti hodanja
i) paralize ili slabosti u mišićima
j) problema s mokrenjem

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Imao sam poteškoće koje nisu zahtijevale liječničku pomoć
2 - Bio sam kod liječnika koji mi je preporučio više od jednog lijeka koji mi nisu pomogli
3 - Nekoliko puta sam išao liječniku, liječio se u bolnici i/ili podvrgao se intenzivnim pretragama
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

48. Patim od seksualnih problema za koje liječnici nisu pronašli uzrok (zaokruži odgovarajuću česticu)

a) osjećaj žarenja u spolnom organu ili anusu (ne za vrijeme spolnog odnosa)
b) impotencija

Neposredno nakon traumatskog događaja DA NE

Više mjeseci ili godina nakon traumatskog događaja DA NE

U zadnjih mjesec dana –

0 - Nemam takvih reakcija u zadnjih mjesec dana
1 - Imao sam poteškoće koje nisu zahtijevale liječničku pomoć
2 - Bio sam kod liječnika koji mi je preporučio više od jednog lijeka koji mi nisu pomogli
3 - Nekoliko puta sam išao liječniku, liječio se u bolnici i/ili podvrgao se intenzivnim pretragama
4 - Ništa od navedenog se ne odnosi na mene

8.3. Međunarodni neuropsihijatrijski intervju (MINI)

MINI - MEĐUNARODNI NEUROPSIHIJATRIJSKI INTERVJU

OPĆE UPUTE

M.I.N.I. je konstruiran kao sažeti strukturirani intervju za glavne Axis I psihijatrijske poremećaje iz DSM-IV. i ICD-10. Valjanost i pouzdanost provjereni su uspoređujući M.I.N.I sa SCID-P za DSM-III.-R i CIDI (strukturirani intervju kojeg je razvila Svjetska zdravstvena organizacija za ispitivače-nestručnjake za ICD-10). Rezultati ovih istraživanja pokazuju da su vrijednosti valjanosti i pouzdanosti M.I.N.I.-ja prihvatljivo visoke, a može se primijeniti u puno kraćem vremenu (srednja vrijednost M=18.7±l 1.6 minuta, medijan iznosi 15 minuta) nego gore navedeni instrumenti. Stručnjaci u kliničkom radu mogu primjenjivati M.I.N.I nakon kratkog osposobljavanja, dok je nestručnim ispitivačima potrebno opsežnije obučavanje.

INTERVJU:
U namjeri da intervju traje što kraće je moguće obavijestite osobu koju ćete intervjuirati da ćete provesti klinički intervju koji je znatno strukturiraniji nego §to je to uobičajeno. Intervju ce sadržavati vrlo detaljna pitanja o psihološkim poteškoćama na koje treba odgovoriti „DA" ili „NE".

OPĆA STRUKTURA INTERVJUA:
M.I.N.I. je podijeljen u module označene slovima. Svaki od modula odgovara nekoj dijagnostičkoj kategoriji.

- Na početku svakog dijagnostičkog modula (osim za modul psihotičnog poremećaja), postoji selekcijsko pitanje/a koje odgovara glavnom kriteriju za poremećaj i nalazi se u zatamnjenom polju.
- Na kraju svakog modula postoje dijagnostički okviri u kojima je stručnjacima u kliničkom radu dopušteno označiti jesu li zadovoljeni dijagnostički kriteriji za pojedini poremećaj.

UPUTE ZA VREDNOVANJE:
Sva pitanja moraju biti vrednovana. Vrednovanje se sastoji od zaokruživanja odgovora „DA" ili „NE" s desene strane svakog pitanja. U prepoznavanju odgovora moraju se upotrijebiti kliničke procjene ispitivača. Da bi osigurao točno prepoznavanje odgovora, prema potrebi, ispitivač treba tražiti od ispitanika primjere. Ispitivač treba poticati osobu koju intervjuira da traži pojašnjenje svakog pitanja koje mu nije potpuno jasno.

Ispitivač bi morao biti siguran da osoba koju intervjuira uzima u obzir svaki aspekt postavljenog pitanja (na primjer vremenski okvir, učestalost, ja£inu i/ili alternative).

8.4. Upitnik za poremećaj osobnosti DIP-Q

DSM IV & ICD-10
UPITNIK LIČNOSTI
DIP - Q

Ime / Inicijali _____ Datum _____

Godina rođenja _____

UPUTA

Ovaj je upitnik usmjeren na to, da se ispita kakvi ste Vi kao osoba, tj. kako se obično ponašate, mislite i osjećate. Rezultate ovog upitnika možete uzeti kao svoj osobni prosjek u posljednjih pet godina.
Pojedine se tvrdnje mogu činiti neobičnim. Međutim, Vaši odgovori zajedno čine važnu strukturu.
Zanima nas što upravo Vi osjećate, a ne što drugi misle ili što Vi vjerujete da drugi smatraju da bi ste trebali misliti. Nema "ispravnih" ili "pogrešnih" odgovora.
Označite križićem tvrdnju za koju smatrate da je u vašem slučaju točna ili pogrešna.

Odredite se prema svim tvrdnjama i pokušajte odgovoriti što je iskrenije moguće!

Sljedeća pitanja se odnose na to kako vam je bilo proteklih pet godina.	**Točno**	**Netočno**
1. Draže mi je raditi s drugima i ne bojim se kritike ili negativnog mišljenja.		
2. Ne želim se družiti s drugim ljudima ako nisam siguran da im se sviđam.		
3. Izbjegavam nova poznanstva jer se bojim biti osramoćen ili ismijan.		
4. Kada sam s drugim ljudima brinem se da ne bih bio kritiziran ili odbačen.		
5. Imam dovoljno samopouzdanja i nemam ništa protiv stvaranja novih poznanstava.		
6. Smatram da sam socijalno nesposoban, neatraktivan ili manje vrijedan od drugih.		

Sljedeća pitanja se odnose na to kako vam je bilo proteklih pet godina.	**Točno**	**Netočno**
7. Nerado se upuštam u nešto novo da ne bih upao u neugodne situacije.		
8. Uglavnom sam napet i tjeskoban.		
9. Nerado mijenjam posao ili se selim jer je «lakše s vragom kojeg znam».		
10. Radije stvaram svoje mišljenje nego da slijedim savjete drugih ljudi.		
11. Najradije prepuštam odgovornost drugima za važnije životne odluke.		
12. Obično kažem drugima kada smatram da su u krivu.		
13. Teško obavljam poslove radi straha od pogreške.		
14. Da bih bio omiljen činim stvari koje ne volim.		
15. Mogu se sam brinuti za sebe i živjeti sam.		
16. Kad bi me moj partner ostavio, odmah bih potražio novog samo da ne bih bio sam.		
17. Osjećam se sigurno jer znam da se mogu brinuti o sebi.		
18. Teško mi je zahtijevati nešto od osoba o kojima ovisim.		
19. Teško mi je iskazati svoje potrebe pred prijateljima i rodbinom.		
20. Lako se gubim u detaljima nauštrb cjeline.		
21. Teško završavam zadatke jer želim da to bude savršeno.		
22. Posao mi je ispred obitelji, prijatelja i zabave.		
23. Imam veće moralne principe od većine drugih ljudi.		
24. Nije mi teško baciti istrošene ili bezvrijedne predmete.		
25. Želim da drugi rade stvari na moj način.		
26. Kada je u pitanju novac široke sam ruke.		
27. Tvrdoglav sam i uvijek želim raditi stvari na svoj način.		
28. Najradije radim stvari sam, jer nisam siguran da bi bile učinjene onako kako želim.		

Sljedeća pitanja se odnose na to kako vam je bilo proteklih pet godina.	**Točno**	**Netočno**
29. Oprezan sam i uvijek pokušavam izbjeći pogreške uz pomoć kontrole.		
30. Neodlučan sam i teško mi je donijeti važne odluke.		
31. Vjerujem u tradicionalne vrijednosti i socijalne norme.		
32. Brinem kako ne bih bio iskorišten ili prevaren.		
33. Nikad nisam siguran u lojalnost drugih osoba.		
34. Moram se čuvati od tuđe zlobe i zato se ne volim povjeravati drugima.		
35. Sumnjičav sam i brinem oko toga što je iza postupaka ili izjava dugih ljudi.		
36. Vjerujem u izreku «oprošteno je zaboravljeno».		
37. Često moram braniti sebe i svoj ugled od napada drugih ljudi.		
38. Često sumnjam da je moj partner nevjeran.		
39. Vjerujem da ljubaznost i uslužnost mogu skrivati zle namjere.		
40. Jako se uznemirim ako mi nešto ide loše.		
41. Moja mišljenja su uvijek točna.		
42. Uživam u druženju s prijateljima.		
43. Moja obitelj mi je vrlo važna.		
44. Uglavnom se najbolje osjećam kada mogu biti u društvu drugih ljudi.		
45. Nisam zainteresiran za seksualni kontakt s drugom osobom.		
46. Često imam poteškoće u odnosu s drugima ljudima.		
47. Malo stvari mi pruža užitak.		
48. Imam bliske prijatelje izvan obitelji.		
49. Ne dira me niti pohvala niti kritika drugih ljudi.		
50. Drugi me doživljavaju kao hladnog, bezosjećajnog ili nepristupačnog.		
51. Nisam u stanju pokazivati snažne osjećaje prema drugima.		

Sljedeća pitanja se odnose na to kako vam je bilo proteklih pet godina.	**Točno**	**Netočno**
52. Duboko razmišljam i često sam zaokupljen pitanjima o životu i svemiru.		
53. Ne znam kako podnositi socijalne norme i pravila.		
54. Često mislim da ljudi govore meni iza leđa.		
55. Često vidim skriveno značenje u onom što ljudi govore ili čine.		
56. Mogu mislima komunicirati s drugima.		
57. Imam «šesto čulo» kojom mogu saznati kada će se neke stvari dogoditi i prije nego što se one stvarno dogode.		
58. Sjene i predmeti u sobi često mi se čine kao ljudi.		
59. Često imam čudna tjelesna iskustva koja drugi teško mogu razumjeti.		
60. Ljudi obično misle da se čudno izražavam.		
61. Zabrinut sam za sebe kao za čovjeka.		
62. Drugi reagiraju na moj način izražavanja osjećaja.		
63. Većina ljudi vjerojatno misli da sam čudan, neobičan ili poseban.		
64. Osjećam se ugodno s ljudima koje poznajem.		
65. Ponekad mi se čini da čujem zvukove koje drugi ne čuju ili da vidim stvari koje drugi ne vide.		
66. Ima onih koji smatraju da sam emocionalno hladan i da imam loše ponašanje.		
67. Provodim mnogo vremena razmišljajući o svom izgledu.		
68. Često razmišljam o seksu ili nasilju.		
69. Teško se pokoravam društvenim normama i više sam puta napravio nezakonite radnje.		
70. Lažem ako to koristi mojim interesima.		
71. Impulzivan sam i ponašam se prema trenutnom nagonu.		
72. Lako se naljutim i sudjelovao sam u više tučnjava.		
73. Sviđa mi se opasno živjeti i rijetko mislim na svoju ili tuđu sigurnost.		

Sljedeća pitanja se odnose na to kako vam je bilo proteklih pet godina.	**Točno**	**Netočno**
74. Trudim se obavljati svoj posao na najbolji mogući način.		
75. Brinem o tome da na vrijeme plaćam svoje račune.		
76. Dokle god mogu provoditi svoju volju, nije me briga da li su drugi povrijeđeni.		
77. Ne idu li stvari onako kako ja želim, gubim «živce», ljutim se ili primjenjujem silu.		
78. Društvena pravila su za druge, ali ne i za mene.		
79. Kada nešto krene loše po mene, onda je to obično krivica nekog drugog.		
80. Onaj koji mi se nađe na putu može kriviti samog sebe ako mu se desi nešto loše.		
81. Nikad neću slavit «zlatnu godišnju braka». Mislim da izreka «različitost je začin života» vrijedi i za veze.		
82. Nikada me ne muči osjećaj krivnje		
83. Kažnjavanje me ne može navesti na promjenu ponašanja.		
84. Uvidim li da je neka veza neodrživa, mogu je prekinuti na miran i staložen način.		
85. Moji osjećaji prema drugima često idu od sasvim pozitivnog do sasvim negativnog.		
86. Često su me razočarali ljudi kojima sam se divio.		
87. Moj način ponašanja često mi uzrokuje probleme na poslu, u školi ili kod kuće.		
88. Osjećam se izgubljeno - ne znam tko sam ustvari.		
89. Često se ponašam impulzivno što vodi k tome da trošim previše novca.		
90. Često se ponašam impulzivno što vodi k tome da imam seksualni odnos sa osobama koje jedva da i poznajem.		
91. Često se ponašam impulzivno što vodi k tome da pijem previše.		
92. Često se ponašam impulzivno što vodi k tome da upotrebljavam droge.		
93. Često se ponašam impulzivno što vodi k tome da jedem previše.		

Sljedeća pitanja se odnose na to kako vam je bilo proteklih pet godina.	**Točno**	**Netočno**
94. Često se ponašam impulzivno što vodi k tome da nepažljivo vozim automobil.		
95. Čini se da druge ljude uznemiruje ono što ja radim ili govorim.		
96. Nikada nisam prijetio da ću izvršiti samoubojstvo		
97. Nisam od onih koji su rezali žile ili uzeli previše tableta kad se osjećaju loše.		
98. Moje se raspoloženje može brzo mijenjati - u jednom se trenutku mogu osjećati dobro, a u slijedećem mogu biti tužan, iritiran ili beznadan.		
99. Muči me osjećaj praznine.		
100. Često se tako naljutim da izgubim kontrolu nad sobom.		
101. Kada se stvarno loše osjećam mogu dobiti mučne osjećaje nestvarnosti.		
102. Kad sam izložen velikom pritisku čini mi se da mi ljudi žele zlo.		
103. Lako upadam u nesuglasice i svađu s ljudima, naročito kada se osjećam spriječeno.		
104. Uključujem se u nešto samo ako postoje brzi rezultati ili nagrade.		
105. Nisam siguran što bih sa svojim životom.		
106. Pobrinem se da sam u centru pažnje.		
107. Mnogi me smatraju izrazito seksualno izazovnim.		
108. Mnogi me doživljavaju kao površnog i emocionalno labilnog.		
109. Koristim se svojim izgledom kako bih skrenuo pažnju na sebe.		
110. Moja je ličnost bila prepreka u postizanju onog što sam želio.		
111. Drugi se žale da mnogo govorim bez da kažem nešto važno.		
112. Vrsta sam osobe koja rado pokazuje svoje osjećaja.		
113. Drugi ljudi ili događaji lako utječu na mene.		
114. Tako sam otvoren da nove poznanike brzo doživljavam kao bliske prijatelje.		
115. Imam snažnu potrebu za napetošću i pažnjom.		

Sljedeća pitanja se odnose na to kako vam je bilo proteklih pet godina.	**Točno**	**Netočno**
116. Većina ljudi podcjenjuje moje sposobnosti.		
117. Često puta razmišljam o tome kako sam ja nadmoćna osoba ili kako bih to mogao postati.		
118. Samo me mali broj odabranih osoba može razumjeti ili mi mogu biti prijatelji.		
119. Važno mi je da mi se dive.		
120. Očekujem da mi drugi čine usluge.		
121. Drugi misle da ih iskorištavam za vlastitu korist.		
122. Ljudi se žale da ne pokazujem simpatiju ili suosjećanje.		
123. Rijetko sam zavidan tuđim dostignućima ili uspjesima.		
124. Ne vjerujem da su drugi ljubomorni na mene.		
125. Optuživan sam da sam arogantan i nadmen.		

Sljedeća pitanja odnose se na vrijeme do 15 godine života.	**Točno**	**Netočno**
126. Često sam maltretirao, zastrašivao ili prijetio drugima.		
127. Često sam započinjao tuču.		
128. Prijetio sam pištoljem ili drugim opasnim oružjem, npr. nožem, štapom, razbijenom bocom.		
129. Bio sam okrutan prema drugim ljudima.		
130. Bio sam okrutan prema životinjama.		
131. Krao sam ili pljačkao druge.		
132. Prisiljavao sam druge na seks.		
133. Namjerno sam podmetao vatru.		
134. Razbijao sam prozore ili uništavao tuđe stvari.		
135. Provalio sam u nečiju kuću ili automobil.		
136. Mnogo sam lagao.		
137. Često sam krao ili se bavio sitnim krađama.		

Sljedeća pitanja odnose se na vrijeme do 15 godine života.	**Točno**	**Netočno**
138. Bez dozvole sam ostao noću van kuće i prije napunjenih 13 godina.		
139. Bježao sam od kuće više od jednog dana.		
140. Često sam markirao iz škole.		

Sljedećih 11 pitanja odnose se na psihosocijalne i okolinske probleme koje ste možda imali tijekom *posljednje godine*.	**Točno**	**Netočno**
141. Da li ste imali ikakav problem u vašoj primarnoj grupi: npr. smrt člana u obitelji, bolest u obitelji, razvod braka ili neslaganje s braćom.		
142. Da li živite sami ili u neadekvatnim socijalnim uvjetima.		
143. Da li ste izgubili važnu osobu npr. bliskog rođaka.		
144. Da li ste bili tjelesno bolesni.		
145. Ako niste u mirovini da li ste imali problema na poslu, kao npr. mogućnost gubitka posla, promjene posla ili nezadovoljstvo svojim poslom.		
146. Ako studirate da li imate problema kao što su npr. neispunjavanje fakultetskih obveza, neslaganje s nastavnicima.		
147. Da li imate probleme sa stanovanjem npr. beskućništvo, neadekvatno stanovanje ili neslaganje sa susjedima ili stanodavcem.		
148. Da li imate ekonomskih problema npr. nedovoljni izvor prihoda.		
149. Da li imate ikakvih problema s dostupnošću zdravstvenih usluga npr. onemogućen prijevoz ili nedovoljno zdravstveno osiguranje.		
150. Da li ste imali ikakvih problema vezanih uz zakon kao npr. da ste bili uhapšeni, zatvoreni ili žrtva zločina.		
151. Da li ste bili izloženi katastrofama kao što su rat ili opasne nesreće.		

Molim Vas da pokušate procijeniti ukupnu težinu svih stresova te označite odgovor koji najviše odgovara vašoj procjeni (odnosi se na posljednju godinu)

- nikakav
- blag
- umjeren
- težak
- ekstreman
- katastrofalan

Pokušajte brojkama označiti kako ste najbolje funkcionirali tijekom zadnje godine (**uzmite najbolja tri mjeseca**) odnosno kako ste funkcionirali u zadnjih mjesec dana.

Zamislite da brojkom 100 označavate da ste bili potpuno zdravi i da ste dobro funkcionirali u obitelji i na poslu.

Zamislite da brojkom 0 označavate da ste bili teško bolesni, vezani za krevet te da Vam je u svemu bila potrebna pomoć.

Nemojte uzimati u obzir nemogućnost funkcioniranja koja je nastala zbog tjelesnog ograničenja.

Pročitajte sve navedene primjere.

Navedite bilo koju vrijednost između te dvije, npr. 45, 68, 72.

100

Tijekom godine niste imali nikakvih simptoma i odlično ste funkcionirali kod kuće, među prijateljima i na poslu. Bili ste uključeni u mnogo različitih aktivnosti.

90

Povremeno ste osjetili manje probleme i brigu npr. svađa s članom obitelji, ali općenito dobro ste funkcionirali na poslu, kod kuće i s prijateljima.

80

Imali ste manje probleme na poslu, kod kuće i s prijateljima. Simptomi koje ste imali kao nervoza bili su kratkotrajni i nerazumljiva reakcija na događaje.

70

Imali ste blage simptome, bili ste npr. malo potišteni ili ste imali manjih poteškoća sa spavanjem ili ste imali nekoliko problema na poslu i školi. Uglavnom ste funkcionirali dobro i imate više dobrih prijatelja.

60

Imali ste umjerene simptome, npr. poneki napad panike ili depresivno raspoloženje. Ili imate malo prijatelja ili imate više konflikata s drugim ljudima.

50

Imali ste ozbiljne simptome. Bili ste npr. duboko depresivni sa suicidalnim razmišljanjima. Ili nemate ni jednog prijatelja ili ste se osjećali toliko loše da niste mogli raditi.

40

Imali ste vrlo ozbiljne simptome: čuli ste glasove, bili paranoidni, toliko depresivni da ste izbjegavali prijatelje i zanemarili svoju obitelj. Niste mogli ići u školu ili na posao.

30

Imali ste veoma ozbiljne simptome, zaokupljenost razmišljanjem o samoubojstvu, izvršavanjem onoga što glasovi govore ili potpuno nesposobni za funkcioniranje npr. ostali cijeli dan u krevetu.

20

Imali ste tolike simptome i pokušaj suicida ili ste pokušali nekoga drugoga ozlijediti ili ste bili nesposobni brinuti o sebi(hranjenje i osobna higijena).

10

Imali ste ekstremne simptome i pokušaj suicida koji ste slučajno preživjeli. Ili vam je potreban stalni nadzor kako bi vas se spriječilo u ranjavanju sebe ili drugih. Ili ste potpuno nesposobni uzimati hranu i održavati osobnu higijenu.

0

Ocijenite Vaš nivo funkcioniranja polazeći od gore navedenih primjera:

Posljednje godine: _____

Posljednjeg mjeseca: **_____**

8.5. Percepcija zadovoljstva i socijalne podrške MANSA

Sada Vas molimo da procijenite koliko ste zadovoljni različitim područjima Vašega života koje su dolje navedene (smještaj, prijateljstva, financijska situacija itd.). Za procjenu koristite priloženu skalu od 1 do 7

1-ne može biti gore
2-vrlo nezadovoljan
3-pretežno nezadovoljan
4-i zadovoljan i nezadovoljan
5-pretežno zadovoljan
6-vrlo zadovoljan
7-ne može biti bolje

1) Koliko ste u cjelini zadovoljni svojim životom danas?_____
2) Koliko ste zadovoljni svojim poslom (ili školovanjem kao glavnim zanimanjem)? Ili, ako ste nezaposleni ili umirovljeni, koliko ste zadovoljni kao nezaposlen/umirovljenik?_____
3) Koliko ste zadovoljni svojom financijskom situacijom?_____
4) Da li imate nekoga koga možete nazvati "bliskim prijateljem "? DA/ NE
5) Da li ste se u prošlom tjednu vidjeli sa nekim prijateljem (posjetili prijatelja, Vas je posjetio prijatelj ili se sreli sa prijateljem izvan kuće ili posla/škole)? DA /NE
6) Koliko ste zadovoljni kvalitetom i brojem svojih prijateljstava?_____
7) Koliko ste zadovoljni svojim aktivnostima u slobodnom vremenu?_____
8) Koliko ste zadovoljni svojim smještajem?_____
9) Da li ste u protekloj godini bili optuženi za neko kriminalno djelo? DA / NE
10) Da li ste u protekloj godini bili žrtva fizičkog nasilja? DA / NE
11) Koliko ste zadovoljni svojom osobnom sigurnošću?_____
12) Koliko ste zadovoljni ljudima sa kojima živite?_____ Ili, ako živite sami koliko ste zadovoljni time?_____
13) Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?_____
14) Koliko ste zadovoljni odnosima sa svojom porodicom?_____
15) Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?_____
16) Koliko ste zadovoljni svojim psihičkim (mentalnim) zdravljem?_____

8.6. Upitnik traumatskih događanja TAQ

Ime i prezime / Šifra _____

Upute: u ovom upitniku pitanja se odnose na Vaša iskustva tijekom odrastanja; kao malo dijete (dob 0-6 godina), kao djeteta školske dobi (7-12 godina), kao adolescenta (13-18 godina) te kao odrasle osobe. Za svako pitanje označite stupanj u kojem navedena tvrdnja opisuje vaše iskustvo u različitim periodima života. Ako postoje pitanja na koja niste u mogućnosti odgovoriti, zaokružite 4 («ne znam»). Iako su pitanja osobne prirode, molimo Vas da odgovorite najiskrenije što možete.

0 = nimalo, nikada
1 = malo, rijetko
2 = umjereno, ponekad
3 = često, jako mnogo
4 = ne znam

	DOB	**INTENZITET**
1. Uglavnom sam se osjećao sigurno i zbrinuto.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
2. Netko se brinuo o tome da ustanem ujutro i odem u školu.	0 – 6 7 – 12 13 – 18	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
3. Bio sam jako dobar u nečemu (npr. sport, hobi, škola, posao ili neke kreativne aktivnosti).	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
4. Imao sam dobre prijatelje.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
5. Osjećao sam bliskost sa barem jedim od mojih braće i sestara.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
6: Netko u mojoj obitelji imao je jako puno problema, tako da sam ja bio zakinut.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4

0 = nimalo, nikada
1 = malo, rijetko
2 = umjereno, ponekad
3 = često, jako mnogo
4 = ne znam

	DOB	**INTENZITET**
7. Osjećao sam da nitko ne mari jesam li živ/a ili mrtav.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
8. Imao sam osobu van obitelji s kojom sam mogao razgovarati kada me je nešto kod kuće mučilo.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
9. Bilo je tajni o kojima ja nisam smio ništa znati.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
10. Moji roditelji su mi povjeravali stvari zbog kojih sam se osjećao neugodno.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
11. Moji roditelji su rastavljeni.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	DA – NE DA – NE DA – NE DA - NE
12. Živio sam sa različitim ljudima na različitim mjestima (npr. sa različitim rođacima, udomiteljima).	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
13. Netko blizak meni je umro.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	DA – NE DA – NE DA – NE DA - NE
14. Doživio sam ozbiljnu nesreću, bolest i/ili bio hospitalizirana iz drugih razloga.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4

0 = nimalo, nikada
1 = malo, rijetko
2 = umjereno, ponekad
3 = često, jako mnogo
4 = ne znam

	DOB	**INTENZITET**
15. Netko meni blizak bio je jako bolestan ili je doživio nesreću radi koje je morao biti hospitaliziran.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
16. Primio sam vijest da je netko meni blizak bio ozbiljno ranjen ili ubijen tijekom nesreće, borbe ili zločina.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
17. U očima mojih roditelja, sve što sam radio nije bilo dovoljno dobro.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
18. Članovi moje obitelji nazivali su me pogrdnim imenima.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
19. Pravila u mojoj obitelji su bila nejasna i nedosljedna.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
20. Kazne kojima su me kažnjavali bile su nepravedne.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
21. Moji roditelji su ozljeđivali jedno drugo kad bi se tukli.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
22. Proveo sam vrijeme van kuće i nitko nije znao gdje sam.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4

0 = nimalo, nikada
1 = malo, rijetko
2 = umjereno, ponekad
3 = često, jako mnogo
4 = ne znam

	DOB	**INTENZITET**
23. Ljudi u mojoj obitelji su bili van kontrole.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
24. Nitko zapravo nije znao što se dešavalo u mojoj obitelji.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
25. Vidio sam fizičko nasilje u mojoj obitelji.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
26. Netko je morao primiti medicinsku pomoć zbog nasilja.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
27. Netko u mojoj obitelji je imao problema sa alkoholom i/ili drogama.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
28. Zloupotrebljavao sam alkohol i/ili droge.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
29. Ljudi koji su se brinuli o meni su bili toliko pod utjecajem alkohola i droga da se nisu mogli brinuti o meni.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
30. Fizički me zlostavljala bliska osoba.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4

0 = nimalo, nikada
1 = malo, rijetko
2 = umjereno, ponekad
3 = često, jako mnogo
4 = ne znam

	DOB	**INTENZITET**
31. Nalazio sam se u situaciji u kojoj sam bio uvjeren da ću biti fizički ozlijeđen ili da ću izgubiti život.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
32. Netko izvan moje obitelji me napao.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
33. Vidio sam mrtva tijela.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
34. Bio sam u borbi.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
35. Bio sam u prirodnoj katastrofi.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
36. Vidio sam seksualne stvari koje su me prestrašile.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
37. Netko (stariji) me seksualno dodirivao protiv moje volje ili me pokušao natjerati da ja diram njega/nju.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
38. Netko me natjerao na seks protiv moje volje.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4

0 = nimalo, nikada
1 = malo, rijetko
2 = umjereno, ponekad
3 = često, jako mnogo
4 = ne znam

	DOB	**INTENZITET**
39. Netko mi je prijetio da će me ozlijediti ako ne učinim nešto seksualno.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
40. Vjerujem da je netko od moje braće ili sestara bio seksualno zlostavljan.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
41. Imao sam neko drugo zastrašujuće ili traumatsko iskustvo gdje sam osjetio intenzivan strah, osjećao se bespomoćno ili prestravljeno.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
42. Nešto strašno mi se desilo, ali ja ne znam što.	0 – 6 7 – 12 13 – 18 odrasli	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
43. Koliko su vas uznemirila ova pitanja?		0 1 2 3 4

8.7. Harvard Trauma Questionaire HTQ

Ime i prezime / Šifra_____ Datum_____
Godina rođenja_____

Željeli bismo Vas pitati o povijesti Vaše bolesti i sadašnjim smetnjama. Svi odgovori na postavljenja pitanja biti će strogo povjerljivi.

Traumatski doživljaji

Molim Vas da u prazna polja ispod odgovora DA ili NE, križićem ("X") označite jeste li doživjeli neke od sljedećih situacija:

		DA	NE
1.	**Nemogućnost skloniti se**		
2.	**Nedostatak hrane ili vode**		
3.	**Bolesno stanje bez adekvatne liječničke skrbi**		
4.	**Oduzimanje ili uništenje osobne imovine**		
5.	**Nedostatak podrške od strane obitelji i prijatelja za tjelesne i/ ili emocionalne probleme.**		
6.	**Nedostatak podrške od strane lokalnih vlasti za tjelesne i /ili emocionalne probleme**		
7.	**Pucanje na neprijatelja**		
8.	**Izloženost nadolazećoj vatri**		
9.	**Sudjelovanje u borbama u kojima su stradali civili**		
10.	**Sudjelovanje u borbama u kojima je stradao neprijatelj**		
11.	**Sudjelovanje u borbama u kojima su stradali Vaši suborci**		
12.	**Sudjelovanje u "čišćenju terena"**		
13.	**Upadanje u minska polja**		
14.	**Sudjelovanje u čišćenju minskih polja**		
15.	**Pod snajperskom vatrom**		
16.	**Upadanje u zasjedu**		
17.	**Sigurnost dovedena u pitanje zbog kvara opreme**		
18.	**Neprijateljski prepad i prisilno povlačenje**		
19.	**Tijekom borbe obaveza prevoženja i pokapanja mrtvih**		

		DA	NE
20.	**Udaranje po tijelu**		
21.	**Silovanje**		
22.	**Zlostavljanje drugim oblicima seksualnog iskorištavanja ili ponižavanja**		
23.	**Mučenje (npr. Tijekom zarobljeništva podvrgavani sustavnim tjelesnim ili psihičkim patnjama)**		
24.	**Ozbiljno ranjavanje u borbi ili nagazom na mine (npr. Šrapnel, opekline, ranjavanje metkom, ubod, itd.)**		
25.	**Zatočeništvo**		
26.	**Izolacija u samici**		
27.	**Prisilni rad**		
28.	**Pokraden ili opljačkan**		
29.	**Pranje mozga**		
30.	**Prisilno skrivanje**		
31.	**Otet**		
32.	**Prisilno odvajanje od obitelji na druge načine**		
33.	**Prisilno traženje i zakapanje mrtvih**		
34.	**Prisilno ozljeđivanje drugih**		
35.	**Ubojstvo ili nasilna smrt bračnog druga**		
36.	**Ubojstvo ili nasilna smrt sina ili kćeri**		
37.	**Ubojstvo ili nasilna smrt drugih članova obitelji ili prijatelja**		
38.	**Ranjavanje člana obitelji**		
39.	**Smrt suborca tijekom borbe**		
40.	**Ranjavanje suborca tijekom borbe**		
41.	**Svjedočenje udaranja drugih po glavi ili tijelu**		
42.	**Svjedočenje mučenju**		
43.	**Svjedočenje ubijanju/ umorstvu**		

		DA	NE
44.	**Svjedočenje silovanju ili drugoj seksualnoj zlorabi**		
45.	**Vidjeti izgorjela ili izobličena tijela**		
46.	**Nakon povratka s ratišta osjećaj neuvažavanja od obitelji i prijatelja**		
47.	**Nakon povratka s ratišta osjećaj zanemarenosti od lokalne vlasti**		
48.	**Bilo koja druga situacija koja je bila zastrašujuća ili u kojoj ste imali osjećaj da je Vaš život ugrožen. Opišite:**		

Simptomi traume

Navedene su smetnje koje osobe ponekad imaju nakon bolnih i strašnih događaja u njihovom životu. Molimo svako pitanje pažljivo pročitajte i procijenite koliko su Vam ti simptomi smetali u zadnjih tjedan dana.

		Nimalo	Malo	Dosta	Jako
1.	**Vraćaju mi se misli na najteža iskustva**				
2.	**Osjećam se kao da se to iskustvo ponovo dogodilo**				
3.	**Imam noćne more**				
4.	**Osjećam se odvojen i povlačim se od drugih ljudi**				
5.	**Čini mi se da nemam više sposobnost osjećanja**				
6.	**Osjećam se uznemireno**				
7.	**Teško se koncentriram**				
8.	**Imam nemiran san**				
9.	**Osjećam kao da sam stalno na straži**				
10.	**Razdražljiv sam i lako se razbjesnim**				
11.	**Izbjegavam aktivnosti koje me podsjećaju na traumatski ili bolni doživljaj**				

		Nimalo	Malo	Dosta	Jako
12.	**Ne mogu se sjetiti dijelova najbolnijeg traumatskog doživljaja**				
13.	**Sve me manje zanimaju svakidašnje aktivnosti**				
14.	**Osjećam kao da nemam budućnosti**				
15.	**Izbjegavam razmišljanja ili osjećaj vezan za traumatski ili bolni događaj**				
16.	**Iznenanda se uznemirim ili fizički reagiram kada se podsjetim na traumatske doživljaje**				
17.	**Osjećam da imam manje vještina nego ranije**				
18.	**Ne snalazim se u novim situacijama**				
19.	**Osjećam se iscrpljeno**				
20.	**Tjelesna bol**				
21.	**Uznemirenost radi fizičkih problema**				
22.	**Loše pamtim**				
23.	**Drugi pričaju da sam učinio nešto čega se ne mogu sjetiti**				
24.	**Poteškoće s usmjeravanjem pažnje na nešto**				
25.	**Osjećam kao da su u meni podvojene dvije osobe i jedna gleda što druga radi**				
26.	**Teško organiziram dan**				
27.	**Optužujem sebe za sve što se dogodilo**				
28.	**Osjećam se krivim što sam preživio**				
29.	***Bez nade***				
30.	**Osjećam sram zbog bolnih ili traumatskih događaja koji su mi se dogodili**				
31.	**Osjećam da ljudi ne razumiju što mi se dogodilo**				

		Nimalo	Malo	Dosta	Jako
32.	**Osjećam da su drugi neprijateljski raspoloženi prema meni**				
33.	**Osjećam da se ni na koga ne mogu osloniti**				
34.	**Osjećam da me iznevjerila osoba u koju sam imao povjerenja**				
35.	**Osjećam se poniženim**				
36.	**Nemam povjerenja u druge**				
37.	**Nisam sposoban pomoći drugima**				
38.	**Stalno razmišljam zašto se sve to dogodilo baš meni**				
39.	**Imam osjećaj da sam jedina osoba koja je pretrpjela takvo iskustvo**				
40.	**Imam potrebu za osvetom**				

8.8. Informirani pristanak

OBAVIJEST ZA ISPITANIKA

Naziv projekta: ***Trajne promjene osobnosti u bolesnika s posttraumatskim stresnim poremećajem***

Istraživanje će se provesti u Klinici za psihološku medicinu KBC Rebro Zagreb, Centru za psihotraumu KBC Rijeka, Centru za psihotraumu KB Split i «Sveti Ivan» psihijatrijska bolnica Jankomir.
U istraživanje će biti uključeno 400 veterana Domovinskog rata koji zadovoljavaju kriterije za PTSP prema redu javljanja.
Molimo Vas da pažljivo pročitate slijedeću uputu.

Poštovani,

Pozivamo Vas da sudjelujete u znastvenom istraživanju kojim želimo potvrditi naša klinička zapažanja što znači da uz simptome PTSP-a registriramo i klastere simptoma i sindroma koji prema dosadašnjim klasifikacijama nije moguće svrstati ni pod jedan dijagnostički entitet.

Dosadašnje spoznaje o posljedicama psihotraumatizacije

Svima Vama je poznato da postoje razlike u kliničkoj slici posttraumatskog stresnog poremećaja. Kliničari su također to ustvrdili ali te razlike nisu mogli svrstati u klasifikacijski sustav. U želji da naše kliničke opservacije istraže učinjeno niz istraživanja i ovo je jedan od takvih pokušaja da se grupa simptoma i sindromi svrstaju pod jedan naziv i nakon niza istraživanja eventualno uvrste u klasifikacijski sustav bolesti. Ratna psihotraumatizacija postoji od pamtivijeka. Ljudi su se oduvijek borili za svoje ideje praktički do uništenja. Prve zapise o posljedicama ratne psihotraumatizacije nalazimo u Ilijadi. Problem smještaja posljedica ratne psihotraumatizacije u klasifikacijski sustav paralelno teče sa razvojem klasifikacije. Početkom dvadesetog stoljeća nazivali su ga «Schell schock», kasnije ratna neuroza, vojničko srce, ali sve do Vijetnamskog rata nije se razmišljalo da ga se uvrsti u klasifikacijski sustav bolesti.

Pretpostavka ovog istraživanja

Dijagnostički kriteriji za PTSP obuhvaćaju simptome ponavljanja traumatskog doživljaja kroz snove ili sjećanja, izbjegavanja misli, sjećanja, mjesta ili osoba vezanih za traumu sa otupjelom općom reaktivošću te simptome pojačane pobuđenosti.

Tijekom vremena, uz kliničko iskustvo postaje očigledno da navedene dijagnoze u klasifikaciji ne obuhvaćaju /ili isključuju one koji imaju smetnje duljeg trajanja ili uz simptome PTSP-a postoje i drugi simptomi, ali ne zadovoljavaju kriterije komorbidnih poremećaja. Postoji veliki problem osoba sa smetnjama koje ometaju njihovo svakodnevno

funkcioniranje, a ne zadovoljavaju kriterije za postavljanje dijagnoze PTSP-a. Također postoje ogromne razlike kako u kliničkoj slici, tijeku poremećaja tako i u prognozi.
Ovim istraživanjem bi se stekao uvid da li kod veterana Domovinskog rata koji boluju od PTSP-a postoje i oni koji zadovoljavaju kriterije za DESNOS.
Ovim bi se istraživanjem pokušalo utvrditi koliki međusobni utjecaj ima traumatski doživljaj, osobnost koja postoji prije traumatskog iskustva i intenzitet socijalne podrške na intenzitet i duljinu trajanja simptoma ili sam proces liječenja kao i na razvoj DESNOS-a kod osoba koje imaju ratni PTSP.

Plan istraživanja

Istraživanjem bi bili obuhvaćeni svi veterani Domovinskog rata koji bi se konsekutivno javljali na psihijatrijski pregled, bez obzira da li su prije liječeni ili ne (minimalni očekivani broj je 400). U istraživanje neće biti uključeni ispitanici koji su se prije rata liječili zbog psihičkih poremećaja kao i oni ispitanici kod kojih se utvrdi postojanje ovisnosti o alkoholu. Samo istraživanje zamišljeno je na dobrovoljnoj bazi te bi svi ispitanici bili upoznati sa svrhom istraživanja i potpisali informirani pristanak.

Očekivane koristi

Ispitanici mogu dobiti informaciju o rezultatima psiholoških testova kao i dodatnu obradu i potrebne terapijske zahvate.
Na Vama je da odlučiti želite li sudjelovati u ovom istraživanju. Ako se odlučite za daljnji nastavak sudjelovanja dobit ćete na potpis suglasnost za sudjelovanje.
Vaše sudjelovanje je dobrovoljno i možete se slobodno i bez ikakvih posljedica povući u svoje vrijeme, bez navođenja razloga. Nastaviti ćete se dalje liječiti na način koji je uobičajen za vašu bolest. Ako odlučite prekinuti sudjelovanje molimo da o tome na vrijeme obavijestite psihijatra s kojim ste započeli istraživanje.
Vaši će se osobni podaci obrađivati elektronički, a glavni istraživač i njegovi suradnici pridržavat će se interne procedure za zaštitu osobnih podataka.
U bazu podataka biti ćete uneseni pomoću koda.
Prikupljenu medicinsku dokumentaciju će pregledavati glavni istraživač i njegovi suradnici.
Vaše ime nikada neće biti otkriveno.
Pristup dokumentaciji mogu imati predstavnici etičkog povjerenstva u ustanovi u kojoj se liječite (lokalno etičko povjerenstvo) i etičko povjerenstvo Medicinskog fakulteta u Rijeci.
Podaci iz ovog znanstvenog istraživanja će se koristiti za izradu doktorske disertacije mr.sc. Ive Nemčić Moro, ali mogu biti i od praktične koristi (saznanje o razmjerima ratne

psihotraumatizacije i njenih posljedica, stvaranju novih strategija liječenja oboljelih od PTSP-a itd.) ali i za daljnja znanstvena istraživanja. Stoga će se objavljivati u znanstvenim publikacijama. Vaši identitet će uvijek ostati anoniman. Ovo istraživanje organizira i financira mr.sc.dr. Iva Nemčić Moro, pristupnica u izradi doktorske disertacije.

Ovo ispitivanje pregledalo je etičko povjerenstvo Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, koje je nakon uvida u određenu dokumentaciju odobrilo istraživanje.

Ispitivanje se provodi u skladu sa svim primjenjivim smjernicama, čiji je cilj osigurati pravilno provođenje i sigurnost osoba koje sudjeluju u ovom znanstvenom istraživanju, uključujući **Osnove dobre kliničke prakse i Helsinške deklaracije.**

Ako trebate dodatne podatke slobodno se obratite glavnom istraživaču i njegovim suradnicima.

Ime i prezime glavnog istraživača: mr.sc.dr. Iva Nemčić Moro, Klinika za psihološku medicinu, KBC Rebro Zagreb

Br. Telefona: 01 23 88 736

Ukoliko želite, obavijestit ćemo i Vašeg obiteljskog liječnika o Vašem sudjelovanju u ovom znanstvenom istraživanju kao i o eventualnim dodatnim terapijskim intervencijama.

Presliku dokumenta koji ćete potpisati u slučaju da se odlučite sudjelovati u istraživanju dobit ćete Vi i glavni istraživač.

Originalni primjerak dokumenta će zadržati i čuvati glavni istraživač.

Hvala što ste pročitali ovaj dokument i razmotrili sudjelovanje u ovom znanstvenom istraživanju.

Ova obavijest je sastavljena u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (NN 121/03) i Zakonom o pravima pacijenata Republike Hrvatske (NN 169/04).

Glavni istraživač na projektu:
Mr.sc. Iva Nemčić Moro

SUGLASNOST ZA SUDJELOVANJE

1. Potvrđujem da sam dana _____ pročitao/la ovu obavijest za gore navedeno znanstveno istraživanje te sam imao/imala priliku postavljati pitanja.
2. Razumijem da je moje sudjelovanje dobrovoljno te se mogu povući u bilo koje vrijeme, bez navođenja razloga i bez ikakvih posljedica po zdravstvenom ili pravnom pitanju.
3. Razumijem da, u istraživanju prikupljenoj, medicinskoj dokumentaciji imaju pristup odgovorni pojedinci, tj. Glavni istraživač i njegovi suradnici, članovi Etičkog povjerenstva ustanove u kojoj se istraživanje obavlja te članovi Etičkog povjerenstva koje je odobrilo ovo znanstveno istraživanje. Dajem dozvolu tim pojedincima za pristup navedenoj medicinskoj dokumentaciji.
4. Pristajem/ne pristajem da moj obiteljski liječnik bude upoznat s mojim sudjelovanjem u navedenom znanstvenom istraživanju.

Ime i prezime ispitanika:

Potpis: _____

Ime i prezime (štampano) _____

Datum: _____

Osoba koja je vodila postupak obavijesti za ispitanika i suglasnost za sudjelovanje:

Glavni istraživač na projektu:

Potpis: _____

Ime i prezime (štampano) _____

Datum: _____

9. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: Iva Nemčić Moro

Adresa: Klinika za psihološku medicinu, KBC Rebro, Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb

Telefon +385 01 2376449

Telefaks +385 01 2376567

Elektronička pošta: iva.nemcic-moro@zg.t-com.hr

Državljanstvo: Hrvatsko

Datum rođenja: 29.01.1969.

Matični broj iz Upisnika znanstvenika: 282244

RADNO ISKUSTVO

Datumi (od – do) 1995-1996

Ustanova zaposlenja: Katedra za psihijatriju s psihološkom medicinom

Naziv radnog mjesta: znanstveni novak

Funkcija: znanstveni novak.

Datumi (od – do) 1996-do danas

Ustanova zaposlenja: Klinika za psihološku medicinu, KBC Zagreb

Naziv radnog mjesta: liječnik specijalist

Područje rada: psihoterapija

Funkcija: psihijatar-psihoterapeut

ŠKOLOVANJE

1993. g. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

2001. g. specijalistički ispit iz psihijatrije.

2006. g. ispit iz uže specijalizacije psihoterapije

USAVRŠAVANJE

1995/96 Poslijediplomski studij iz psihoterapije na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu

1996/97 Trauma and Development Training for Mental Health Professionals u organizaciji Harvard School of Public Health, Sveučilišta u Sarajevu i Sveučilišta u Rijeci

2000.g. Znanstveni poslijediplomski studij Medicinske znanosti na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu

2003.g. magistarski rad «Utjecaj izobrazbe na stavove prema psihijatriji u studenata medicine i medicinskih sestara».

2005.g. završila izobrazbu iz bračne i obiteljske psihoterapije

2009.g. završila izobrazbu za grupnog analitičara

OSOBNE VJEŠTINE I KOMPETENCIJE

Materinji jezik: Hrvatski jezik

Strani jezik: Engleski

Govori: dobro

Piše: dobro

Čita: dobro

SOCIJALNE VJEŠTINE I KOMPETENCIJE

Vještine prezentacije na stručnim i znanstvenim skupovima; dobra međuljudska komunikacija i timski rad

TEHNICKE VJEŠTINE I KOMPETENCIJE

Korištenje Microsoft office paketa; temeljne statističke metode u biomedicini

VOZAČKA DOZVOLA: Da (B kategorija)

PUBLIKACIJE

1. Kvalifikacijski radovi
2. Znanstveni radovi

a. Izvorni znanstveni radovi

b. Kratka znanstvena priopcenja

c. Znanstvena kongresna saopcenja *in extenso*

d. Ostala znanstvena kongresna saopcenja

3. Stručni radovi

a. Stručni radovi u časopisu s recenzijom

b. Stručne knjige

c. Stručna kongresna priopćenja *in extenso*

d. Sažeci i ostale stručne aktivnosti

4. Nastavni tekstovi
5. Ostalo objavljeno
6. Broj radova citiranih u CC i SCI

1. KVALIFIKACIJSKI RADOVI

1. Nemčić Moro I. Utjecaj izobrazbe na stavove prema psihijatriji u studenata medicine i medicinskih sestara. Zagreb 2003. (Magistarki rad)

2. ZNANSTVENI RADOVI

a) Izvorni znanstveni radovi

1. Vidović V, Jureša V, Marković J, Nemčić Moro I. Dieting Behaviour and Eating Attitudes in Croatian Female Adolescents. Collegium Antropologicum. 1996; 2: 337-344.

2. Klarić M, Frančišković T, Pernar M, Nemčić Moro I, Miličević R: Caregiver Burden and Burnout in Partners of War Veterans with Post-traumatic Stress Disorder. Coll. Antropol. 2010; 34 (l): 15-21

3. Nemčić-Moro I, Frančišković T, Britvić D, Klarić M, Zečević I. Disorder of extreme stress not otherwise specified (DESNOS) in Croatian war veterans with posttraumatic stress disorder: case-control study, Croat Med J. 2011; 52: 505-12

4. Diminić-Lisica I, Frančišković T, Janović S, Popović B, Klarić M, Nemčić-Moro I: Comorbid Chronic Diseases In Depressed And Non-Depressed Patients In Family Practice. Psychiatria Danubina, 2010; 22 (2): 236–240

5. Frančišković T, Stevanović A, Blažić D, Petrić D, Suković Z, Tovilović Z, Nemčić Moro I: Croatian war veterans in print media in 1996 and in 2006. Psychiatria Danubina. 06/2011; 23(2):171-7.

6. Bilić V, Nemčić-Moro I, Karšić V, Grgić V, Stojanović-Špehar S, Marčinko D: Clinical experiences in treating PTSD patients by combining individual and group psychotherapy. Psychiat Danub 2010; 22(2): 175-178.

b) kratka znanstvena priopćenja

c) znanstvena kongresna saopcenja in extenso

d) ostala znanstvena kongresna priopćenja

3. STRUČNI RADOVI

a) stručni radovi s recenzijom

1. Jokić-Begić N, Kostelić-Martić A, Nemčić Moro I: «Mobbing» - moralna zlostavljana na radnom mjestu. Soc. psihijat., 31:25-32, 2003.

2. Nemčić-Moro I, KaršićV, Grgić V: Teška kronična bolest i liaison psihijatrija. Liječ vjesn 2007; 129: 143-145

3. Nemčić-Moro I: Psihološki i psihijatrijski aspekti bolesnika na dijalizi. Medix 2009; (15) 83: 140-142

4. Nemčić- Moro I, Grgičević I: Acting out u idividualnoj i grupnoj psihoterapiji. Soc psihijat 2010; 38(1): 46-51

5. Nemčić- Moro I, Grgić V, Karšić V, Brumen-Budanko Z: Psihodinamsko razumijevanje paničnog poremećaja – klinički prikazi. Soc psihijat 2010: 38(1): 89-95

6. Moro Lj, Nemčić Moro I: Odnos više generacija u obitelji. Medicina fluminensis 2010; 46(3): 284-291

7. Brumen-Budanko Z, Nemčić-Moro I, Grgić V, Karšić V: Od Freudove anksiozne neuroze do paničnog poremećaja danas. Soc psihijat 2010; 38(4): 264-274

b) sažeci i ostale stručne aktivnosti

Karšić V, Grgić V, Nemčić Moro I, Šain I: The Selection of Patients for Group Analysis. 15th International Congress of the International Association of Group Psychotherapy, Istanbul, Turska, 25-29.8.2003.

Nemčić Moro I, Grgić V, Karšić V: Na što premjestiti strah : primjeri iz liaison psihijatrije, Drugi hrvatski psihijatrijski dani, Opatija, 17-20.3.2005.

Karšić V, Nemčić Moro I, Grgić V, Brumen-Budanko Z: Psihodinamika paničnog poremećaja. 4. hrvatski psihijatrijski kongres. Cavtat, 4-8.10. 2006.

Šarić M, Skočić M, Grubišin J, Sarajlić-Vuković I, Nemčić Moro I: Razvoj psihoze tijekom psihoterapijskog liječenja regresivne bolesnice, Četvrti psihijatrijski dani, Opatija 29.3-1.4.2007.

Bilić V, Grgić V, Nemčić-Moro I, Karšić V, Šumić M, Ladika I: Klinička iskustva u liječenju PTSP-a kombinacijom individualne i grupne psihoterapije. 2. Hrvatski simpozij o poremećajima uzrokovanim stresom, Rabac 3-5.5.2007.

Koić E, Sonicki Z, Nemčić Moro I, Đorđević V, Nađ S: Doživljaj smislenosti života kao faktor predikcije suicidalnosti. Treći hrvatski simpozij o poremećajima uzrokovanim stresom s međunarodnim sudjelovanjem Rabac, Hrvatska, 5 – 7. lipnja 2008.

Nemčić Moro I, Frančišković T, Britvić D, Koić E, Stevanović A: Trajne promjene osobnosti u bolesnika sa borbom uzrokovanim posttraumatskim stresnim poremećajem. Treći hrvatski simpozij o poremećajima uzrokovanim stresom s međunarodnim sudjelovanjem Rabac, Hrvatska, 5 – 7. lipnja 2008.

Nemčić Moro I, Grgić V, Bolanča M: Grupa, emocionalna progresivna komunikacija i acting out. 5. hrvatski psihijatrijski kongres, Šibenik, 29.9-3.10.2010.

Nemčić Moro I, Frančišković T: DESNOS kao posljedica borbenog stresa u veterana Domovinskog rata. 5. hrvatski psihijatrijski kongres, Šibenik, 29.9-3.10.2010.

4. NASTAVNI TEKSTOVI

a) poglavlja u knjizi

Nemčić-Moro I. Psihijatar i psihijatrija, u PSIHIJATRIJA, ur. Moro Lj., Frančišković T.

Medicinska naklada, Zagreb 2011,(str.1-11).

Nemčić-Moro I. Izobrazba zdravstvenih radnika, u PSIHIJATRIJA, ur. Moro Lj.,

Frančišković T. Medicinska naklada, Zagreb 2011,(str.263-267).

5. OSTALI RADOVI

6. BROJ RADOVA U CC I SCI: 6