

Pretkazatelji, tijek i prognoza akutne reakcije na borbeni stres

Frančišković, Tanja

Doctoral thesis / Disertacija

2001

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://um.nsk.hr/um:nbn:hr:188:732508>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International/Imenovanje-Nekomercijalno-Bez prerada 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-09**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka Library - SVKRI Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET**

Tanja Frančišković

**PRETKAZATELJI, TIJEK I PROGNOZA AKUTNE REAKCIJE
NA BORBENI STRES**

Doktorska disertacija

Rijeka, 2001.

I AUTOR

Ime i prezime : Tanja Frančišković
Datum i mjesto rođenja.: 13. travnja 1953. Praputnjak
Završeni fakultet : Medicinski fakultet Rijeka, 1977.
Posdiplomski studij: Medicinski fakultet u Rijeci, 1998
Sadašnje zaposlenje: K B C Rijeka

II PODACI O DISERTACIJI I MENTORIMA

Naslov rada: PREDSKAZATELJI, TIJEK I PROGNOZA AKUTNE REAKCIJE NA BORBENI STRES

Broj str.178,sl. 40,tab.23, bibliografskih podataka: 161
Ustanova ili mjesto gdje je disertacija izrađena: K B C Rijeka,
Znanstvena disciplina: BIOMEDICINA I ZDRAVSTVO
Mentori: prof.dr.sc. Ljiljana Moro
Fakultet na kojem je obranjena: Medicinski fakultet Rijeka

III OCJENA I OBRANA

Datum prijave teme: 4. svibnja 1998.
Datum predaje rad: 30. ožujka 2001.
Datum sjednice Vijeća na kojoj je rad prihvaćen: 15. svibnja 2001.
Sastav Povjerenstva koje je rad ocijenilo
prof.dr.sc. Juraj Sepčić, doc.dr.sc. Rudolf Gregurek i prof. dr.sc. Ljiljana Moro
Datum obrane : 25. svibnja 2001.
Sastav Povjerenstva pred kojim je rad obranjen: I s t i

Mentor rada: Prof.dr.sc.Ljiljana Moro

Doktorska disertacija obranjena je dana _____ u/na _____

_____, pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Rad ima _____ listova

UDK klasifikacija:

Zahvaljujem mentorici prof.dr.sc.Ljiljani Moro na velikom poticaju u izradi ovog rada. Mnogo hvala prof.dr.sc.Igoru Kardumu na pomoći i sugestijama u tijeku obrade obilja podataka, dr.Ani Kaštelan na velikom strpljenju pri sakupljanju materijala, prof.Ilijani Jelušić, prof.Bojani Smokvini i Ivanu Šararu na pripremi materijala za obradu, dr.Vjeri Matković i Vjekoslavu Katnicu na pomoći pri oblikovanju rada, a cijelom timu Centra za psihotraumu na velikoj potpori i inspiraciji.

Na kraju zahvaljujem svim ispitanicima bez čijeg razumijevanja i zalaganja, bez obzira na okolnosti u kojima se gdjekad odvijalo, ovo istraživanje ne bi bilo moguće. Neki od njih sudjelovali su samo u prvom dijelu istraživanja. Danas ih više nema. Njima posvećujem ovaj rad.

SAŽETAK

Akutna reakcija na borbeni stres uvijek je bila neželjeni pratilac rata. No dijagnostički kriteriji za ovaj posttraumatski poremećaj strukturirani su tek odnedavno. To je i razlogom što su istraživanja koja se ovim bave još relativno malobrojna.

Cilj ovog rada bio je utvrditi postoje li pretkazatelji koji bi ukazivali koja će se, inače psihički zdrava osoba, vjerovatno psihički slomiti u uvjetima borbe. Nadalje željelo se utvrditi koje su bile osnovne značajke kliničke slike akutne reakcije na borbeni stres tijekom Domovinskog rata i to 1991./92. godine, razdoblja najintenzivnijih borbi na ličkom ratištu i koja je terapijska tehnika bila najuspješnija u reduciranju smetnji i prevenciji kronifikacije. Željela sam utvrditi i da li je akutna reakcija na borbeni stres prediktor PTSP-a nakon osam godina, postoje li neke druge psihičke posljedice psihotraume i mogu li se utvrditi čimbenici koji utječu na njihovo javljanje.

U prvom dijelu ispitala sam dvije grupe vojnika. Prva skupina (N=285) bili su vojnici koji su se radi psihičkog sloma javili psihijatru tijekom 1991./92. god. Kontrolna skupina (N=261) bili su vojnici na ratištu bez psihičkih teškoća. Primjenjeni su upitnici osnovnih emocionalnih stanja, tjelesnih tegoba i samopoimanja.

Drugi dio odnosi se na analizu 350 bolesničkih kartona vojnika koji su se 1991./92. god. zbog akutnih psihičkih smetnji javljali psihijatru.

Od ovog broja 96 njih sudjelovalo je u istraživanju i nakon osam godina. Ovaj puta primjenjeni su Opći demografski upitnik, HTQ, Mississippi upitnik za PTSP, BDI, STAI, SCL-90 i Upitnik stilova suočavanja.

Rezultati pokazuju da su strah i tjelesne tegobe dobri pretkazatelji javljanja akutne reakcije u borbi. Klinička slika psihičkog sloma prema našem iskustvu podjednaka je onima opisanim u drugim ratovima i u važećim dijagnostičkim kriterijima. Grupni debriefing pokazao se kao uspješna terapijska tehnika kod akutne reakcije na borbeni stres. Ovaj k poremećaj nakon osam godina nije pretskazatelj PTSP-a. Najznačajniji pretskazatelj razvoja PTSP-a je broj traumatskih događaja, nivo depresivnosti i somatizacija kao i pretežito korištenje izbjegavanja kao strategije suočavanja sa stresom.

ABSTRACT

Acute reaction on combat stress has always been unwanted accompanist of war. However, diagnostic criterions for this posttraumatic disorder have been structured only recently. This is the reason why researchers of this matter are realtively scarce.

The aim of this study is to determinate whether there are any predictions indicating who, otherwise psychically healthy individual, would become psychically broken in the condition of battle. Furthermore, I tried to determine which were the basic charactreristics of clinical picture of acute reaction on combat stress during Patriotic War in the period 1991 and 1992, the period of most intensive fights on Lika battlefield, which therapeutic technique was most successful in reduction of disorder and prevention of cronification. Furthermore, I wanted to ascertain whether acute reaction on combat stress is one of predictor of PTSD eight years later, are there some other psychical consequences of psychotrauma and whether we could determine factors influencing their on setting.

In the first part I exmined two groups of soldiers. The first group (N=285) consisted of soldiers who visited psychiatrist due to their psychical breakdown during 1991 and 92. Control group (N=262) consisted of soldiers on the battlefield without any disorders. I applied questionnaires with basic emotional conditions, body disorders and selfperception. The second part refers to analysis of 350 patient charts of soldiers who visited psychiatrist during 1991 and 1992 due to acute psychical disoredrs. Out of that number, 96 of them took part in research even after eight years. This time I applied General emographic Questionnare, HTQ, Mississippi on PTSD, BDI, STAI, SCL-90 and Cope Questionnare.

The results show that fear and body discomforts were good indicator of acute reaction in the combat. Clinical picture of psychical breakdown, according to our experience, is equal to those described in other wars and in diagnostic criterions. Group debriefing proved to be one successful therapeutic technique in acute reaction to combat stress. This disorder, however, after eight years is not the indicator for PTSD. Besides PTSD, consequence of psychotrauma is elevated level of depression as well.

The most significant indication of development of PTSD is number of traumatic events, level of depression and somatisation, as well as prevalent use of avoidance as a coping strategy.

KAZALO

SAŽETAK

ABSTRACT

1. UVOD	1
1.1 PREGLED	2
1.2 NEŽELJENI PRATILAC RATA	5
1.3 STOLJEĆA NEDOUMLJIVOST	7
1.4. RAZVOJ DIJAGNOSTIČKIH KRITERIJA ZA POSTTRAUMATSKO SINDROM	11
1.5 SLIKA PSIHIČKOG SLOMA	20
1.5.1. Rat u hrvatskoj 1991/92.g.	24
1.6. NEUROFIZIOLOŠKE I PSIHOLOŠKE OSNOVE PSIHIČKOG SLOMA ..	28
1.6.1. Neurofiziološke osnove akutne reakcije na borbeni stres	28
1.6.2. Susret sa smrću – psihološke osnove akutne reakcije na borbeni stres	31
1.7. ZAVRŠAVA LI RAT UISTINU ONDA KAD UTIHNJE ORUŽJE? POSLEDICE AKUTNE REAKCIJE NA BORBENI STRES	33
1.8. KAKO SPRIJEČITI I KAKO LIJEČITI PREVENCIJA I TERAPIJSKI PRINCIPI KOD AKUTNIH REAKCIJA NA BORBENI STRES	35
2. RADNA HIPOTEZA	39
2.1 CILJ RADA	39
3. ISPITANICI, METODE I REZULTATI	41
3.1. UTVRĐIVANJE MOGUĆIH PRETKAZATELJA RAZVOJA AKUTNE REAKCIJE NA BORBENI STRES	43
3.1.1. Ispitanici	43
3.1.2. Instrumenti	43
3.1.3. Postupak	45
3.1.4. Rezultati	46
3.2. REAKCIJA NA BORBENI STRES	55
3.2.1. Materijal i metoda	55
3.2.2. Obrada	56

3.2.3. Rezultati	57
3.2.3.1. <i>Prosječna starost</i>	57
3.2.3.2. <i>Učestalost dolazaka</i>	57
3.2.3.3. <i>Pripadnost brigadi</i>	58
3.2.3.4. <i>Vrijeme provedeno na bojišnici</i>	60
3.2.3.5. <i>Dijagnoza</i>	61
3.2.3.6 <i>Terapijski zahvati</i>	62
3.3. PROGNOZA AKUTNE REAKCIJE NA BORBENI STRES	70
3.3.1. Ispitanici i postupak.....	70
3.3.2. Instrumenti.....	72
3.3.3. Obrada podataka.....	74
3.3.4. Rezultati	75
3.3.4.1. <i>Opći podaci</i>	75
3.3.4.2. <i>Rezultati na Mississippi skali za PTSP uzrokovan borbom</i>	84
3.3.4.3. <i>Rezultati na harvardskom upitniku za traumu, hrvatskoj verziji za veterane, HTQ</i>	85
3.3.4.4. <i>Usporedba značajki skupina s i bez PTSP-a na HTQ, MISS i općem upitniku</i>	95
3.3.4.5. <i>Rezultati na skali za tjeskobu</i>	98
3.3.4.6. <i>Rezultati na Beckovom upitniku depresivnosti</i>	99
3.3.4.7. <i>Rezultat na SCL-90</i>	103
3.3.4.8. <i>Rezultati na skali Stilovi suočavanja sa stresom</i>	106
3.3.4.9. <i>Međuodnosi</i>	108
4. RASPRAVA.....	114
4.1. PRETKAZATELJI MOGUĆEG RAZVOJA AKUTNE REAKCIJE NA BORBENI STRES.....	114
4.2. TIJEK REAKCIJE NA BORBENI STRES	121
4.3. PROGNOZA AKUTNE REAKCIJE NA BORBENI STRES	134
4.3.1. Opći podaci.....	135
4.3.2. Posttraumatski stresni poremećaj.....	138
4.3.2.1. <i>Neke značajke grupe s PTSP-om</i>	139
4.3.3. Opći psihički simptomi	140

4.3.4. Stilovi suočavanja sa stresom	143
4.3.5 Međusobni odnosi dobivenih rezultata	144
4.4. ZAKLJUČCI.....	147
5. LITERATURA.....	149
6. PRILOZI	162
6.1. SKALA EMOCIONALNIH STANJA (U ZADNJE VRIJEME)	163
6.2. SKALA EMOCIONALNIH STANJE (PRIJE RATA).....	164
6.3. SKALA SAMOPROCJENE.....	165
6.4. SKALA TJELESNIH TEGOBA	166
6.5. UPITNIK OPĆIH PODATAKA	167
6.6. MISSISSIPPI SKALA ZA PTSP.....	170
6.7. HARVARD UPITNIK ZA TRAUMU –HRVATSKA VERZIJA (HTQ).....	173
6.9. SPIELBERGOVA SKALA ANKSIOZNOSTI (STAI)	177
6.10. BECKOVA SKALA DEPRESIVNOSTI	178
6.11. SCL-90-R.....	181
6.12. UPITNIK SUOČAVANJA SA STRESOM	184
ŽIVOTOPIS.....	186

1. UVOD

"Ne znam što se to samnom događa... Ne mogu spavati od kada sam se vratio. Kao da mi se je u glavu preselio mitraljez, tu je, čujem ga... U meni je neki strah, stalno. Pokušam leći, ali se odmah ustanem provjeriti ima li vode u kupaoni. Znate nismo imali vode danima... Dok sam bio tamo sanjao sam dobar ručak. Sada ne mogu zamisliti da bih jeo. Imam osjećaj da se stalno tresem od kada su nas ukrkali u helikopter..." ispričao mi je vidno iscrpljen mladić s podočnjacima, podbuhlih očiju, koji je došao u moju ordinaciju sredinom srpnja 1991. Bilo je ljetno jutro, a slutnja rata činila se nekako nestvarnom. Televizijske i novinske vijesti u to vrijeme, usprkos svemu, nisu uspjevale približiti rat u naše domove. Ljudi u Rijeci još su uvijek mirno šetali gradom, planirali godišnje odmore. Kao da smo očekivali da će se "neke čarke, tamo negdje" ipak izgaditi i sve će ponovno krenuti normalnim tijekom. Moram priznati da ni ja nisam baš sa sigurnošću znala što se to s ovim mladićem događa. Pokušala sam se prisjetiti svega sličnog što sam do tada vidjela, no malo što je nalikovalo ovoj slici mladog čovjeka, izuzetno tjeskobnog, koji je opisivao zvukove poput halucinacija, a opet znao razlikovati stvarnost od nestvarnog dojma da se opet nalazi "tamo". Mladić je naime par dana ranije došao sa Plitvica gdje je kao policajac zajedno s omanjom jedinicom bio danima u okruženju paravojskih jedinica, s oskudnim naoružanjem, bez hrane i vode. Izvučeni su helikopterom tek nakon duljih pregovora. Do zadnjeg trenutka ishod cijele akcije bio je krajnje upitan. Zadnjeg dana on se, nakon neprospavane noći, počeo tresti. Više nije bio u stanju maknuti se iz kuta sobe u kojoj su bili. Stalno je zapomagao. Jedva su ga natjerali da krene prema helikopteru kad je ovaj došao po njih. Smatrao je da je sve to samo varka. No, ni dolazak u Rijeku nije smanjio njegove smetnje, premda je okolina smatrala da će se

s vremenom sve smiriti samo od sebe. Nakon par dana ukućani su ga ipak doveli psihijatru.

Bio je to moj prvi susret s akutnom reakcijom na borbeni stres. Pokušavajući razumjeti što se događa s tim mladićem, ali i što se to "tamo negdje" događa, raspitivala sam se potanko o svemu što se tamo iz dana u dan zbivalo. Iz njegove ,u početku , zbrkane priče polagano se ocrtavala slika događanja, osjećaj beizglednosti i straha koje je proživljavala njegova jedinica. Riječi i sjećanja koje je u početku s teškoćom tražio, tekla su sve laganije. Što više tjeskoba se naočigled smanjivala i nakon trećeg razgovora većina njegovih smetnji se povukla.

Slijedeći problem javio se kada sam trebala napisati psihijatrijski nalaz. Nakon kraćeg opisa, trebalo je upisati dijagnozu. Listanje klasifikacijske knjige nije mi puno pomagalo. Imala sam izbor između poremećaja prilagodbe ili nekog od neurotskih stanja. Pojašnjenje poremećaja prilagodbe nije djelovalo dovoljno "teškim" za kliničku sliku koju sam vidjela. Slijedilo je pitanje: prilagodba na što? Može li se čovjek uopće prilagoditi ovakvim situacijama? S druge strane, radeći s neurotskim pacijentima više godina, mogla sam reći da ovo nije nalikovalo ni na kakav neurotski poremećaj. U stvari, ne sjećam se što sam tada upisala kao dijagnozu. Vjerovatno nešto opisno poput: anksiozno-depresivne slike. Nisam imala predodžbu da će gradivo koje sam tada svladala narednih mjeseci biti najveći dio mog posla.

Upečatljivost i dramatičnost kliničke slike psihičkog sloma uzrokovanog borbom, navela me na bilježenje naših iskustava, nastojanje što boljeg razumjevanja ovog poremećaja i traženje podataka u literaturi, a jedan od rezultata je i ova studija.

1.1. PREGLED

Vojske su uvijek nastojale umanjiti pojavu akutnih reakcija na borbeni stres i time spriječiti gubitak vojnika zbog psihičkih uzroka. Motivacija se uvijek smatrala snažnom zaštitom od psihičkog sloma. Sličnu ulogu ima i uravnoteženost i stabilnost osobnosti. (1-3) Jednako tako važna se uloga daje edukaciji i vježbi. Pokazalo se međutim da, uza sva nastojanja, teško možemo predvidjeti kako će se pojedinac nositi s borbenim stresom, jednom kada s njim bude suočen. Borba je situacija koja ni jednog sudionika ne ostavlja ravnodušnim. Štoviše, sva bazična emocionalna stanja često su naglašena do maksimuma. Strah kojeg čovjek može doživjeti u tijeku borbe dosiže vrhunce egzistencijalnog straha. No i druga emocionalna stanja doživljavaju se u pojačanim, čistim koloritima. U prvom planu kliničke slike akutne reakcije na stres najčešće su stanja tjeskobe ili depresivnosti koja po svom intenzitetu teško da imaju parnjaka u drugim psihičkim poremećajima. Stoga sam smatrala da bi upravo emocionalno stanje u kojem se vojnik nalazi, moglo biti dobar pokazatelj hoće li vojnik uspjeti savladati teret borbe. To, tim više, što osnovna emocionalna stanja nisu samo osjećaji koji prevladavaju u nekom trenutku, već oni govore o načinu na koji se neka situacija doživljava i o potencijalu kojeg osoba ima za aktivaciju obrambenih mehanizama i mehanizama suočavanja sa stresom. Ako pretpostavimo da osnovno emocionalno stanje, motivacija i osnovne značajke osobnosti označavaju zapravo veliki dio psiholoških resursa, koji osobi stoje na raspolaganju za savladavanje stresa, onda bi njihove odrednice mogle biti pokazatelji hoće li se neka osoba uspješno nositi ili će se psihički slomiti pod teretom borbe. (4-6)

U drugom dijelu studije željela sam analizirati naša iskustva s akutnom reakcijom na borbeni stres tijekom Domovinskog rata 1991./92. godine i ispitati koliko

odgovaraju iskustvima opisanim tijekom drugih ratova. Za pretpostaviti je da su vojnici koji su dolazili s ličkog ratišta pokazivali iste kliničke slike koje su opisivane kroz I i II svjetski, korejski, vijetnamski ili izraelski rat.(1,4,8)

Terapijski zahvati koje smo provodili bili su u okviru utvrđene ratne doktrine.(9) Utisak je bio da je od primjenjenih terapijskih zahvata, metoda grupnog debriefinga bila najuspješnija u prevenciji kronifikacije. Pretpostavka je da je grupni debriefing imao utjecaja ne samo na brži i stabilniji oporavak, već i da je djelovao preventivno na razvoj eventualnih kasnijih smetnji.(10)

Nekoliko se istraživanja bavilo utjecajem akutne reakcije na borbeni stres na razvoj dugotrajnih psihičkih smetnji. Smatra se da je posttraumatski stresni poremećaj najčešća posljedica akutne reakcije. Postotak onih koji razviju PTSP nakon akutne reakcije prema literaturi je vrlo raznolik, a ovisi o vremenskom razdoblju nakon kojeg je istraživanje rađeno. No svi se slažu da je akutna reakcija siguran pretkazatelj kasnijeg razvoja PTSP-a i da se on u toj grupi javlja češće nego među onima koji nisu imali akutne smetnje.(4,11-15)

Pretpostavila sam da je i među našim ispitanicima , koji su tijekom 1991./92.godine imali akutnu reakciju na borbeni stres, određen broj onih koji su razvili PTSP tijekom ovih osam godina. Za očekivati je da je taj postotak veći nego opća incidencija PTSP-a kod vojnika koji nisu imali akutnu reakciju na borbeni stres. No PTSP može biti tek jedna od posljedica psihičkog sloma na bojišnici. Moguće je da se kao dugotrajni poremećaj, nakon akutne reakcije na borbeni stres, javlja i neki drugi psihički poremećaj. Veliku ulogu u tome imaju mehanizmi za suočavanje sa stresom koje osoba koristi. (2,4,5,16,17)

1.2. NEŽELJENI PRATILAC RATA

Značenje psihičkih reakcija u ratu uvijek je prelazilo okvire medicinskog i psihijatrijskog interesa. Povijest je radije bilježila herojska djela nego jad, strah i psihički slom koji prati ratna zbivanja. Koliko god nam se činilo da su" gubici uslijed psihičkih uzroka, fenomen koji se pojavio tek na bojištu dvadesetog stoljeća , "kako to kažu neki stručnjaci, zapise o psihičkim reakcijama u borbi, s opisima psihičkog sloma nalazimo već u starih Grka i Egipćana (1,3,18-20).

Vrlo rano uočeno je da prevagu u borbi ne donosi samo oružje već ljudski faktor sa svojim psihičkim kapacitetima. Sudjelovanje u borbi i ratu uopće, jedno je od najtraumatičnijih iskustava koje čovjek može podnijeti. Zato je i strah u borbi poznat od kada postoje ratovi. No, kao da je uvijek bilo teško priznati činjenicu da je čovjek u ratu vrlo često blizu smrti, da je stavljen u situaciju s posve drugim pravilima nego što je to uobičajeno u mirnodopskom životu i da sve ovo dovodi do psihičkog sloma. Psihički slom je najčešće imao najprije vojne, političke, pa tek onda medicinske konotacije. Vojne prije svega jer to znači gubitak inače fizički sposobnog vojnika. Uvriježeno je planirati da će broj ljudi koji psihički ne izdrže borbu biti otprilike jednak broju poginulih, a dvostruko manji od broja ranjenih. Ovi omjeri u raznim ratovima dvadesetog stoljeća, bili su različiti, ovisno o intenzitetu borbi. Dok je u drugom svjetskom i korejskom ratu to značilo oko 35 vojnika s psihičkim smetnjama na njih tisuću, u izraelskom ratu taj je broj gotovo dosegao broj ranjenih.

Vijetnamski rat bio je rat niskog intenziteta, s neuobičajeno malim brojem gubitaka zbog psihičkih razloga. Naime, psihički problemi vijetnamskih veterana javili su se tek kasnije, nakon njihovog povratka kući.(1,2,4)

Psihičke je smetnje tijekom ratovanja uvijek pratilo mišljenje da se u ratu slamaju slabici i kukavice i da je to najčešće samo način kako izbjeći borbu.

Stvaranje ove predrasude imalo je zapravo za cilj, dodatnim negativnim obilježavanjem, djelovati preventivno. U stvari za to nema nikavog dokaza. U realitetu borbe, sa stalnom prijetnjom životu, svatko je podložan psihičkom slomu. Čovjek poput Ramba ipak je tek celuloidni produkt. Možemo čak reći da je izbjegavanje borbe logična "zdrava reakcija" živog bića. U tom smislu psihički slom označio bi gornje limite izdržljivosti i motivacije za normalnog pojedinca. No, potreba za ljudima koji će popunjavati bojne redove bila je nekako uvijek jača od potrebe za razumjevanjem prirode psihičkih reakcija u ratu. Jedino tako možemo razumjeti kako je jedna, tako dramatična klinička slika, mogla tisućljećima biti zanemarivana. A kada bi ratovi završavali svo znanje koje bi se steklo, ubrzo bi prekrilo "ruzmarin, mahovina i šaš" kako to jedna pjesma kaže. Kako god bilo, psihičke smetnje u tijeku borbe javljale su se i nazivane su različitim imenima u raznim ratovima posebno zadnjih dvijestotinjak godina. Nazivlje nam govori velikim dijelom i o etiološkim modelima koji mu podliježu. Tako razlikujemo nekoliko načina razumjevanja ovih poremećaja. (1,3,18,21-23)

Jedan od najstarijih je "**optužujući model**" po kojem je sudjelovanje u borbi stvar dužnosti i patriotizma, i svako pokleknuće označava samo to da osjećaj dužnosti nedostaje. Ovaj način razmišljanja bio je u podlozi određivanja smrtne kazne za one koji nisu izdržali borbu zbog psihičkih razloga. Na taj način neke su vojske rješavale problem još tijekom I. svjetskog rata. Smatralo se da je to najbolja prevencija "zaraznog efekta" psihičkog poremećaja uslijed borbe na druge vojnike. Termini za psihičke poremećaje u okviru ovog modela bili su kukavičluk, psihička slabost i slično.

U okviru "**modela fizičke povrede**" pretpostavlja se da je u osnovi psihičkih smetnji zapravo neznatno i neprepoznatljivo fizičko oštećenje mozga. Tako je skovan

naziv "shell shock", šok od granate, opisan u I. svjetskom ratu ili "spinalni sindrom" nakon željezničkih nesreća.

"Model izdržljivosti" bazira se na mišljenju da svatko ima svoju točku loma. Ovaj model nema vrijednosni prizvuk i naglasak stavlja na okolnosti. Nazivi koji prozile iz ovog modela su "zamor uslijed borbe" i "borbena iscrpljenost".

Kardiner je upotrijebio termin **"voluntaristički faktor"** podrazumjevajući da u podlozi reakcija leži cijeli niz svjesnih ili manje svjesnih motivacija. On zapravo važnu ulogu daje volji.

"Teorija vanjske indukcije" daje značaj nekim specifičnim vanjskim faktorima u nastanku psihopatologije, na pr. kakav je vođa, kakvi su odnosi unutar borbene jedinice, fizičko iscrpljenje u neadekvatnim uvjetima, adekvatno priznanje nakon povratka i sl.

"Model eksperimentalne neuroze" opisuje situaciju borbe kao situaciju unutarnjeg konflikta, u kojoj je nemoguće razriješiti dilemu između želje za preživljavanjem i želje za obavljanjem dužnosti.

U okviru **"modela bolesti"** smatra se da se radi o reaktivaciji već postojećeg intrapsihičkog konflikta ili ranije prisutnih neurotskih simptoma. Iz ovakovog shvaćanja proizlaze termini poput "traumatske neuroze" (24,25)

1.3. STOLJEĆA NEDOUOMICA

Trebala su stoljeća da se o posttraumatskim reakcijama uopće započne pisati, a više od sto godina da se unutar spektra posttraumatskih reakcija počinju razlikovati pojedine kliničke slike. Iako je reakcija na borbeni stres neka vrsta modela akutne posttraumatske reakcije, prvi precizni liječnički opisi posttraumatskih reakcija vezani su za mirnodopsku traumu kroničnog tipa. Bili su to opisi reakcija žrtvi željezničkih

nesreća u Engleskoj sredinom XIX stoljeća. Nazvani su tada "željeznički spinalni sindrom", a tumačeni su posljedicom oštećenja leđne moždine prilikom nesreće. No, ubrzo se sve takve smetnje počinju pripisivati histeričnoj neurozi.(1,25,26) Argumenti i opisi koji su govorili o različitim značajkama kliničkih slika histerične neuroze i posttraumatske reakcije zanemareni su. To je odgovaralo i osiguravajućim društvima koja bi reakcije uzrokovane nesrećom trebale materijalno nadoknaditi. Histerične manifestacije, koje su posljedica unutarnjih konflikata, oslobađale su ih ove obaveze.(8,26,27) Time je započela dilema koja na razne načine traje i danas: da li je posttraumatska reakcija stvarna posljedica traume ili tek svijesna ili nesvijesna želja za kompenzacijom.

Kako je pažnja krajem XIX stoljeća skrenuta na neurotska stanja, ovo se reflektiralo i na shvaćanja o posttraumatskim reakcijama. Tako je Jean-Martin Charcot i dalje smatrao da su smetnje nakon nesreća na poslu ustvari histerične manifestacije. U to doba skovan je termin "neurastenija" da bi se opisale trajnije psihičke manifestacije nastale nakon raznih nesreća poput opće slabosti, hipohondrije, glavobolja, nesanica i sl. Ovaj interes za posttraumatske reakcije bio je možda dijelom rezultat i sve većeg poznavanja neurofizioloških mehanizama CNS-a.(27,28)

Na prijelazu stoljeća dva su znanstvenika udarila temelje današnjim spoznajama, ali njihov rad dugo ostaje nekako osamljen. Bili su to Pierre Janet i Sigmund Freud. Pierre Janet prvi opisuje simptome disocijacija kao bitne u strukturiranju posttraumatskog odgovora, a postavlja i osnove terapijskog pristupa koje i danas možemo slijediti.(29) Međutim, kao što se on sam nakon početne blistave znanstvene karijere povukao u samozatajni rad privatne ordinacije, tako su i

njegovi spisi zanemareno čekali stotinu godina da bi današnja neurofiziološka istraživanja ponovno došla na njihov trag.

Sigmund Freud je u osvit I. svjetskog rata objavio svoj rad o ranoj dječjoj seksualnoj traumi. Vjerovatno pod pritiskom javnosti on sam odbacuje svoju teoriju. Objašnjava da histerični simptomi nisu posljedica rane traumatizacije već konflikta između libida i seksualne represije. Trebalo je narednih sto godina da se istraživači u području psihotraumatologije ponovno vrate na te njegove rane spise(26,27). Reakcije nakon ratnih trauma pojašnjavao je razbijenom zaštitnom membranom ega uslijed vanjskih zastrašujućih okolnosti, što rezultira neurotskom reakcijom. Međutim on nikad nije priznavao preveliko značenje vanjskom traumatskom faktoru, koncentrirajući se više na intrapsihičke konflikte. Time je skrenuo pažnju na važnost osobnih resursa u odgovoru na traumu, ali i trasirao shvaćanje da je zapravo posttraumatska reakcija moguća samo kod onih koji su otprije na neki način pogođeni.

Neposredno pred I svjetski rat Sterlin je opisivao psihičke probleme žrtava prirodnih katastrofa. Opisao je akutne reakcije nazvavši ih "psihozama straha" s poremećenom svijesti, dezorijentacijom, poremećajima opažanja i halucinacijama koje su se povlačile nakon par dana. Stanja koja je nazvao "traumatskim neurozama" trajala su dulje, do tri mjeseca, i karakterizirana su smetnjama spavanja, gubitkom energije, zastrašujućim snovima.

Rusko-pruski, a potom i I svjetski rat po prvi puta, uz kirurge, dovodi na ratište i psihijatre. Bilo je to prvo službeno "priznanje" od strane vojnih struktura da psihičke reakcije postoje i da one nisu odraz kukavičluka i izdajstva. Brojni su opisi posttraumatskih reakcija ostali iza rata. "Vojničko srce" postala je česta dijagnoza. Opisujući psihičke simptome tijekom rata, autori često razlikuju "traumatske,

histerične neuroze" od "neurastenije", pa navode da, dok je kod prvih hipnoza efikasna, kod drugih nema znatnijeg rezultata. Danas možemo reći da su se opisi odnosili na akutne i kronične posttraumatske slike koje uistinu zahtjevaju drukčije liječenje.(1,4) Tako Mott opisuje ratnu neurozu kao stanje s histeričnim simptomima, paralizom, tremorom i drhtavicom. Neurasteniju pak označavaju zastrašujući snovi, umor, glavobolje i zabrinutost. Tijekom rata nailazimo na prve opise različitih kliničkih slika kod oficira i običnih vojnika. Time je zapravo prvi puta uvaženo značenje socijalnog faktora u nastanku smetnji.(30)

Između dva rata termin traumatska neuroza koristi se i za stanja nakon industrijskih nesreća.

Neposredno pred II svjetski rat i tijekom rata, psihodinamske teorije, sada bez Freuda, okreću se značenju traumatskog događaja, a izvore poremećaja nalaze u separacijskoj tjeskobi ili strahu od odgovornosti pred životom uopće .(31) Model Karen Horney nudio je neispunjenje svoje idealne slike kao podlogu neurotske reakcije. Grinker stavlja naglasak na ovisnost i hostilnost koje bivaju oslobođene regresijom u situaciji stresa. (32)

Neki teoretičari smatraju da je klasično kondicioniranje odgovorno za većinu simptoma posttraumatskih smetnji.

Razdoblje II svjetskog rata donosi opet brojne opise reakcija vojnika na ratištu. Dajući značajnije mjesto samoj traumi, reakcije su imenovane "ratnim zamorom", "akutnom iscrpljenošću" ili "vojničkim sindromom".(1,2,7,8,33) Opisi reakcija sve su detaljniji i mogu se i danas uspoređivati. To su bila stanja anksioznosti, drhtavice, nesanice, iritabilnosti i pojačane pobuđenosti. No, promišljanje etiologije i nadalje je područje nedoumica. Velikog upliva ima teorija da je većina onih koji su imali "borbenu neurozu" i ranije bila psihički nestabilna.

Tijekom ratnih godina (1943.) u SAD izgorio je noćni klub Coconut Grove s velikim brojem žrtava. Opisi psihičkih smetnji preživjelih prva su sustavna klinička praćenja nakon mirnodopske traume. (34,35)

Rat je za sobom ostavio masovna razaranja, iskustvo atomske bombe, ljude koji su proveli godine u nacističkim koncentracijskim logorima izloženi torturama. Ipak broj znanstvenih radova koji se time bave neproporcionalno je malen gotovo četvrt stoljeća. Kao da su rane bile presvježje i preteške da bi se o njima pisalo. Ili su možda nevjerica i želja da se sve što brže zaboravi, bile uzrokom ovoj znanstvenoj "šutnji". Ipak ostaju zapisi Johna Kardinera koji je radio s veteranima I svjetskog rata. S vremena na vrijeme nailazimo na zapažanja da kod bivših logoraša, kao posljedica logorskog iskustva, dolazi do posebne promjene osobnosti. I opet se većina toga pripisuje oštećenju mozga. (26-28,36)

Čini se nevjerovatnim, ali je iz pregleda literature ubrzo nakon rata vidljivo da su sva ranija znanja zaboravljena. Već utvrđene spoznaje vrlo teško nalazile su put prema službenom prihvaćanju.

1.4.RAZVOJ DIJAGNOSTIČKIH KRITERIJA ZA POSTTRAUMATSKE SINDROME

Premda je Sigmund Freud iznenađujuće suvremeno početkom XX. stoljeća opisao značajke posttraumatskog odgovora, uključujući intruzije, psihološku hiperreaktivnost i aktivno ponovno proživljavanje, navodeći čak da je sve to uzrokovano nekim vanjskim faktorom. Njegovo nastojanje da sve to uklopi u svoju teoriju neuroza rezultiralo je time da je njegov rad na razumjevanju posttraumatske reakcije ostao neoblikovan. Iako je sam uočavao razlike između "uobičajenih neuroza" i "ratnih neuroza", priznajući veliki udio vanjske, egzistencijalne prijetnje egu, smatrao je da ipak represija ,kao obrana protiv tjeskobe i libidinalne gratifikacije,

ima centralno mjesto u oba oblika neuroze. Posljedično tome težište za javljanje patološkog posttraumatskog odgovora stavljeno je na osobne psihološke kapacitete.(26,27) Ovaj stav imao je ogromnog udjela u formiranju prvih dijagnostičkih entiteta povezanih s psihotraumom koji su 1952. uvršteni u Dijagnostički statistički priručnik koji je izdala Američka Psihijatrijska Udruga, DSM-I.(37-40)

Tablica 1.

Dijagnostički kriteriji za posttraumatske poremećaje u **DSM-I,1952.**

PROLAZNI SITUACIJSKI POREMEĆAJ OSOBNOSTI

Ova opća klasifikacija treba se ograničiti na reakcije koje su manje više prolaznog karaktera, a akutni simptomi su odgovor na situaciju bez jasnog podliježećeg poremećaja osobnosti.

Individua neposredno koristi simptome u svojoj borbi za prilagođavanjem preplavljujućoj situaciji. U prisutnosti dobrih adaptivnih kapaciteta, dolazi uglavnom do povlačenja simptoma kada se situacijski stres jednom smanji. Nesposobnost da se s time izađe na kraj označava teži podliježeći poremećaj i treba biti klasificiran drugdje.

Prolazni situacijski poremećaj osobnosti

Prolazni situacijski poremećaj kojem se ne može dati bolje definirana dijagnoza zbog njegove fluidnosti ili ograničenog vremena koje ne dozvoljava bolje proučavanje, može se uvrstiti u ovu opću kategoriju. Ova je kategorija podobna za statističare koji trebaju označiti nepotpune dijagnoze.

Velika reakcija na stres (Gross Stress Reaction)

Pod uvjetima velikog i neuobičajenog stresa, normalna osobnost može koristiti utvrđene obrasce reakcije na preplavljujući strah. Obrasci takvih reakcija razlikuju se od onih u neurozama ili psihozama uglavnom uvažavajući povijest bolesti, reverzibilnost reakcije i njen prolazni karakter. Kada se brzo i adekvatno liječi, stanje brzo prolazi. Također je moguće da stanje progredira u neku od neurotskih reakcija. Ako reakcija perzistira ovaj se termin mora shvatiti kao privremena dijagnoza koja se koristi samo dok se ne utvrdi definitivna dijagnoza.

Ova se dijagnoza upotrebljava samo u situacijama u kojima je individua izložena teškim fizičkim zahtjevima ili ekstremnom emocionalnom stresu poput borbe ili civilne katastrofe (požar, potres, eksplozija i td.). U mnogo slučajeva dijagnoza se primjenjuje na prethodno više manje "normalne" osobe koje imaju iskustvo nepodnošljivog stresa.

Sam stres mora biti specificiran kao borba ili civilna katastrofa.

Čini se da je ova klasifikacija pokušala pomiriti neprecizne opise kliničkih slika akutnih reakcija i onih kroničnog tijeka, ali zapravo ne uvažavajući sve opservacije koje su se ipak mogle naći u literaturi. U sve to inkorporiran je Freudov etiološki stav. DSM-I ipak je stresoru dao znatno mjesto ali naglašavajući da se svako produljenje smetnji ima pripisati zapravo oštećenoj premorbidnoj osobnosti ili nekom drugom poremećaju.

Iz perspektive današnjeg iskustva ovdje su bile uključene akutne reakcije sa svojim promjenjivim i kratkotrajnim značajkama, ali skupa sa slikom promjenjene osobnosti što danas pripisujemo još nedovoljno definiranom DESNOS-u.(41) Rezultat je bila, s današnjeg aspekta gledano, prilično neuporabiva smjesa koja je tek zagrebla u neka područja psihotraumatologije. Daljnja izučavanja držeći se ovog bila su već u startu ograničena. Nije ni čudo da se stvorila paradoksalna situacija. U 16 narednih godina do izdanja slijedeće, DSM-II klasifikacije sva dotadašnja saznanja o psihičkim reakcijama na traumatsku situaciju utvrđena kroz dva najkrvavija rata u povijesti čovječanstva, stotinama tisuća onih koji su prošli logore smrti ili strahote nuklearne bombe, bila su zanemarena i ignorirana. Dapače, u tih 16 godina dogodio se još Korejski i Vijetnamski rat, ratovi u Irskoj i na Bliskom Istoku. U međuvremenu izašlo je i drugo izdanje Kardinerove knjige Traumatska neuroza rata. Objavljena su istraživanja Liftona o psihičkim posljedicama razaranja atomskom bombom. (26,27,42)

Potpuno je zanemaren i početni pokušaj definiranja tih stanja u DSM-I, koliko god invalidan bio. Naime 1968. u drugom izdanju dijagnostičkog priručnika DSM-II kao moguća kategorija za posttraumatska stanja navedena je jedino Reakcija prilagodbe u odrasloj dobi.

Tablica 2.

Dijagnostički kriteriji za posttraumatske poremećaje u **DSM-II ,1968.**

REAKCIJA PRILAGODBE U ODRASLOJ DOBI

Primjer: Reakcija s depresivnim značajkama vezana za neželjenu trudnoću i manifestirana hostilnim pritužbama i suicidalnim gestama.

Primjer: Strah udružen s borbom i manifestiran drhtanjem, trčanjem i skrivanjem.

Primjer: Ganserov sindrom udružen s saznanjem o smrti i manifestiran kroz netočne ali približne odgovore na pitanja

U ovoj klasifikaciji nije se ni pokušalo pobliže odrediti karakter posttraumatskih smetnji, a kamo li razlučiti kliničke slike. Trebalo je narednih 12 godina i stotine vijetnamskih veterana da se do tada sakupljeno znanje o kroničnim stanjima koja su uzrokovana psihotraumom uobliči u dijagnostičku kategoriju Posttraumatskog stresnog poremećaja. Cijeli je sindrom smješten u grupu anksioznih stanja, a određene su i tri grupe simptoma. Oni su uključivali ponovno proživljavanje, umrtvljenje i promjene u osobnosti koje ranije nisu postojale, na pr. poremećaj spavanja, osjećaj krivnje preživjelog i sl.

Ova je kategorizacija, koliko god dobrodošla, bila samo odrazom najzastupljenijeg iskustva. Sve brojnija zapažanja odnosila su se naime na veteransku populaciju i to najmanje nekoliko godina nakon rata. Stoga ne čudi da su u ovoj klasifikaciji opisane značajke kroničnih reakcija s elementima kompleksnog PTSP-a. O akutnim reakcijama nadalje ni riječi. No, prvi puta se valorizira i jedan disocijativni proces, vraćanje u traumatsku situaciju, tkz. "flashback".

Najvažnija značajka je A kriterij, gdje se precizno navodi nužnost postojanja prepoznatljivog stresora koji će uzrokovati distres gotovo u svakome. Tako se daje značaj traumatskom vanjskom čimbeniku koji je takve jačine da bi mogao utjecati na svakog. Time se donekle umanjuje dotadašnji stav o "slabosti" osobe i njenim prijašnjim konfliktima koji su odgovorni za nemogućnost procesiranja traume. Uvažena su istraživanja koja su ukazivala na to da je posttraumatski poremećaj u određenim okolnostima normalna reakcija organizma. (1,4,26,43,44)

Tablica 3.

Dijagnostički kriteriji za posttraumatske poremećaje u **DSM-III, 1977.**

POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ

A. Postojanje prepoznatljivog stresora koji bi kod gotovo svakog izazvao simptome distresa

B. Ponovno proživljavanje traume prisutnošću barem jednog od slijedećeg:

1. povratna i intruzivna sjećanja na događaj

2. ponavljani snovi o događaju
 3. naglo djelovanje ili osjećaj kao da se trauma ponovno događa a, na neki okolinski stimulus ili misao
- C. Psihološko umrtvljenje ili reducirani odnosi s vanjskim svijetom što započinje nakon traume, a iskazuje se kroz barem jedno:
1. smanjen interes u jednoj ili više značajnih aktivnosti
 2. osjećaj udaljenosti ili nevezanost prema drugima
 3. sužen raspon osjećaja
- D. Barem dva od slijedećih simptoma koja nisu bila prisutna ranije:
1. pretjerana početna reakcija
 2. poremećaj spavanja
 3. krivnja preživjelog
 4. oštećenje pamćenja i teškoće koncentracije
 5. izbjegavanje aktivnosti koje bude sjećanja na traumu
 6. pojačanje simptoma nakon izlaganja događajima koji simboliziraju traumatsku situaciju

Koliko god bila kontroverzna, dijagnoza posttraumatskog sindroma, kada se jednom javila, potakla je brojna istraživanja u svim mogućim područjima psihotraumatizacije. Već deset godina kasnije revidirana verzija proširena je na 17 simptoma, a definiralo se i trajanje smetnji. Međutim, niti revidirana verzija ne govori ništa o akutnoj reakciji. Akutni PTSP koji pretendira pokriti područje akutnih reakcija definira se kao poremećaj koji mora trajati najmanje mjesec dana. Sve posttraumatske smetnje koje kraće traju još uvijek nemaju svoje ime niti mjesto u klasifikaciji.

Nakon strukturiranja revidirane verzije DSM, više znanstvenika počinje se baviti akutnim stanjima poslije mirnodopske ali i ratne psihotraume. Zahava Solomon provodi opsežna istraživanja kod izraelskih vojnika tijekom dva izraelska rata. Obrada podataka daje dokaze da postoji akutna reakcija koja se ne može svesti na postojeću dijagnozu. Ona je naziva reakcijom na borbeni stres, a tako naziva i knjigu, izašlu 1993. u kojoj objedinjava svoja iskustva.(4)

Prije no DSM klasifikacija, tim stručnjaka WHO, koji izdaje Međunarodnu klasifikaciju bolesti i uzroka smrti, prepoznali su u do tada publiciranoj literaturi, da stres uzrokuje širi spektar reakcija no što su to dosadašnje klasifikacije opisivale. Tako oni u ICD-10. reviziji koja izlazi 1992., sva takva stanja grupiraju u poglavlje

Anksioznih poremećaja, ali u zajedničku podgrupu Poremećaja prilagodbe, a ovamo ubrajaju i posljedice psihotraume i to akutne i kronične (Akutna reakcija na stres, Akutni i kronični PTSP). Štoviše, nastoje izdvojiti i kategoriju trajnih poremećaja osobnosti uslijed psihotraumatizacije, koji se međutim ubrajaju u poremećaje osobnosti. To je različito od na pr. trajnih poremećaja osobnosti uslijed organskog oštećenja, koja su klasificirana unutar skupine psihičkih poremećaja uslijed organskog oštećenja. Bez obzira na tekstualno određenje, ovo ipak implicira stav da je uloga premorbidne osobnosti u razvoju takvog poremećaja presudna. Time je još više naglašena uloga vanjskog stresora u razvoju sindroma skupine Poremećaja prilagodbe.

Ovo je ujedno prvi puta da se daje puno mjesto Akutnoj reakciji na stres.(45)

Tablica 4.

Dijagnostički kriteriji za posttraumatske poremećaje u ICD-10., 1992.

Akutna stresna reakcija

Mora postojati neposredna i jasna veza između utjecaja izuzetnog stresora i pojave simptoma, pojava unutar par minuta, ako ne odmah. U dodatku simptomi:

a-mješana i obično promjenjiva slika, nakon inicijalnog stanja "zbunjenosti, depresija, anksioznost, bijes, prekomjerna aktivnost ili povlačenje, ali niti jedan simptom se ne zadrži predugo;

b-brzo se povlači (unutar par sati većinom) u slučajevima gdje je moguće udaljiti osobu izvan utjecaja stresora; u slučajevima gdje stresor perzistira ili se ne može otkloniti, simptomi se obično počinju smanjivati nakon 24-48 sati, a nakon tri dana su obično minimalni.

Dijagnoza se ne smije upotrebljavati za pokriće naglih egzacerbacija simptoma u osoba koje već pokazuju simptome koji zadovoljavaju kriterije za bilo koji drugi psihijatrijski poremećaj, osim onih u F60.-(poremećaj osobnosti). Kako bilo, povijest ranijih psihijatrijskih poremećaja ne uklanja uporabu ove dijagnoze.

Uključuje: akutnu kriznu reakciju

umor uslijed borbe

krizno stanje

psihički šok

Posttraumatski stresni poremećaj

Ovaj se poremećaj ne može dijagnosticirati ako ne postoji dokaz da se javio unutar 6 mjeseci od traumatskog događaja izuzetne težine. Moguća je dijagnoza još uvijek i zarazdoblje duže od 6 mjeseci, ako su manifestacije tipične i nikakav alternativni poremećaj nije prepoznat i primjenjiv (na pr. anksioznost ili opsesivno kompulzivni poremećaj ili depresivna epizoda). Uz evidentni traumatski događaj, moraju postojati ponavljajuća, intruzivna ponovna proživljavanja događaja u sjećanju, dnevnim sanjarenjima ili snovima. Emocionalno odvajanje, umrtvljenje osjećaja, izbjegavanje stimulusa koji bi mogli pobuditi ponovna proživljavanja traume često su prisutna ali nisu bitna za dijagnozu. Autonomni poremećaji, poremećaji raspoloženja i ponašajne abnormalnosti, olakšavaju dijagnozu, ali nisu od primarne važnosti.

Kasne kronične sekvele devastirajućeg stresa kao one koje se manifestiraju desetljećima nakon stresnog događaja trebaju se klasificirati pod F62.0

Uključuje: traumatsku neurozu

Trajne promjene osobnosti nakon katastrofičnog iskustva

Promjene osobnosti moraju biti trajne i manifestiraju se kao nefleksibilne i maladaptivne pojave koje dovode do oštećenja u interpersonalnom, socijalnom i radnom funkcioniranju. Obično promjene osobnosti trebaju biti potvrđene od ključnog informatora. Da bi se postavila dijagnoza, nužno je utvrditi postojanje značajki koje nisu prije bile uočljive kao:

a-hostilni, nepovjerljivi stav prema svijetu

b-socijalno povlačenje

c-osjećaj praznine ili beznađa

d-kronično osjećanje "biti na rubu", kao da je stalno u opasnosti

e-otuđenje.

Ove promjene osobnosti moraju biti prisutne barem 2 godine i ne smiju se pripisivati ranije postojećem poremećaju osobnosti ili nekom drugom poremećaju osim PTSP-u. Mora se isključiti postojanje oštećenja mozga ili bolesti koja može uzrokovati slične kliničke manifestacije.

Uključuje: promjenu osobnosti nakon iskustva koncentracijskog kampa

Kriteriji koje ICD-10 zahtjeva, imaju preciznu vremensku dimenziju. Naime, poremećaj se javlja do sat nakon stresne situacije, a treba se smanjivati dva dana nakon njena prestanka. Nadalje ostaje otvoreno pitanje što sa stanjima koja traju dulje, a još uvijek ne dovoljno dugo da zadovolje dijagnostičke kriterije za akutni PTSP.

Premda je prva zapažanja o disocijacijama kao važnom dijelu reakcije na traumu, naglasio još Pierre Janet, u ovoj klasifikaciji disocijativni fenomeni ne igraju značajnu ulogu.(29) Značaj disocijacija je element po kojem se bitno razlikuju stanovišta o posttraumatskom odgovoru između DSM i ICD klasifikacije. Godinu dana kasnije u knjizi Zahave Solomon spominje se disocijacija kao jedan od akutnih fenomena, ali mu niti ona ne pridaje značaj kojeg dobiva u slijedećoj DSM klasifikaciji. (4,45-55)

U ICD -10 akutne smetnje nazivaju se reakcijom, čuvajući se označiteljske težine termina poremećaj. Dilema se nastavlja samim nazivom .“Akutna stresna reakcija” naime stavlja stres u prvi plan. Stres je veoma široki pojam koji obuhvaća i traumu, ali i mnogo širu paletu događaja koji ne moraju biti traumatski. (6,27).

Vjerovatno je to i bio motiv Zahave Solomon da pokuša izdvojiti reakciju na borbu kao posebni entitet(4,54). Da li će nedefiniranje naziva, a s druge strane tekstualno

određivanje stresora vrlo slično A kriteriju za PTSP u DSM klasifikaciji, omogućiti bolje razumjevanje i potaknuti istraživanja i drugih akutnih stresnih reakcija, ili će nastaviti zbrku pojmova kako se to do sada vrlo često događalo, tek ćemo vidjeti.

1994. u izdanju DSM-IV napokon se u spektru posttraumatskih reakcija razlikuju dva akutna oblika i jedan kronični. Radi se o akutnom i kroničnom PTSP-u i prvi puta uvrštenoj kategoriji Akutnog stresnog poremećaja.

Tablica 5.

Dijagnostički kriteriji za posttraumatske poremećaje u DSM-IV,1994.

Akutni stresni poremećaj

A. Osoba je bila izložena traumatskom događaju u kojem je prisutno oboje od navedenog:

1. osoba je iskusila, prisustvovala ili bila suočena s događajem/događajima koji su predstavljali izravnu ili potencijalnu smrtnu opasnost, opasnost od ranjavanja ili narušavanja osobnog ili tuđeg fizičkog integriteta;
2. osoba je reagirala intenzivnim strahom, osjećajem bespomoćnosti, užasa.

B. Za vrijeme stresnog događaja, ili nakon njega, osoba ima tri (ili više) od slijedećih disocijativnih simptoma:

1. subjektivni osjećaj tuposti, ravnodušnosti ili izostanak emocionalnog odgovora;
2. derealizaciju
3. depersonalizaciji
4. disocijativnu amneziju (tj. nesposobnost prisjećanja važnih elemenata traume);

C. Traumatski se događaj ponovno preživljava na najmanje jedan od slijedećih načina: povratne slike, misli, ideje, snovi, iluzije, flashback epizode, osjećaj oživljavanja iskustva, distress kod izloženosti podsjetnicima na traumatski događaj.

D. Očigledno izbjegavanje podražaja koji pobuđuju sjećanja na traumu (misli, osjećaji, ljudi, mjesta, razgovori)

E. Vidljivi simptomi anksioznosti ili povećane uzbuđenosti (na pr. smetnje spavanja, razdražljivost, oslabljena koncentracija, hipervigilitet, pretjeran odgovor na iznenadne podražaje, motorički nemir).

F. Simptomi izazivaju klinički značajne smetnje ili oštećenje u socijalnom, radnom ili drugom vidu funkcioniranja ili oštećuju sposobnost obavljanja potrebnih poslova, kao sticanja potrebne pomoći ili mobiliziranja vlastitih sposobnosti razgovorom o traumatskom iskustvu na pr. članovima obitelji.

G. Smetnje traju najmanje dva dana, odnosno najviše 4 tjedna i prisutne su tijekom 4 tjedna nakon traumatskog iskustva.

H. Smetnje ne nastaju kao posljedica neposrednog fiziološkog učinka psihoaktivnih tvari ili općeg zdravstvenog stanja, ne mogu se objasniti bolje kratkim psihotičnim poremećajem i nisu egzacerbacija prijašnjeg poremećaja na Osovini I ili II.

Posttraumatski stresni poremećaj

A. Osoba je bila izložena traumatskom događaju koji je uključivao oba slijedeća navoda:

1. osoba je proživjela, prisustvovala ili se suočila s događajem ili više njih koji su predstavljali izravnu ili potencijalnu smrtnu opasnost, ranjavanje ili ugroženost osobnog ili tuđeg fizičkog integriteta;
2. kao odgovor na traumatsku situaciju javio se intenzivan strah, osjećaj bespomoćnosti ili užasnutost.

B. Traumatski događaj se stalno ponovno proživljava na jedna ili više slijedećih načina:

1. povratna i 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, "flashbackovi", uključujući i one koji se javljaju u tijeku buđenja ili intoksikacije);
 4. intenzivan psihološki distress 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 podražaja vezanih za traumu i otupjelost opće reaktivnosti (koja nije bila prisutna prije traume) na minimalno tri slijedeća načina:
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. znatno smanjen interes ili sudjelovanje u značajnim aktivnostima;
 5. osjećaj odvojenosti ili otuđenosti od drugih osoba;
 6. reducirani afektivitet (na pr. nesposobnost da se nekog voli);
 7. osjećaj besperspektivnosti (uskraćene budućnosti)
- D. Stalni simptomi pojačane uzbuđenosti (koji nisu bili prisutni prije traume) indicirani s dva ili više simptoma:
- 1-otežano usnivanje ili održavanje sna;
 - 2-razdražljivost ili ispadi ljutnje;
 - 3-otežano koncentriranje;
 - 4-hipervigilitet;
 - 5-pojačana pobuđenost.
- E. Trajanje smetnji dulje od mjesec dana.
- F. Poremećaj uzrokuje klinički značajne smetnje ili oštećenje socijalnog, radnog ili drugog funkcioniranja.
- Odrediti da li je:
- akutni - ako je trajanje simptoma kraće od tri mjeseca
 kronični-ako je trajanje simptoma dulje od tri mjeseca
- Odrediti da li je:
- s odgođenim početkom - ako se simptomi pojave najmanje 6 mjeseci nakon stresa.

U osnovi, razlika između kriterija za PTSP i Akutni stresni poremećaj nije tako velika. Najznačajnija je razlika vezana za vremenski okvir. Vremensko razdoblje od mjesec dana trajanja poremećaja bliže je i našem iskustvu nego što je to nekoliko dana kako je definirano u ICD-10. Viđali smo naime akutne reakcije koje su trajale dulje od dva dana po prestanku stresora, a da su još uvijek imale značajke akutne reakcije i po kliničkoj slici i po reakciji na terapijski zahvat.

DSM-IV klasifikacija stavlja poseban naglasak na disocijativne simptome, a to je rezultat više radova u kojima su se baš oni pokazali kao glavni pretkazatelji težine stanja, ali i posljedičnog razvoja PTSP-a nakon akutne reakcije.(29,47,56,57) Kao i u cijeloj DSM klasifikaciji, naglasak je stavljen na nefunkcionalnost, što je ovdje mnogo primjenjivije no kod istog zahtjeva za PTSP.(58)

Bez obzira na otvorena pitanja, jednom postavljena dijagnostička kategorija već sada ima za posljedicu porast interesa. Naime, kada govorimo o akutnoj reakciji znamo na što mislimo bez obzira slagali se svim postavljenim parametrima ili ne. Dok je do 1994. bilo objavljeno preko deset tisuća članaka o PTSP-u, o akutnoj reakciji moglo se naći njih šezdesetak. Do danas taj broj postupno, ali konstatno raste.

1.5. SLIKA PSIHIČKOG SLOMA

Sigurno da je izrazita nekonstantnost kliničke slike imala djelomičnu ulogu u tome da je toliko dugo vremena bilo potrebno da bi se definirao Akutni stresni poremećaj.

Posebno kada je riječ o akutnoj reakciji na borbeni stres možemo reći da je polimorfnost simptoma, njihova labilnost, cijeli spektar od uznemirenosti i bijesa do potpunog povlačenja od okoline, od potrebe da se sakrije i utihne do nesvrsishodnog trčakanja i slično, zapravo osnovna značajka. Što više, kod jedne te iste osobe prijelaz iz jednog stanja u potpuno suprotno nije rijedak i može se odvijati vrlo brzo.(4,59-61)

Petra su dovela četvorica njegovih prijatelja u moju ambulatu direktno iz Gospića. Posjeli su ga na stolicu i na mojih prvih nekoliko pitanja nisam dobila nikakav odgovor ni reakciju. Sjedio je mirno, pomalo praznog izraza lica.

Kada sam zapitala pratnju što se dogodilo, saznala sam da mu je dan ranije zadesno poginuo prijatelj na ulici dok je baratao svojim pištoljem. Taj su se dan vratili iz akcije koja je trajala cijelu prethodnu noć. Samo srećom su izbjegli veće gubitke. Prošetali su se do kafića i uz priču dobacivali pištolj jedan drugome, previdjevši da je otkočen i pun. U jednom trenutku pištolj je opalio. Kada je njegov prijatelj pao na cestu smrtno ranjen, Petar mu je najprije pokušao pomoći, a vidjevši da nema efekta digao je prijatelja s ceste. Pokušavajući ga osoviti na noge, vikao je "Možeš ti to, hajde, hodaj.." Držeći ga tako hodao je s njim prema vojarni, cijelo vrijeme urlajući na njega. Nije se obazirao ni na koga tko mu je prišao. Nakon poduljeg puta beživotno

tijelo prijatelja kliznulo mu je iz ruku. Petar ga je pustio na cesti, mirno otišao u vojarnu, popeo se u svoju sobu, legao na krevet sav krvav i zaspao. Nakon par sati, kada se probudio, nije htio ustati niti govoriti s bilo kime. To je stanje potrajalo cijeli dan i noć, i u strahu da će sebi nešto učiniti, prijatelji su ga doveli psihijatru.

Na te riječi Petar je počeo plakati zapomažući "Ne, ne, ne ...". Trebalo je dosta vremena da mi on sam ispriča što se dogodilo i da opiše cijelu prethodnu akciju u kojoj mu je taj prijatelj spasio život. Kada god su akcije bile opasne strah su pokušavali pobijediti igrajući se oružjem. Petar se nikako nije mogao sjetiti tko je zapravo, u guranju i dobacivanju, pritisnuo obarač.

Nije čudo da se nekad akutna reakcija na borbeni stres pokušala definirati po onome što ona zapravo nije:

...Ta slika psihološke dezorganizacije ne odgovara, čak ni u svojim blažim ili ekstremnim oblicima, bilo kojem poznatom ili utvrđenom sindromu... To svakako nije neuroza u uobičajenom smislu... To svakako nije samo stanje iscrpljenosti. Svakako se ne može adekvatno opisati kao tjeskoba ili strah... Ono je možda bliže, nego bilo što drugo, situacijskoj psihozi, ali podliježeći klinički tijek je sasvim drukčiji. (Bartemeier, 1946)

Ovo je možda najvjerniji opis zbunjenosti koju akutna reakcija na borbeni stres izaziva kod kliničara s duljim psihijatrijskim iskustvom.(4) Uz to, tijekom različitih ratova, dominirajući simptom se mijenjao. Tako su u rusko- pruskom ratu najčešće izražene bile somatske smetnje, u I. svjetskom ratu depresivnost i konverzivne reakcije. Akutne reakcije tijekom II. svjetskog rata bile su karakterizirane, uz konverzije, visokom anksioznosšću, a anksioznost je bila u prvom planu i u izraelsko-arapskim ratovima. Tijekom vijetnamskog rata najčešće su opisivana stanja otuđenja i eksplozivnog ponašanja.(4)

Tablica 6.
Najčešći psihički simptomi u raznim ratovima

Simptomi	I. svj. rat	II. svj. rat	Vijetnam	Arap/Izrael. rat	
				1973.	1982.
Depresivni afekt	X			X	X
Strah	X			X	X
Osjtljivost na buku	X				
Drhtavica	X				
Psihomotorni poremećaj	X				
Konverzivna reakcija	X	X		X	X
Smetenost	X				
Disocijativna stanja	X			X	
Anksioznost		X		X	X
Noćne more		X		X	
Iscrpljenost		X			
Smanjen apetit		X			
Poremećaj probave		X			
Glavobolja		X			
Poremećaj sna		X		X	X
Suženi afekt			X		
Drištveno utuđenje			X		X
Problemi s disciplinom			X		
Ekaplozivno ponašanje			X		
Zloupotreba droga			X		

Izvor: Belenky, prema Gabriel, 1991. (1)

Zbog teškoća definiranja stanja, do operacionalizacije dijagnostičkih kriterija 1992., dijagnoza se zapravo postavljala funkcionalno. To se stanje definiralo kao:

"... reakcija koja se sastoji od ponašanja vojnika pod uvjetima borbe, interpretirano od onih, uokolo njega, kao signal da vojnik, iako se od njega očekuje da bude borac, nije u stanju to biti..." (Kormos, 1978)(4)

Dijagnoza se postavljala na temelju činjenice da vojnik nije efikasan u borbi i da drugi oko njega to prepoznaju. U principu ovo funkcionira jako dobro. Suborci, naime, vrlo dobro i točno prepoznaju takva stanja, vjerovatno zato jer i njih same ona plaše. Psihijatri u raznim ratovima opisivali su Akutne reakcije na sličan način. Bila su to stanja izrazite anksioznosti, depresivnosti, apatije, s obiljem somatskih simptoma poput nemogućnosti zadržavanja stolice ili mokraće. Neki su postajali izrazito pasivni, neki pak iritabilni. Nekad je znak reakcije bio niz neadekvatnih postupaka, kao na pr. besciljno trčanje, čak i prema neprijatelju. Ili su bili izraženi konverzivni

simptomi s "parezom" nekog ekstremiteta. Nekad je znak reakcije bio pretjerana briga za opremu ili oružje.(62-64)

Ivan se javio kao dragovoljac prilikom formiranja prvih postrojbi u Rijeci. Kako je bio medicinski tehičar, bio je jako dobrodošao. Liječniku i njemu je bilo prepušteno da opreme svoju ambulantu prije no što će krenuti u Liku kako god su smatrali najboljim. Početne pripreme odvijale su se u okolici Rijeke. Aktivnosti oko nabave materijala za ambulatu tekle su dobro i svi su bili time zadovoljni. No, kako se približavao dan odlaska u Liku, a iz Like su u sve većem broju dolazile vijesti o ranjenima, poginulima i ranjenici su počeli ispunjavati kirurške odjele, Ivan je postajao sve napetiji. To je postupno bivalo sve uočljivije njegovoj okolini. U sve većim količinama donosio je razni materijal za ambulantu. Soba, priručno skladište, postala je pretijesna za ogromnu količinu infuzijskih boca koje je on nabavljao raznim kanalima. U početku ova njegova aktivnost bila je pozdravljena. Nije tražio previše pomoći od kolega, sve je sam dopremao. No, kao da mu nije nikako ništa bilo dovoljno. Stalno je bio vrlo zabrinut da će mu nečega nedostajati, i nervozno nastojao da se popune već ionako prepune rezerve. Objašnjavao je "jeste li čuli, jučer su došla petorica ranjenih, sva sreća da je bilo infuzija..." "Nikakvo uvjeravanje nije pomagalo. Dan pred polazak jurio je uokolo nabavljajući dodatne "neophodne" stvari, tužeći se zabrinuto da nitko ni za što ne mari, da sve mora sam. Kada je njegova jedinica krenula prema Lici, prešavši Vratnik, začuli su odjeke artiljerijskog napada. Ivan se počeo nezaustavljivo tresti i to stanje nije prestajalo ni nakon dolaska u vojarnu. Kada su odmah po dolasku pozvali liječnika radi intervencije, Ivan se i dalje tresao. Kako mu nije bio od koristi, već dapače plašio vojnike koji su dolazili u ambulatu, liječnik ga je slijedeći dan vratio u Rijeku. Nakon par dana Ivan se smirio ali trebalo je više vremena da prevlada osjećaj krivnje što nije bio u stanju savladati svoj strah. Kroz nekoliko seansi imao je veliku potrebu pokazati da je jako dobro opremio svoju ambulatu i da će to onima iza njega svakako biti od koristi.

Prema istraživanju u Libanonskom ratu, kliničke slike su se mogle grupirati u osam kategorija: anksioznost, depresivnost, kognitivne smetnje, disocijativne smetnje, somatske tegobe, ekscesivna ili umrtvljena motorna aktivnost, polimorfna stanja i labilne promjenjive slike.(4)

Oko polovice slučajeva odgovaralo je polimorfnoj slici. Slijedeće što se najčešće viđalo bila su anksiozno depresivna stanja.

Kada su Zahava Solomon i suradnici sistematizirali sve manifestacije koje su psihijatri bilježili u svom radu s vojnicima u blizini crte bojišnice, mogli su diferencirati 6 glavnih faktora koji su ocrtavali reakciju na brobeni stres i bili u nekoj mjeri prisutni u svim kliničkim slikama: anksioznost, distanciranje od drugih, dezorijentaciju, gubitak kontrole, osjećaj usamljenosti i ranjivosti i osjećaj krivnje.(66,67) Distanciranje je bila najčešće posljedica umrtvljenja i potrebe da se barem u fantaziji vrati u uobičajeni život. Anksioznost su vojnici najčešće opisivali kao osjećaj da smrt upravo neumitno dolazi i da nema načina da ju se izbjegne. Dezorijentacija s promjenjenim osjećajem vremena i prostora u stvari su disocijativni fenomeni, a pojačani su prekidom komunikacija s okolinom. Osjećaj usamljenosti i ranjivosti zapravo su posljedica razbijenih osnovnih pretpostavki o neranjivosti i postojanju nekog tko nam može pomoći u svakom trenutku. Gubitak kontrole odnosi se na kontrolu straha, ali i agresivnosti. Krivnja može biti posljedica spoznaje da osoba nije u stanju odraditi svoju obavezu. Vrlo često osoba koja je udaljena sa ratišta radi psihičkog sloma to doživljava kao znak slabosti. Cijena koju plati može biti vrlo visoka. U literaturi su opisana depresivna stanja, pa i suicidi iz osjećaja krivnje što se nije izdržalo pritisak borbe. (1,3,4,18,68)

1.5.1.Rat u Hrvatskoj 1991/92.

Naša iskustva uvelike korespondiraju s opisima reakcija koje sam nalazila u literaturi. Dapače čitajući opise reakcija iz raznih ratova, a koji su toliko podudarni bez obzira odnose li se na stare Grke, američki građanski ili libanonski rat, samo se snažnije uvjeravamo u sveprisutnost i jednoobraznost ljudske reakcije na traumatsku situaciju bez obzira koliko na prvi pogled varirala klinička slika.

Ranko je bio mobiliziran krajem 91. godine, a zbog naobrazbe i iskazanih sposobnosti ubrzo je napredovao u svojoj brigadi do čina vodnika, a ponekad je obavljao i dužnosti viših činova. Nakon što je na ratištu proveo oko 10 mjeseci, njegova je brigada premještena na drugo ratište. Kamo se točno ide i kakva akcija slijedi ni vojnici ni Ranko nisu točno znali, premda su kolale glasine o interveciji koja nije imala velikih izgleda za uspjeh. Stigavši predvečer na mjesto okupljanja uz rijeku, opisana im je predviđena akcija. Usljedi je zapovjed o prelasku rijeke. Radilo se upravo o onome čega se Ranko najviše plašio. Smatrao je da je svaka borba na tom mjestu unaprijed izgubljena i da je neprijatelj znatno jači. Na postrojavanju prije prelaska rijeke Ranko je javno rekao što misli o akciji i odbio zapovjed o prelasku. Zapovjednik je reagirao vrlo oštro prijeteci mu prijekim sudom i pogubljenjem. Kad su se za njim pavela još nekolicina, zapovjednik je počeo bijesno vikati, potežući pištolj, prijeteci mu. U jednom trenutku uperio je pištolj direktno u Ranka. Istovremeno počelo je jako granatiranje tog područja i vojska je dobila zapovijed da se skloni. Izdvojenim vojnicima zapovijedeno je da ostanu na istom mjestu i pričekaju prijevoz u pozadinu.

Nakon toga sve što se događalo bilo je za Ranka kao u magli. Kad ga je dovela supruga jedino što mi je on opisao odnosilo su se na čekanje na livadi pod granatama. Supruga je ispričala da se vratio rano ujutro autobusom skupa sa još četrdesetak drugih. Ona nije znala zašto su se tako brzo vratili. Ranko nije ništa objašnjavao, a došavši kući samo je legao obučen u krevet. Kasnije mu je žena skinula čizme. On je ležao u nekom polusnu, ne obazirući se na okolinu. Stanje je trajalo gotovo tjedan dana prije no što su se javili psihijatru. U međuvremenu njegova se mala kćerka razboljela toliko da je otpremljena u bolnicu, a cijelo vrijeme Ranko se nije dizao iz kreveta niti zanimao što se to u kući događa.

Tijekom pet seansi postupno smo rekonstruirali bukvalno sat po sat. Ispočetka Ranko se ničega nije mogao sjetiti. Sjećanja su se pomalo širila od čekanja na livadi, do trenutka kada mu je zapovjednik prijeteci uperio pištolj u prsa. Njegov osjećaj bio je da će zapovjednik uistinu pucati ali i da ima puno pravo to učiniti. Bilo ga je stid što nije mogao savladati strah od sudjelovanja u, za njega, unaprijed izgubljenoj akciji. S druge strane nije imao povjerenja da će se zapovjednik adekvatno brinuti za svoje ljude. Magla oko događaja postepeno se rasčišćavala, a Ranko kao da je polako dolazio iz nekog drugog svijeta. Opisujući kasnije svoje stanje tijekom tih tjedan dana, Ranko je rekao da je to bila neka čudna praznina, odsustvo svake misli i osjećaja.

Ovakve slike poput opisanog nisu bile tako česte. Zapravo disocijativna stanja kao vodeću simptomatologiju nisam, osim opisanog, vidjela. Što više cijelom nizu disocijativnih simptoma nismo obraćali previše pažnje. Vjerovatno zbog toga što je klinička slika bila impresivna u svojoj količini straha i tjeskobe da bi distorzija vremena i osjećaj nestvarnosti uopće bili zamjećeni. S druge strane i inače disocijativnim simptomima nekako se nije pridavao značaj ni u drugim psihijatrijskim

poremećajima. No ni ICD klasifikacija, za razliku od DSM klasifikacije, disocijativne simptome ne naglašava kao ključne. U svakom slučaju to su podaci koji su uglavnom zanemareni i nažalost izgubljeni. U cijelini gledano akutne reakcije s kojima sam se susretala najčešće su bila stanja ekstremne anksioznosti i straha i upravo je anksioznost bila vodeći simptom. Depresivne slike bile su također relativno rijetke. Njih sam češće viđala u nastavku nakon prethodne anksioznosti. Jednako tako rijetki su bili konverzivni simptomi koji su imitirali pareze, slijepoću i sl., stanja kakva su opisivali liječnici tijekom I svjetskog rata. Somatske smetnje koje nisu imale stvarne organske podloge kao i stanja opće zakočenosti ili besciljnog mortornog nemira bile su također vrlo česte.

Damir je bio upućen iz Gospića nakon što je prethodnog dana u ambulati u par navrata dobio injekciju za smirenje. Većih rezultata nije bilo. Dan ranije on se nalazio u selu pokraj Gospića sa svojom jedinicom. Tu su bili stacionirani već par mjeseci. Kako je to bio dosta isturen položaj, cijela njegova jedinica se stalno osjećala dosta izoliranom. Zapravo ih je tek uski nesiguran putić povezivao s ostalima. Opskrba hranom i opremom bila je neredovna. Česta su bila granatiranja i upadi diverzanata u selo u kojem se osim vojske više nitko nije nalazio. Cijelo jutro prethodnog dana njihov je položaj granatiran. Bili su i u jednoj od kuća dok ne prestane granatiranje. Kada je došao red za stražu na Damira, on se uputio prema rubu sela na kojeg nisu u tolikoj mjeri padale granate. U jednom trenutku začuo je zvuk aviona i kada se okrenuo ovaj je bio gotovo nad njim pucajući iz mitraljeza. Damir se bacio u grmlje i više se nije mogao pokrenuti. Kada je avion prošao nakon što je još jednom zaokružio oko mjesta, Damir se htio dignuti, ali nije mogao pokrenuti ni ruke ni noge. Nije bio siguran koliko dugo je ta posvemašnja ukočenost trajala, ali kada se uspio dignuti otrčao je prema zgradi u kojoj su bili suborci, zaboravivši pušku i ostalu opremu. Stigao je u kuću ali se od tada nije mogao skrasiti na jednom mjestu. Stalno je mrzovoljno šetao po prostorijama pušeci cigarete jednu za drugom. Svako malo tjeralo ga je na mokrenje. Nije želio ni sa kim razgovarati. Nakon par sati suborci su ga odveli u Gospić liječniku.

U cjelini gledano naša iskustva više korespondiraju s dijagnostičkim kriterijima ICD 10 nego onima iz DSM IV. Disocijativni simptomi koji u DSM IV čine jezgru reakcije u ICD 10 nisu naglašeni na taj način. (29,40,54-56) Simptomi disocijativnosti

ni u našim slučajevima nisu bili toliko prisutni, premda se mora reći i da nismo pridavali pažnju simptomima disocijacija koji nisu bili disfunkcionalni, kao što to ne čini ni ICD 10.

Međutim vremensko ograničenje koje je stavljeno u ICD 10 ne odgovara našem iskustvu. Akutne reakcije kod vojnika koji su se javljali u naše ambulante trajali su par tjedana. Što više, kada su trajale preko 4 tjedna često još uvijek nisu zadovoljavale kriterije za PTSP. Simptomi koji bi najdulje perzistirali bila bi jaka anksioznost, psihomotorni nemir ili povučenost ili pak smetnje sna.

Iz niza ovakvih različitih, a ipak sličnih kliničkih slika, izdvojila bih stanje koje se unekoliko razlikovalo od uobičajene akutne reakcije na borbu. Stanje je bilo karakterizirano osjećajem posvemašnje iscrpljenosti, unutarnjeg nemira, predviđanja sigurne smrti ili nekog lošeg ishoda, uz inapetencu i najčešće pojačano pušenje ili korištenje alkohola.

Igor je u moju ordinaciju došao u punoj ratnoj opremi, premda nije bilo dozvoljeno dolaziti naoružan liječniku. Ušavši spustio je strojnicu, prištolj, municiju, sve u svemu oveću hrpu oružja s treskom na moj stol. "Evo vama sve to, ja ne znam što bi dalje s time. Ne mogu ja to više niti dotaknuti". Kada sam pokušala doznati što se dogodilo, nije mogao izdvojiti niti jedan poseban događaj. Dapače, već neko vrijeme nije bilo značajnijih akcija, ali taj mir je bio varljiv. Svi su svakim danom sve više očekivali "nešto". Igor je bio na ratištu oko 7 mjeseci i do tada nije imao smetnji. Zadnja dva mjeseca nije odlazio kući jer njegova smjena nije došla u Gospić. Primjetio je da sve više puši i da je dogurao do tri kutije.

Često ga je boljela glava. Sve je slabije spavao. Prethodnih noći počeo je sanjati da ide u akciju i da ga zarobljavaju. Sve je više bio uvjeren da će u bilo kojoj narednoj akciji stradati. Zadnja dva dana samo je o tome razmišljao - ako ga sada nekamo pošalju, sigurno će poginuti.

Nakon tri dana poštete kod kuće, Igor je došao na kontrolu vidno oporavljen. Zamolio je još dva dana dopusta. Javio se neposredno pred odlazak, potpuno oporavljen.

Premda bi po nivou anksioznosti ovo stanje zadovoljavalo kriterije akutne reakcije, ono se ipak razlikovalo od nje. Stanje najčešće nije bilo posljedica nekog

dogadaja, ali su vojnici koji su ga razvijali bili dugo na ratištu s vrlo malim razdobljima odmora. Dojam je bio da im zapravo vrlo malo treba za potpuni slom. Ovi su se vojnici donekle i izgledom mogli prepoznati. Bile su to najčešće osobe izmorenog izgleda, s podbuhlim kapcima. Razgovor o traumatskim iskustvima nije imao previše rezultata. Nije ih rasterećivao kao što je to bio slučaj s akutnom reakcijom, već naprotiv pojačavao tjeskobu. Imala sam dojam da je to kontarproduktivno. Najbolja pomoć bila je kraći odmor. Ako bi taj odmor bio dulji, ono što smo uočili bio je nagli pad motivacije, razvoj niza nespecifičnih smetnji, najčešće somatizacija. Uistinu se doimalo da im "sav odmor svijeta" ne bi bio dovoljan kako je to rekao jedan vojnik. Za ta smo stanja koristili naziv "**Sindrom psihičke iscrpljenosti**". Nažalost boljih i iscrpnijih opisa stanja nismo zabilježili. Tako ostaje tek klinički utisak i iskustvo da se radi o stanju koje se razlikuje od Akutne reakcije na stres, premda joj možda nekad prethodi, a koje ima drukčiji tijek i drukčije terapijske implikacije.

1.6.NEUROFIZIOLOŠKE I PSIHOLOŠKE OSNOVE PSIHIČKOG SLOMA

1.6.1.Neurofiziološke osnove akutne reakcije na borbeni stres

Borba je neosporno situacija koja izaziva jaki stresni odgovor u svakoj osobi. Na neurofiziološkom planu takav stresor izaziva niz obrambenih odgovora, mobilizirajući organizam za slučaj borbe, bijega ili eventualnog oštećenja.(69,70) Radi se o osnovnoj obrambenoj reakciji čije obrasce možemo prepoznati u svih životinja.

U tijeku stresa aktiviraju se različite regije mozga i različiti neurotransmitterski sustavi.(71-73) Neke karike aktiviranja cijelog sistema još su nerazjašnjene, no znamo da je noradrenergična aktivnost odgovorna za pripremu na akciju, orijentiranje na nove stimulse, selektivnost pažnje, strah i opću autonomnu

pobuđenost. Ovaj sistem odgovoran je i za kardiovaskularni odgovor kada se nađemo u opasnoj situaciji. Stres značajno pojačava rad i centralnog i perifernog noradrenergičkog sistema.(6,72-75) Uočeno je regionalno povećanje oslobađanja adrenalina u locusu ceruleusu (LC), amigdalama, hipokampusu i hipotalamusu, ali i cerebralnom korektsu(76,77) Noradrenalin ima važnu ulogu i u procesima zapamćivanja i sjećanja i time omogućuje prepoznavanje opasnosti i pripremu na odgovor. On je i neurotransmiter koji je najodgovorniji za prenošenje informacije o potrebi pripreme na opasnost za cijeli mozak. Sistem pobuđivanja zapravo se sastoji od dvije grupe noradrenalinskih vlakana koji prolaze kroz LC. Oba snopa imaju zadatak pojačavanja spremnosti hipotalamičkog mehanizma kontrole obrambenih reakcija, tako da se ova reakcija može uspostaviti čim zatreba. Dorzalni noradrenergični snop veže LC sa septohipokampalnim sistemom koji sudjeluje u procjeni stimulusa. Endogeni opijati djeluju upravo modificirajući snagu impulsa iz LC. Septohipokampalni dio zadužen je za procjenu važnosti impulsa, ali i za inhibiciju ponašanja koje nije nužno. S druge strane LC može aktivirati diencefaličke i hipotalamičke strukture odgovorne za hitni odgovor. Dakle, sve su te regije odgovorne za zamjećivanje opasnosti, procjenu i usporedbu s ranijim iskustvima i stvaranje strategije za obranu organizma. Za to vrijeme povećava se i oslobađanje adrenokortikotropnog hormona (ACTH) i kortizola što stimulira metaboličke procese koji su neophodni za fizičku aktivnost i eventualnu reparaciju oštećenja tkiva. S druge strane glukokortikoidi održavaju negativnu povratnu spregu na hipotalamo-pituitarno-adrenalnoj osovini održavajući razine hormona unutar netoksičnih vrijednosti.(78-81) Konačno, opijatni sistem omogućuje donekle bolju efikasnost kroz smanjenje praga za bol, a osigurava vremensko razdoblje koje će u slučaju ranjavanja pomoći u sklanjanju od opasne situacije.

Još nije potpuno jasna uloga serotoninergičke aktivnosti, ali se smatra da serotonin igra važnu ulogu u kontroli impulsa i adaptaciji na stres. Utvđene su, naime, niske vrijednosti 5-HIAA (5-hidroksiindol octena kiselina) u likvoru osoba koje pokazuju destruktivno i agresivno ponašanje (27,35). Serotoninu se daje sve veća važnost i u procesima učenja, a djelovanjem na hipokampalne strukture može biti posrednik bilo za adaptacijske procese ili za razvoj simptoma izbjegavanja. Serotoninergični putevi važni su u kontroli ponašanja vezanog za kaznu. Naime, upravo ti putevi odaslati će poruku radi li se o kazni ili nagradi.

Neurotransmitterski sistemi u međusobno su tijesnoj vezi i funkcioniraju po principu povratne sprege. Tako na primjer CRF (kortikotropin oslobađajući faktor) i noradrenergični sistem utječu jedan na drugog pojačavajući aktivnost u tijeku akutnog stresa. Pokazalo se da se noradrenergička aktivnost pojačava u više moždanih područja nakon davanja CRF u stresnoj situaciji. Ovo pak značajno utječe na povećavanje koncentracije CRF-a u LC.(29,77) U svakom slučaju centralni dio mozga koji modelira odgovor na stres kakav viđamo u akutnoj reakciji na borbeni stres, najvjerojatnije je limbički sistem, posebno LC i hipokampus. Cijeli ovaj složeni sklop reakcija ima svakako zaštitnu ulogu.(5)

Koja je njihova uloga u ispoljavanju simptoma akutne reakcije na stres možemo pretpostaviti. Za izražene simptome pobuđenosti odgovoran je adrenergički sistem. Psihičko umrtvljenje većim je dijelom uzrokovano opijatnom aktivnošću. Za javljanje depresivih simptoma, agresivnog ponašanja i osjećaja krivnje veliku odgovornost snosi serotoninergički sustav. Ako je za kontrolu adekvatnog tijeka reakcije na stres odgovoran LC i hipokampalna regija, onda će oni imati presudnu ulogu i u "neadekvatnom" odgovoru na stres. Problemi nastaju i kada pojačani stupanj aktivnosti zbog stresa traje dulje vrijeme ili se kronificira, bilo na način stalne

pobuđenosti ili iscrpljenja.(82) Tada i bihevioralni i psihološki korelati ovih zbivanja poprimaju druge specifične kliničke slike. No, u stanju akutnog stresa, sve se to još ne događa.

Brojne studije i neurofiziološka istraživanja bavile su se kroničnim posttraumatskim stanjima, prije svega PTSP-om.

Akutne reakcije kod ljudi traju relativno kratko, do sada i nisu previše proučavane i zbog toga nam neurofiziološka saznanja daju samo bazično razumjevanje procesa koji se u organizmu događaju. Konačno, pretpostavljeni brzi oporavak govori da u principu i nije došlo do trajnijih smetnji.

1.6.2.Susret sa smrću-psihološke osnove akutne reakcije na borbeni stres

Smatra se da u razvoju reakcije na stres, bilo normalne ili patološke, ulogu ima karakter samog stresora, osobni resursi koji stoje na raspolaganju i nivo podrške koju osoba ima.(83-91)

Borbeni stres nesumljivo je traumatska situacija u kojoj su životi učesnika u svakom trenutku ugroženi na mnogo načina. Zapravo teško je pojmiti da većina učesnika uspeva iznaći način da sve to prevlada bez većih teškoća. Naime, svi osjećaju strah, ponekad imaju neke od simptoma koji su opisivani, ali ipak većina ostaje na bojišnici relativno efikasna.

Početak prošlog stoljeća, Freud je smatrao da čovjek preuzimanjem uloge vojnika preuzima i "militantni superego" koji širi granice dopuštenog u odnosu na "mirnodopski superego".(26,92) Traumatska situacija borbe uspostavlja konfliktnu situaciju za pojedinca: povesti se za osjećajem dužnosti ili za porivom za preživljavanjem. "Militantni superego"trebao bi pomoći pojedincu da savlada strah i ne podlegne prirodnom porivu da, prije svega, spasi vlastiti život. Ako iz bilo kojeg

razloga to nije slučaj, unutarnji konflikt se pojačava i slabi ionako opterećene resurse za obranu od anksioznosti i straha ali i vlastite agresivnosti.

U resurse za nošenje s nelagodnim emocijama koje stresna situacija donosi spadaju obrane i strategije za suočavanje. Dok su obrane nesvjesni, strategije za suočavanje su svjesni mehanizmi koji nam pomažu da izađemo na kraj s tjeskobom i strahom, a time i sa stresnom situacijom. Što je set obrambenih mehanizama koje koristimo manje primitivan to će rezultat biti kvalitetniji. (93-95) Što se tiče strategija suočavanja smatra se da sve strategije koje su aktivne i na problem orijentirane, za razliku od izbjegavajućih, daju bolje rezultate u nošenju sa stresom. Prije svega smanjujući osjećaj bespomoćnosti. Tako bi o obrambenih mehanizmima i izboru strategija suočavanja ovisilo da li će osoba uspješno prevladati stresnu pa i traumatsku situaciju ili će razviti akutne ili kronične poremećaje.

Većina vojnika na ratište ide s više manje sačuvanim tkz. bazičnim pretpostavkama, iluzijama koje usvojimo, premda znamo da su nerealne, ali koje olakšavaju bivstvovanje u svijetu. To su iluzija sigurnosti i besmrtnosti, smislenosti onog što nam se događa i osjećaj da uvijek postoji netko tko nam može pomoći. (96,97)

Vojnici odlaze u borbu oboružani, osim opremom, i bazičnim osjećajem sigurnosti. Njihov, vojnički, osjećaj sigurnosti zapravo ima tri komponente koje možemo prepoznati u svim opisima vojnih jedinica i koji se zapravo stalno generacijski pothranjuju kroz herojske priče: mit o neranjivosti, deluziju o onipotentnom vođi koji će magičnim putem osigurati preživljavanje i iluziji o pripadnosti moćnoj grupi koja ih nikada neće iznevjeriti. Ovo troje možemo nazvati "vojničkim bazičnim pretpostavkama". Njihovo održavanje je silno važno, a elemente toga svakodnevno sam slušala iz usta vojnika radeći godinama sa njima." Najvažnije je izvući ranjene,

pod svaku cijenu" rečenica je kojom se jača grupni osjećaj sigurnosti i nije čudo što se to njeguje do nivoa vrhunskog principa.(1,4) No, jednako tako je silno bolno kada se te pretpostavke pokažu netočnima. Borba je situacija u kojoj u svakom slučaju postoji nebrojeno prilika da se ove pretpostavke razbiju. Vidjeti smrt suborca, ili biti u neposrednoj životnoj opasnosti, drastično razbije iluziju neranjivosti i vlastite moći. Sve se najčešće događa bez nekog određenog reda i smisla. Pomoći ponekad uistinu "može samo Bog". Snažni, moćni vođa obično i nije prisutan, a jedinica se može za tren preobraziti u skupinu prestaršenih ljudi koji nastoje spasiti sebe, ne stižući misliti o drugome.

Efekti mogu biti dramatični za čovjeka suočenog sa smrću, vlastitom ranjivošću i samoćom. Ovo suočavanje može se odvijati postupno, onako kako borbene situacije, jedna za drugom ,polako razbijaju iluzije ili se to može dogoditi naglo. Svakako tome mogu pridonjeti faktori okoline, kao dezorganizacija, slaba opremljenost, očigledne greške zapovjednika i sl.

1.7. ZAVRŠAVA LI RAT UISTINU ONDA KADA UTIHNJE ORUŽJE? POSLJEDICE AKUTNE REAKCIJE NA BORBENI STRES

Koliko god bila impresivna slika akutne reakcije na borbeni stres , vrlo je malo istraživanja o njenim eventualnim posljedicama.Kao što stoljećima nije bilo prave volje da se o reakciji na borbeni stres uopće govori, tako nije bilo interesa da se možda utvrdi da postoje i njene duževremene posljedice. Gotovo bi mogli reći da je u igri bilo "magično mišljenje": ako o tome ne govorimo i ne damo mu ime, to i ne postoji, i o tome se ne treba posebno voditi računa.(26,37)

Većina literature koja se bavi psihološkim posljedicama rata ne dovodi ih u vezu s eventualnom ratnom psihopatologijom. Do sada se najviše istraživanja bavilo vijetnamskim ratom.(1) No i te studije nisu konzistentne u stavu o posljedicama rata

na psihu čovjeka. Možemo razlikovati dvije grupe stavova. Jedni smatraju da se neke posljedice, istina, javljaju, ali su površne, nestalne, rijetko bitno oštećuju funkcionalnost i s vremenom blijede. Trajnije posljedice ostaju tek kod malog broja ljudi. Figley ovaj teorijski koncept naziva "hipotezom o stresu koji se gubi". "Hipoteze o rezidualnom stresu", pak dokazuju da su posljedice sudjelovanja u borbama česte, duboke i dugotrajne. U posebno teškim slučajevima one ostavljaju teške emocionalne i funkcionalne posljedice.

Postoje znanstvene potpore za oba ova stava.(4,8,98-102)

No, prije definiranja dijagnostičkih kriterija, studije koje su se provodile, ionako malobrojne, vrlo se često nisu mogle uspoređivati, bilo zbog vrlo specifične populacije koju su ispitivale, bilo zbog neujednačenosti traumatskih iskustava ili neujednačenih kliničkih slika.

Tako je praćeno 35 švedskih pripadnika mirovnih snaga u Africi koji su razvili akutnu reakciju nakon borbe. Nije utvrđeno da su imali značajnije više psihičkih tegoba od kontrolne skupine. No, radilo se o visoko profesionalnoj jedinici.(4)

S druge strane Solomon i suradnici ispitivali su dugotrajne posljedice akutne reakcije na stres u borbi jednu, dvije i tri godine nakon rata. Pokazalo se da je nakon godinu dana po završetku rata od ispitanika koji su imali akutnu reakciju tijekom borbi 59% njih razvilo PTSP, za razliku od 16% onih koji nisu imali akutnih reakcija. Nakon dvije godine taj omjer je iznosio 56:19%. Nakon tri godine 43% od onih koji su imali akutnu reakciju na borbeni stres i 10% iz grupe bez akutnih smetnji imali su PTSP.

Mogli bi reći da je ovo istraživanje potvrdilo obje hipoteze o posljedicama akutne reakcije na borbu. Naime, oko polovica ispitanika postupno se oporavila i akutna reakcija ,nakon što se povukla, nije ostavila posljedica. Kod druge polovice

posljedice su bile znatne i nisu se bitno smanjivale s vremenom, barem u tijeku promatranih razdoblja.(103-107) Prema rezultatima ove studije mogli bi zaključiti da je PTSP glavna posljedica akutne reakcije na borbeni stres.(12,108-113)

Od 1994. naovamo u više studija istraživane su dugotrajne posljedice akutne reakcije na stres, ali u mirnodopskim uvjetima. Pažnja je uvijek usmjerena na PTSP kao moguću kroničnu poslijedicu akutne reakcije.

Pokazalo se da se kod žrtava oružanih napada koje su imale akutnu reakciju na stres, u 83% slučajeva razvio PTSP. Od 32% osoba u uzorku žrtava saobraćajnih nesreća koje su nakon godinu dana imale PTSP, većinu se moglo predvidjeti prema prisustvu simptoma akutne reakcije tijekom prvog tjedna. U grupi ispitanika koji su pretrpjeli lagano oštećenje mozga, njih 14% razvilo je akutnu reakciju na stres. Čak 82% od tih imalo je PTSP nakon 6 mjeseci.(114) Da je akutni stresni poremećaj dobar pretkazatelj da će osoba razviti PTSP govori i studija koja je ispitala neposredne efekte pucnjave u kojoj je stradalo 14 službenika u jednoj banci na svjedoke zbivanja.(115-117)

Prema ovim istraživanjima mogli bi zaključiti da je akutna stresna reakcija dobar prediktor da će osoba razviti PTSP. No, ova istraživanja provedena su na malom uzorku, civilnoj traumi i prateći ispitanike relativno kratko vrijeme.

1.8. KAKO SPRIJEČITI I KAKO LIJEČITI PREVENCIJA I TERAPIJSKI PRINCIPI KOD AKUTNIH REAKCIJA NA BORBENI STRES

Brojne su vojske nastojale prevenirati javljanje akutne reakcije na borbeni stres. Uvijek se smatralo da je motivacija važan zaštitni faktor, ali jednako tako i da su akutnoj reakciji podložniji oni koji već imaju neke psihičke smetnje. Tako su s vremenom vojske nastojale, kada god su to mogle, napraviti selekciju onih koje

primaju u svoje redove.(2) Takva se selekcija počela provoditi u američkoj vojsci tijekom II. svjetskog rata, a selekcija je bila još stroža za rata u Vietnamu. Međutim rezultati su izostali. Čak ,što više, što su postupci selekcija bivali stroži, psihičke posljedice su bivale brojnije.(1,3) Daljnji je pokušaj bio uvježbavanje jedinica, ali i to je dalo tek ograničene rezultate.(2) Neki smatraju da je presudan faktor ratna tehnologija čiji razvoj normalni prosječni ljudski psihološki kapaciteti nisu u stanju izdržati.

Zapravo ne postoje nikakvi sigurni pokazatelji koji bi tijekom selekcije mogli ukazati sa sigurnošću kako će se pojedinac nositi s borbenim stresom kad se jednom nađe u toj situaciji.(1,117-120)

Prvi opisani pokušaji liječenja akutnih reakcija datiraju iz 1903. godine tijekom rusko- pruskog rata. Već se tada utvrdilo da su intervencije uspješnije što je pomoć pružena brže i bliže ratištu. I. svjetski rat, pa još uvijek i tijekom II. svjetskog rata utjecaj psihoanalitičke teorije imao je za posljedicu da su se vojnici s akutnom reakcijom nerijetko povlačili s ratišta i uključivali u dugotrajne psihoterapijske postupke. No, veliki broj britanskih veterana s psihičkim smetnjama nakon ratovanja na europskom kopnu, motivirao je grupu psihoanalitičara na čelu s Siegmundom Foulkesom da s njima započnu raditi u grupama. To je bio i osnov terapije koji se provodio u bolnici Northfield. Kako su iskustva tog rada bila pozitivna, ova se metoda počela razvijati kao zasebna psihoterapijska tehnika, grupna analiza.(121)

Nakon II. svjetskog rata postupno se formuliraju osnove danas važeće ratne doktrine liječenja akutne reakcije na borbeni stres. Ona je svoj končani oblik i evaluaciju dobila kroz izraelsko- arapske ratove. Radi se o tri principa prema kojima bi se trebala organizirati skrb za takva stanja. Ona mora biti pružena što ranije po

nastanku poremećaja, što je moguće bliže mjestu nastanka, i sa stalno prisutnim očekivanjima za brzi oporavak i povratak u jedinicu.(1,3,9,122)

Terapijska tehnika koja se pokazala efikasnomu akutnim stanjima, počela se primjenjivati tijekom II. svjetskog rata. Inaugurirao ju je Marshall koji je kao povjesničar radio u britanskoj vojsci.(123) Da bi zabilježio sve relevantne podatke o nekoj akciji on je satima s vojnicima rekonstruirao pojedinu akciju. Pokazalo se da je takav detaljan razgovor o proživljenom, s naglaskom na događaj ali i emocije koje je svaki pojedinac proživio, imao blagotvoran utjecaj. Ovakva intervencija nazvana je debriefing.(124) Ona nije terapijska tehnika u pravom smislu riječi ali većina autora se slaže da su dvije komponente debriefinga važne za njegov pozitivni učinak: "rastjerivanje magle" rekonstrukcijom događaja i omogućavanje i poticanje abreakcije. Prvo će u stvari prevenirati održanje disocijacija, a drugo će spriječiti umrtvljenje i izbjegavanje kao strategiju suočavanja.(125-130)

Mi smo od početka nastojali terapijske intervencije uskladiti s ratnom doktrinom. To znači da smo nastojali pružiti psihološku pomoć vojnicima s akutnom reakcijom što smo brže mogli. Rijeka je bila relativno blizu ratišta, praktički sat i pol vožnje, tako da je donekle zadovoljen princip blizine. Akutna je reakcija shvaćena kao stanje koje ne dovodi do trajne disfunkcionalnosti. Od terapijskih tehnika koristili smo savjetovanje, debriefing i suport. Brzo smo uočili dobrobiti debriefinga. Naša grupnoanalitička edukacija i veliki broj pacijenata motivirali su nas da organiziramo grupni debriefing za vojnike s takvim poremećajima. Grupe su bile poluzatvorenog tipa i odvijale su se u pet do deset svakodnevnih seansi uzastopce. Radilo se u malim grupama do 15 članova. Kako najčešće to nisu bili vojnici koji su proživjeli istu traumatsku situaciju, rijetko bi svatko dobio mogućnost debriefirati svoju traumu. No, dio članova bi uspio, a svatko bi donekle imao priliku za ventilaciju. Tako je

pojedinačni debriefing služio kao model daljnje samostalne prorađe . Grupa u cjelini pružala je sigurno okruženje za eksploraciju vlastitog iskustva.

2.RADNA HIPOTEZA

Prema našim iskustvima i podacima iz literature možemo pretpostaviti da su bazična emocionalna stanja i tjelesne tegobe dobri pretkazatelji razvoja akutne reakcije na borbeni stres i da se utvrđivanjem nivoa bazičnih emocija straha i radosti te tjelesnih tegoba može prepoznati osoba koja će se u uvjetima borbe vrlo vjerovatno psihički slomiti.

Nadalje, za očekivati je da su naša iskustva s akutnom reakcijom na borbeni stres slična iskustvima iz dosadašnjih ratova, tj. da će kliničke slike i dominantni simptomi biti podjednaki.

Pretpostavljamo da grupni debriefing kao terapijska tehnika brže kupira simptome akutne reakcije na psihotraumu, a time i brže vraća vojnika na bojišnicu.

Također je za očekivati da će osobe koje su imale akutnu reakciju na borbeni stres biti podložnije razvoju Posttraumatskog stresnog poremećaja.

2.1.CILJ RADA

Iz svojeg iskustva u radu s pacijentima sa akutnom reakcijom na borbeni stres željela sam utvrditi:

1. postojanje eventualnih pretkazatelja reakcije kod inače psihički zdravih osoba
2. tijek i kliničku sliku reakcije u uvjetima rata u Hrvatskoj i terapijske implikacije

3. postoje li psihičke posljedice akutne reakcije na borbeni stres nakon osam godina ovisno o korištenim "coping" mehanizmima, eventualnim kasnijim retraumatizacijama ili socijalnim frustracijama.

3. ISPITANICI, METODE I REZULTATI

Da bi utvrdila postavljene ciljeve u ovoj studiji pratila sam grupu vojnika u tri različita razdoblja i okolnosti, primjenjujući različite metode i koristeći pri tome različite instrumente.

U prvom dijelu ispitivala sam osnovna emocionalna stanja ,postojanje tjelesnih tegoba i somopozimanje u vojnika koji su imali akutnu reakciju na borbeni stres.Usporedna skupina bili su vojnici koji nisu imali uočljivih psihičkih teškoća. Ispitivanje se provodilo među vojnicima na bojišnici i u psihijatrijskim ambulatama u Rijeci, Otočcu i Gospiću.Ovaj dio studije provodio se tijekom studenog i prosinca 1991.godine.

U drugom dijelu studije analiziram dokumentaciju psihijatrijske ambulante u Rijeci koja je tijekom Domovinskog rata zapimala vojnike s ličkog ratišta.Obrađeni su podaci vojnika koji su se u razdoblju od studenog 1991.god. do lipnja 1992.god. javljali psihijatru zbog akutne reakcije na borbeni stres.

Treći dio studije proveden je tijekom 1999. i 2000. god.Pozvani su svi veterani koji su se tijekom 1991./92. godine javili radi akutnih psihičkih smetnji tijekom borvaka na ratištu.Kod onih koje sam uspjela kontaktirati , primjenom baterije samoprocjenskih testova i upitnika , željela sam utvrditi sadašnje psihičko stanje,moguće psihičke smetnje kao i čimbenike koji utječu na njihovo javljanje.

S obzirom na opsežnost svakog od tih ispitivanja i raznolikost metode i rezultata, radi preglednosti i razumljivosti poglavlje o ispitanicima , metodi i rezultatima podijelila sam u tri dijela :

- utvrđivanje mogućih pretskazatelja akutne reakcije na borbeni stres;
- tijek reakcije na borbeni stres;
- prognoza akutne reakcije na borbeni stres.

3.1.UTVRĐIVANJE MOGUĆIH PREDSKAZATELJA RAZVOJA AKUTNE REAKCIJE NA BORBENI STRES

3.1.1.Ispitanici

Testiran je **541** ispitanik muškog spola u dobi od 18 do 40 godina, podjednagog obrazovnog statusa, uglavnom srednje stručne spreme. Svi su bili pripadnici HV i to brigada koje su imale u svom sastavu dragovoljce i mobilizirane vojnike. Ove brigade borile su se na ličkom dijelu ratišta.

Ispitanici podjeljeni u dvije skupine obzirom na varijablu koju sam ispitivala.

Prvu skupinu predstavljalo je **285** ispitanika koji su se tijekom XI i XII mjeseca 1991.godine, te I do IV mjeseca 1992.godine javili psihijatru i kod kojih je dijagnosticirana akutna reakcija na borbeni stres.

Drugu skupinu predstavljao je **261** ispitanik, pripadnik istih postrojbi koji su imali borbeno iskustvo na istom području kao i prethodna skupina ali nisu imali nikakvih psihičkih smetnji, niti su se javljali sanitetskom liječniku ili psihijatru.

3.1.2.Instrumeti

U okviru projekta primjenjen je upitnik Odjela za psihologiju i psihijatriju Glavnog stožera saniteta RH, podružnice Rijeka, strukturiran 1991.godine koji je sadržavao, osim dijela vezanog za demografske podatke, Skale za procjenu tjelesnih tegoba (u daljnjem tekstu Skala TG), Skale emocionalnih stanja (u daljnjem tekstu Skala ES), Skalu samopoimanja, Skalu stavova prema ratu.

Za ovu studiju korišteni su neki demografski podaci, Skale TG, Skale ES i skala samopoimanja.

Od *demografskih podataka* korišten je podatak o načinu pristupa hrvatskoj vojsci tj. da li su ispitanici dragovoljno pristupili jedinicama ili su bili mobilizirani i da li su imali borbeno iskustvo.

Skala Tjelesnih tegoba

Skala tjelesnih tegoba konstruirana je za potrebe ovog istraživanja 1991.godine , a sastoji se od 20 čestica koje opisuju tjelesne smetnje, ekvivalente tjeskobe. Rezultat se određuje zbrajanjem procjena na česticama uz korištenje skala Likertovog tipa od 5 stupnjeva (od 0 do 4). Minimalni mogući rezultat je 0, a maksimalni 80.

Skala je pokazala visoku pouzdanost (Alpha =0,97)

Skala je primjenjena za vremensko razdoblje "u posljednje vrijeme" i "u tijeku borbene akcije".

Skala emocionalnih stanja

Skala emocionalnih stanja je konstruirana sa svrhom ispitivanja četiri osnovna emocionalna stanja s jednostavnom faktorskom analizom, radosti, tuge, straha i ljutnje s po deset čestica koje čine pojedinu skalu navedenih osnovnih emocionalnih stanja. Rezultat se određuje zbrajanjem procjena uz korištenje skala Likertovog tipa od 5 stupnjeva (od 0 do 4) Minimalni mogući rezultat je 0, a maksimalni 160.

I ova skala primjenjena je za dva vremenska razdoblja, za razdoblje "prije ovog rata" i "u posljednje vrijeme".

Pouzdanost ljestvice "prije ovog rata" iznosi $\text{Alpha} = 0,95$, a ljestvice "u posljednje vrijeme" (zadnjih desetak dana) je također visoka i iznosi $\text{Alpha} = 0,94$.

Skala samoprocjene

Ova se skala sastoji od 38 parova međusobno suprotnih pojmova koji označavaju osobne značajke (dobar/loš; lijep/ružan i sl.). Procjenjuje se na ljestvici od 7 čestica u simetričnom rasporedu s mogućnošću gradacije od 1 do 3 u oba smjera i 0 kao središnjom česticom.

Kao i prethodne dvije skale i ovu je konstruirao prof.dr.sc. Bezinović.(6)

3.1.3.Postupak

Vrijeme

Ispitivanje je provedeno tijekom studenog i prosinca 1991. te od siječnja do ožujka 1992. Ono je dio opširnijeg ispitivanja koje je provedeno sa ukupno 899 ispitanika s različitim stupnjem borbenog angažmana u okviru znanstvenog projekta Psihičke reakcije na borbu.

Mjesto

Prva skupina je testove ispunjavala kod psihijatra, u njegovoj ambulanti, nakon što je intervjuom dijagnosticirana akutna reakcija na borbeni stres. Psihijatrijske ambulante nalazile su se na tri lokacije: u Rijeci, Gospiću i Otočcu.

Druga skupina je testove ispunjavala na mjestima boravka postrojbe tj. raznim lokacijama u i oko Gospića i Otočca.

Obrada

Za obradu podataka korišteni su DBASE i SPSS kompjuterski programi.

Za sve korištene skale izračunati su pokazatelji koji govore o metrijskim karakteristikama primjenjenih mjernih instrumenata. Pouzdanost mjernih instrumenata određena je na osnovi Cronbachovog Alpha koeficijenta interne konzistencije.

Razlike među grupama i interakcijski efekt pojedinih nezavisnih varijabli na zavisne varijable, ispitan je pomoću dvosmjerne analize varijance s ponavljanim mjerenjima. U tim analizama ispitan su međusobni efekti dijagnoze akutne reakcije na borbeni stres i emocija u prošlosti, prije rata i u posljednje vrijeme, tjelesnih tegoba i samoprocjenskih čestica. Podatak o dragovoljstvu i mobilizaciji shvaćen je kao mjera motivacije. Za izračunavanje stupnja pretkazateljske valjanosti korištenih mjernih instrumenata primjenjena je regresijska i diskriminativna analiza.

3.1.4. Rezultati

Što utječe na dijagnozu

Da bi ispitali mogućnosti predikcije akutne reakcije na borbeni stres na osnovi poznavanja rezultata na pojedinim skalama najprije su izvršene tri multiple stupnjevite regresijske analize. U *prvu regresijsku analizu* kao prediktorske varijable uključene su **emocije** prije i nakon rata, obje **skale tjelesnih tegoba** ("neposredno u akciji" i "u posljednje vrijeme"), **motivacije** (mobilizirani/dragovoljci) i **borbeno iskustvo**, dok je kao kriterijska varijabla korištena dijagnoza akutne reakcije na borbeni stres. U Tablici 7 i Slici 1 prikazani su rezultati te analize.

Tablica 7.

Rezultati regresijske analize kada su kao nezavisne varijable uključene emocije prije i nakon rata, obje skale tjelesnih tegoba i borbeno iskustvo

Zavisna varijabla	Nezavisne varijable	Beta	R	R ²
DIJAGNOZA	STRAH U POSLJEDNJE VRIJEME	0,43***	0.70	0.49
	RADOST U POSLJEDNJE VRIJEME	-0.17***		
	TJELESNE TEGOBE U POSLJEDNJE VRIJEME	0.21***		
	STRAH PRIJE RATA	-0.08*		

*** p < 0.001

** p < 0.01

* p < 0.05

Dobiveni rezultati pokazuju da su od svih uključenih nezavisnih varijabli samo četiri varijable statistički značajni prediktori akutne reakcije na borbeni stres: **strah u posljednje vrijeme, radost u posljednje vrijeme, tjelesne tegobe u posljednje vrijeme i strah prije rata.**

Koeficijent multiple korelacije između ove četiri varijable i dijagnoze je visok (0.70) i statistički značajan (p < 0.001). Akutna reakcija na borbeni stres je vjerovatnija kod onih ispitanika koji istovremeno imaju visoki rezultat na skali straha u posljednje vrijeme, niski rezultat na skali radosti u posljednje vrijeme i niski rezultat na skali straha prije rata. Ostale varijable nisu statistički značajni prediktori akutne reakcije na borbeni stres.

U drugu regresijsku analizu kao prediktorske varijable uključene su **bipolarne skale samoprocjene, motivacija i borbeno iskustvo**, dok je kao kriterijska varijabla opet korištena **dijagnoza** (akutna reakcija na borbeni stres). Rezultati su prikazani na Tablici 8 i Slici 2.

Tablica 8.

Rezultati regresijske analize kada su kao nezavisne varijable uključene bipolarne skale samoprocjene, motivacija i borbena iskustva

Zavisna varijabla	Nezavisne varijable	Beta	R	R ²
DIJAGNOZA	EMOCIONALNA STABILNOST	-0.31***	0.53	0.29
	BORBENO ISKUSTVO	0.29***		
	MOTIVACIJA	-0.18***		
	EFIKASNOST	-0.14**		
	MORALNOST	0.19***		
	SOCIJABILNOST	-0.12**		

*** p < 0.001

** p < 0.01

* p < 0.05

Dobiveni rezultati pokazuju da su od uključenih nezavisnih varijabli statistički značajni prediktori akutne reakcije na borbeni stres **emocionalna stabilnost, borbena iskustva, motivacija, efikasnost, moralnost i socijalnost**. Koeficijent multiple korelacije između ovih šest varijabli i dijagnoze je visok (0.53) i statistički značajan ($p < 0.001$). Dijagnoza je vjerovatnija kod onih ispitanika koji istovremeno imaju niski rezultat na skali emocionalne stabilnosti, imaju borbena iskustva, nisku motivaciju (mobilizirani su), niski rezultat na skalama efikasnosti i socijalnosti, te visoki rezultat na skali moralnosti. Ostale varijable nisu statistički značajni prediktori dijagnoze.

U *treću regresijsku analizu* kao prediktore uključene su emocije prije i nakon rata, obje skale tjelesnih tegoba, motivacija, borbena iskustva i sve bipolarne skale samoprocjene, dok je kao kriterijska varijabla korištena dijagnoza. Rezultati te analize prikazani su u Tablici 9 i Slici 3.

Tablica 9.

Rezultati regresijske analize kada su kao nezavisne varijable uključene emocije prije i nakon rata, obje skale tjelesnih tegoba, bipolarne skale samoprocjene, motivacija i borbeno iskustvo

Zavisna varijabla	Nezavisne varijable	Beta	R	R ²
DIJAGNOZA	STRAH U POSLJEDNJE VRIJEME	0.43***	0.70	0.49
	RADOST U POSLJEDNJE VRIJEME	-0.17***		
	TJELESNE TEGOBE U POSLJEDNJE VRIJEME	0.21***		
	STRAH PRIJE RATA	-0.08*		

*** p < 0.001

** p < 0.01

* p < 0.05

Dobiveni rezultati identični su onima u Tablici 7 i pokazuju da su od svih uključenih nezavisnih varijabli samo četiri varijable statistički značajni prediktori javljanja akutne reakcije na borbeni stres: **strah u posljednje vrijeme, radost u posljednje vrijeme, tjelesne tegobe u posljednje vrijeme i strah prije rata**. Koeficijent multiple korelacije između ove četiri varijable i dijagnoze (akutne reakcije na borbeni stres) je visok (0.70) i statistički značajan ($p < 0.001$). Akutna reakcija na borbeni stres vjerovatnija je kod onih ispitanika koji istovremeno imaju visok rezultat na skali straha u posljednje vrijeme, niski rezultat na skali radosti u posljednje vrijeme, visoki rezultat na skali tjelesnih tegoba u posljednje vrijeme i niski rezultat na skali straha prije rata. Ostale varijable nisu statistički značajni prediktori akutne reakcije na borbeni stres, tako da uključivanjem bipolarnih skala samoprocjene ne povećavamo mogućnost predikcije akutne reakcije.

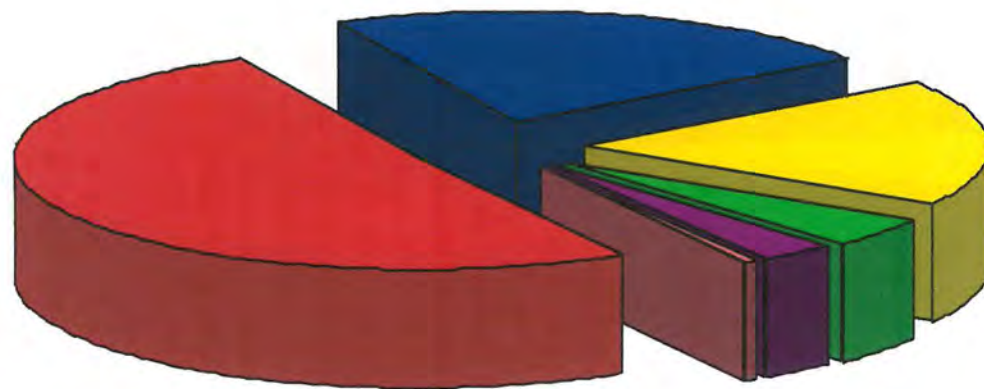
Na kraju napravljena je i *stupnjevita diskriminantna analiza* koja pokazuje mogućnost razlikovanja ispitanika s obzirom na to imaju li ili nemaju dijagnozu akutne reakcije na borbeni stres, a na osnovi poznavanja rezultata na slijedećim varijablama: emocije prije i nakon rata, obje skale

tjelesnih tegoba, motivacija, borbeno iskustvo i sve bipolarne skale samporocjene. Rezultati te analize pokazuju da se ispitanici s i bez akutne reakcije na borbeni stres značajno mogu razlikovati na osnovi poznavanja rezultata na slijedećim varijablama: **tjelesne tegobe u posljednje vrijeme i neposredno u akciji, radost u posljednje vrijeme, strah u posljednje vrijeme, ljutnja u posljednje vrijeme, ljutnja prije rata, emocionalna stabilnost, fizički izgled i moralnost**. Navedene varijable statistički značajno razlikuju ispitanike koji imaju i koji nemaju dijagnozu (koeficijent kanoničke korelacije je 0.71; $p < 0.001$). Poznavanje rezultata na ovim varijablama omogućava nam relativno visok stupanj točnog razlikovanja ispitanika, što je prikazano i Tablici 10 i Slici 4.

Tablica 10.

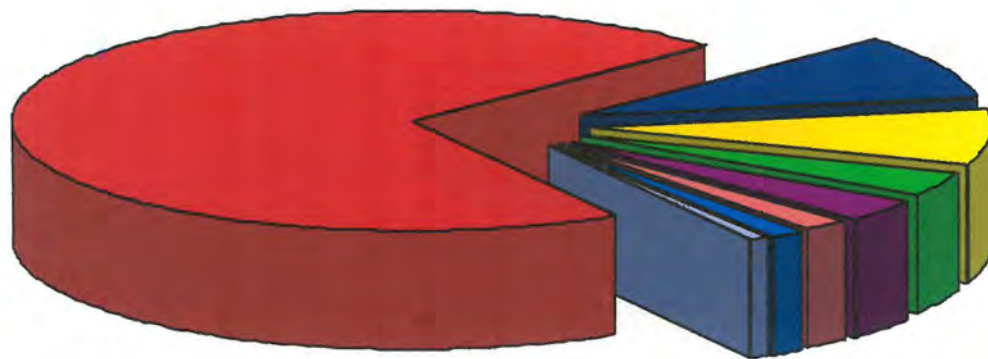
Točnost klasifikacije ispitanika s dijagnozom akutne reakcije na borbeni stres i bez dijagnoze

DIJAGNOZA	TOČNO KLASIFICIRANO	POGREŠNO KLASIFICIRANO
BEZ DIJAGNOZE (N=261)	223 54.4%	38 14.6%
S DIJAGNOZOM (N=285)	240 84.2%	45 15.8%
UKUPAN POSTOTAK TOČNIH KLASIFIKACIJA: 84.80%		



- neobjašnjena varijanca 51,04%
- zajednički doprinos 22,65%
- strah u posljednje vrijeme 18,33%
- tjelesne tegobe u posljednje vrijeme 4,36%
- radost posljednje vrijeme (-) 3,06%
- strah prije rata (-) 0,56%

Slika 1: DOPRINOS STATISTIČKI ZNAČAJNIH PREDIKTORA DIJAGNOZE KADA SU KAO PREDIKTORSKE VARIJABLE UKLJUČENE EMOCIJE PRIJE I NAKON RATA, SKALA TJELESNIH TEGOBA U NEPOSREDNOJ AKCIJI I POSLJEDNJE VRIJEME.



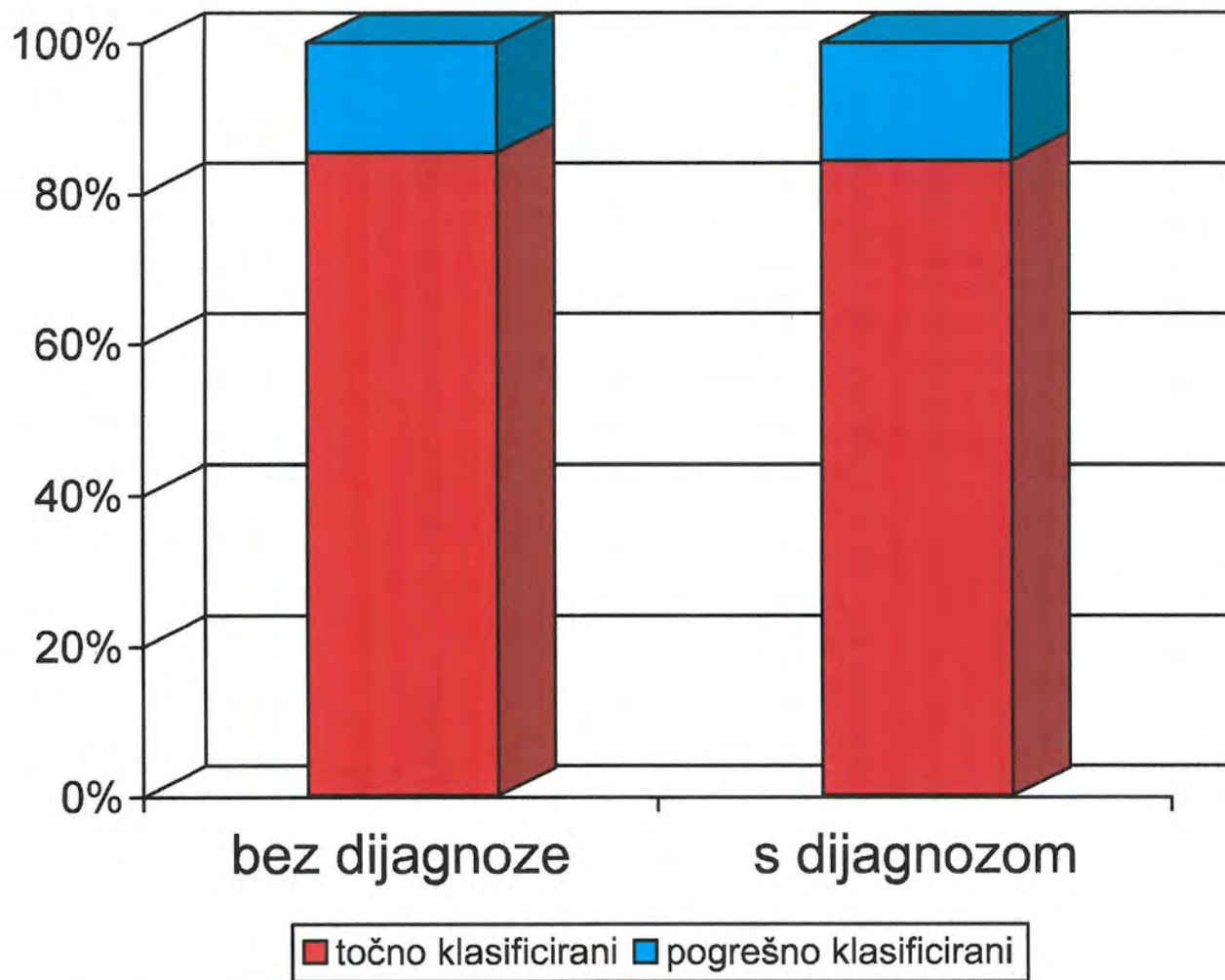
- neobjašnjena varijanca 71,38%
- emocionalna stabilnost (-) 9,38
- borbeno iskustvo 8,25%
- moralnost 3,57%
- motivacija (-) 3,24%
- efikasnost (-) 1,83%
- socijalnost (-) 1,48%
- zajednički doprinos 0,87%

Slika 2: DOPRINOS STATISTIČKI ZNAČAJNIH PREDIKTORA DIJAGNOZE KADA SU KAO PREDIKTORSKE VARIJABLE UKLJUČENE BIPOLARNE SKALE SAMOPROCJENE. MOTIVACIJA I BORBENO ISKUSTVO



- neobjašnjena varijanca 51,04%
- zajednički doprinos 22,65%
- strah u posljednje vrijeme 18,33%
- tjelesne tegobe u posljednje vrijeme 4,36%
- radost posljednje vrijeme (-) 3,06%
- strah prije rata (-) 0,56%

Slika 3: DOPRINOS STATISTIČKI ZNAČAJNIH PREDIKTORA DIJAGNOZE KADA SU KAO PREDIKTORSKE VARIJABLE UKLJUČENE EMOCIJE PRIJE I NAKON RATA, SKALA TJELESNIH TEGOBA U NEPOSREDNOJ AKCIJI I POSLJEDNJE VRIJEME, MOTIVACIJA I BORBENO USKUSTVO



Slika 4: TOČNOST RAZLIKOVANJA ISPITANIKA S DIJAGNOZOM I BEZ DIJAGNOZE

3.2. REAKCIJE NA BORBENI STRES

3.2.1. Materijal i metoda

U drugom dijelu studije željela sam utvrditi s kakvim psihičkim tegobama su nam se javljali vojnici dolazeći s obližnjeg ratišta 1991. i 1992., kakav je bio tijek ovih stanja, na koji način smo se nosili sa reakcijama na borbeni stres, za nas tada novim kliničkim slikama, i kakvi su terapijski zahvati korišteni.

U tu svrhu analizirala sam dokumentaciju psihijatrijske ambulate za vojnike koja je u VIII 1991. bila formirana u okviru polikliničke službe KBC Rijeka.

Dokumentaciju su predstavljali bolesnički kartoni koji se i uobičajeno koriste za evidenciju ambulantnih pacijenata. Na njima se bilježi datum dolaska i daljnjih pregleda, kraći opis kliničke slike, utvrđena dijagnoza, terapijski zahvat koji je preporučen ili obavljen i eventualno predložena obrada.

U obzir su uzeti kartoni pacijenata koji su se javili od **listopada 1991. do lipnja 1992.** s obzirom da je to bilo razdoblje najintenzivnijeg ratnog djelovanja na ličkom ratištu. Time je dobiveno 632 bolesnička kartona.

Od sveukupne dokumentacije iz tog razdoblja izdvojeni su kartoni prema slijedećim uključnim kriterijima:

- prvo javljanje psihijatru općenito**, što znači da ranije, prije rata, nisu imali nikakve psihičke tegobe koje bi zahtijevale savjet psihijatra
 - javljanje psihijatru prema uputi sanitetskog liječnika u postrojbi.
- Pacijenti su dakle **dolazili direktno s ratišta**, a razlog upućivanja bile

su psihičke smetnje koje su se javile po prvi puta tijekom njihovog boravka na bojišnici.

Uz te ključne kriterije, od sveukupne dokumentacije, izdvojeno je **350** kartona.

Analizirani su svi dostupni podaci zabilježeni na kartonima, a to su:

- dob
- postrojba kojoj su pripadali
- dužina boravka na ratištu
- postavljena dijagnoza nakon psihijatrijskog intervjua
- preporučeni terapijski zahvat (individualni suport ili upućivanje na grupnu terapiju)
- broj kontrolnih pregleda
- podaci o daljnjem liječenju

3.2.2.Obrada

Za sve navedene podatke izračunati su deskriptivni statistički parametri (aritmetička sredina, standardna devijacija ili njihovi analogni neparametrijski pokazatelji). Na osnovi deskriptivnih statističkih pokazatelja određivalo se da li će daljnja statistička obrada biti parametrijska ili neparametrijska.

Razlike među grupama i interakcijski efekt pojedinih nezavisnih varijabli na zavisne varijable, ispitani su pomoću t-testa ili pomoću analize varijance.

Za utvrđivanje povezanosti između korištenih mjera, primjenjen je Pearsonov koeficijent korelacije.

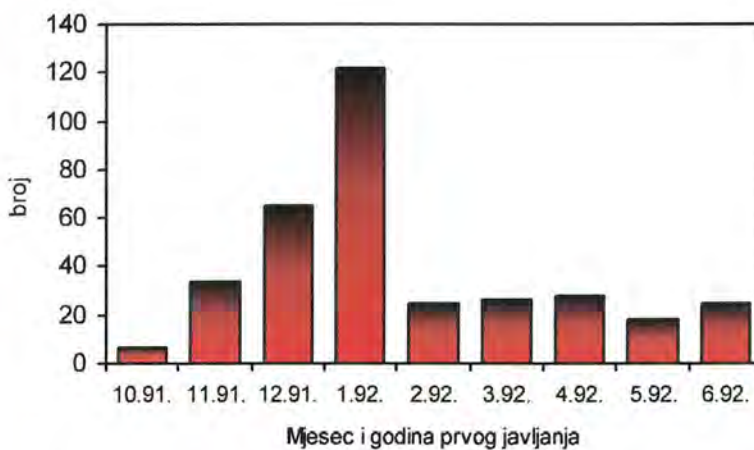
3.2.3.Rezultati

3.2.3.1.Prosječna starost

Vojnici koji su se javljali psihijatru u tom razdoblju imali su između 19 i 54 godine. Prosječna starost bila je **30,7 +/- 6,35 godina**.

3.2.3.2.Učestalost dolazaka

Uzevši u obzir navedene kriterije, najveći se broj vojnika prvi puta javio u psihijatrijsku ambulatu u studenom 91. (34 ili 9,7%), prosincu 91. (65



Slika 5. Učestalost dolazaka vojnika u psihijatrijsku ambulan

ili 18,6%) i siječnju 92. (122 ili 34,9%). Ostale mjesece broj dolazaka bio je relativno ujednačen. Frekvencija dolazaka prikazana je na Tablici 11 i Slici 5.

Tablica 11.

Učestalost dolazaka vojnika u psihijatrijsku ambulatu

	učestalost	postotak
10.91.	7	2,0
11.91.	34	9,7
12.91.	65	18,6
01.92.	122	34,9
02.92.	25	7,1
03.92.	26	7,4
04.92.	28	8,0
05.92.	18	5,1
06.92.	15	7,1
ukupno	350	100,0

3.2.3.3. Pripadnost brigadi

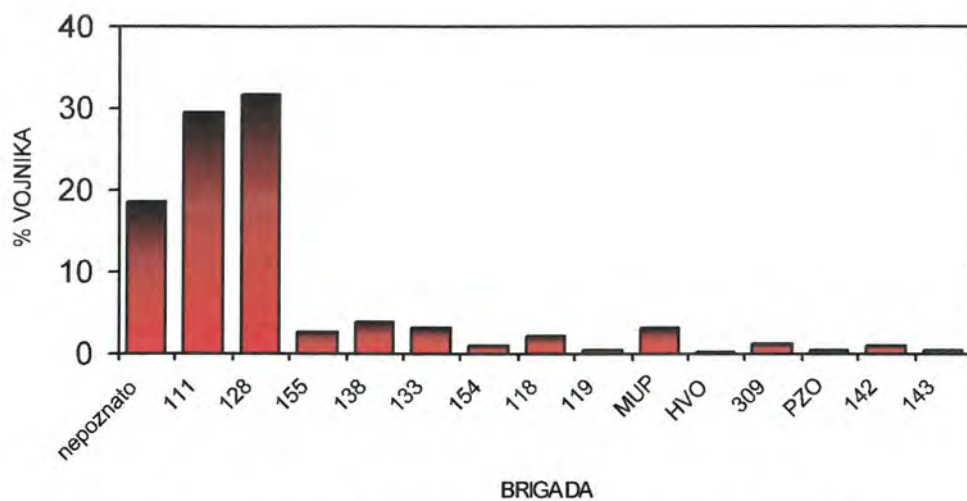
Najveći broj vojnika dolazio je iz 111. i 128. brigade (103/29,4% i 111/31,7 %), ali su vojnici dolazili iz svih postrojbi koje su se nalazile na ličkom ratištu.

Distribucija broja vojnika koji su se javljali psihijatru prema postrojbama prikazana je na Tablici 12 i slici 7.

Tablica 12. Broj vojnika koji su se javljali psihijatru prema postrojbama kojima su pripadali

BRIGADA	N	%
111	103	29,4
128	111	31,7
155	9	2,6
138	14	4,0
133	11	3,1
154	3	0,9
118	8	2,3
119	2	0,6
MUP	11	3,1
HVO	1	0,3
309	4	1,1
PZO	2	0,6
142	3	0,9
143	2	0,6
UKUPNO	285	81,4
NEPOZNATO	66	18,9
	350	100

Od navedenog broja 123 vojnika bili su **dragovoljci (35,1%)**, a 161 **mobilizirani (47,5%)**.



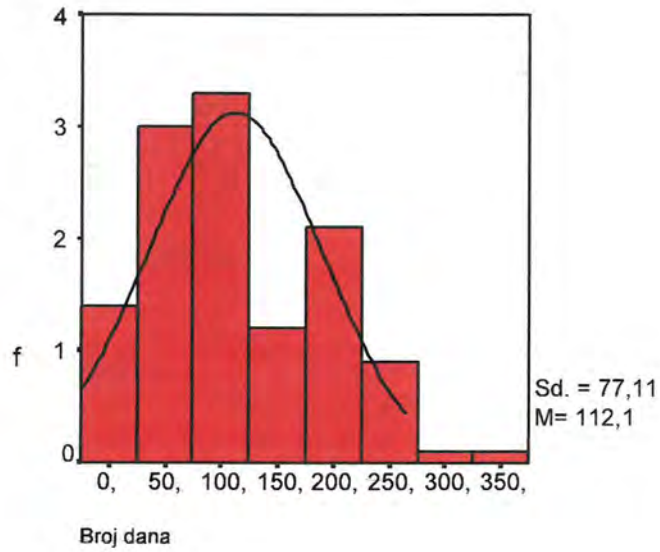
Slika 7. Broj vojnika koji su se javljali psihijatru prema postrojbama kojima su pripadali

3.2.3.4. Vrijeme provedeno na bojišnici

Prosječno vrijeme provedeno na bojišnici bilo je 112 dana (+/- 77)

Distribucija dužine vremena provedenih na ratištu prikazana je na Slici

6.



Slika 6. Vrijeme provedeno na bojišnici

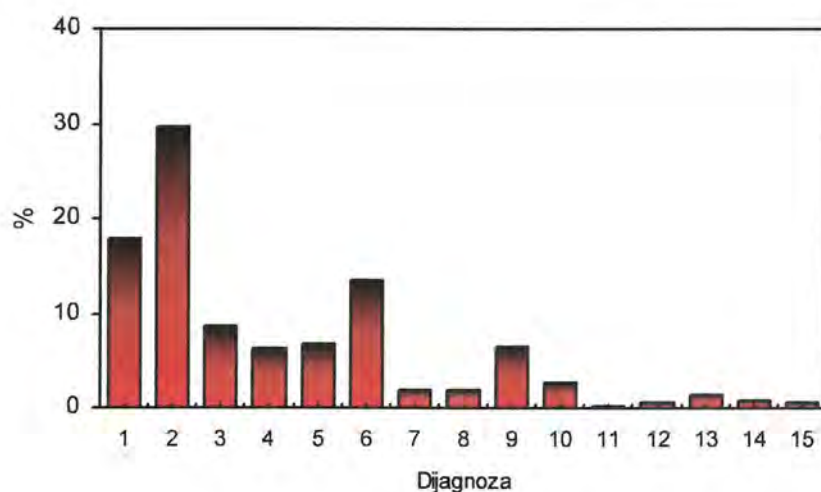
3.2.3.5. Dijagnoza

Dijagnoze koje su pacijenti dobivali bile su prema nomenklaturi vrlo šarolike i prikazane su u Tablici 13.

Tablica 13.

Broj pacijenata prema dijagnozama

Dijagnoza	N	%
1. Anksiozno reaktivno stanje	63	18,0
2. Sindrom psihičke iscrpljenosti	104	29,7
3. Ustrašna reakcija	30	8,6
4. Depresivna reakcija	22	6,4
5. PTSD	24	6,8
6. Anksiozno-depresivna slika stanja	47	13,4
7. Konverzivna slika	7	2,0
8. Panični poremećaj	7	2,0
9. Akutna stresna reakcija	23	6,5
10. Akutni PTSP	10	2,8
11. Psihopatija	1	0,3
12. Alkoholizam	2	0,6
13. Somatizacije	5	1,4
14. Psihotično stanje	3	0,9
15. Disocijativna kriza	2	0,6
Ukupno	350	100



Slika 8. Broj pacijenata prema dijagnozama

3.2.3.6. Terapijski zahvati

Terapijske zahvate koji su poduzimani možemo podijeliti na

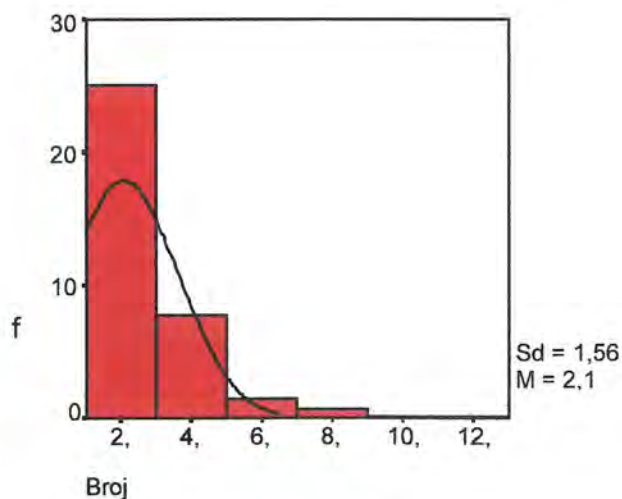
- jednokratni suport, savijet
- višekratni individualni suport
- grupna terapija/debrifing

Prosječno su se pacijenti javljali **2,06** puta psihijatru, pri čemu je najmanji broj razgovora sa psihijatrom bio 1 a najveći 11.

Učestalost javljanja psihijatru prikazana je na Tablici 14 i slici 9.

Tablica 14.
Broj posjeta psihijatru po pacijentu

BROJ POSJETA	UČESTALOST	POSTOTAK
1	186	53,1
2	64	18,3
3	48	13,7
4	29	8,3
5	7	2,0
6	7	2,0
7	5	1,4
8	2	0,6
9	1	0,3
11	1	0,3
UKUPNO	350	100,0

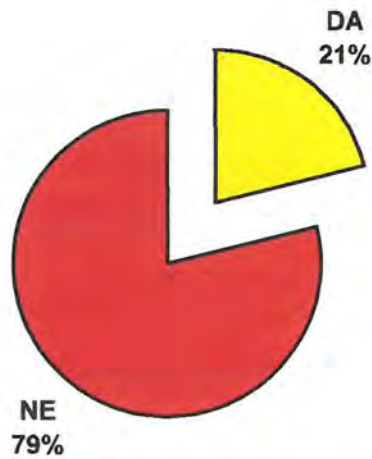


Slika 9. Broj posjeta psihijatru po pacijentu

Najveći broj pacijenata došao je psihijatru samo jednom, njih 186.

Jedan dio njih upućivan je na grupnu terapiju koja se odvijala tijekom pet uzastopnih seansi u maloj grupi poluotvorenog tipa. Seanse su trajale 1,5 sat, a odvijale su se svakodnevno.

U grupnu terapiju bilo je upućeno 74 (21,1%) pacijenta, dok je 276(78,9%) njih imalo jednu ili više individualnih suportivnih zahvata.

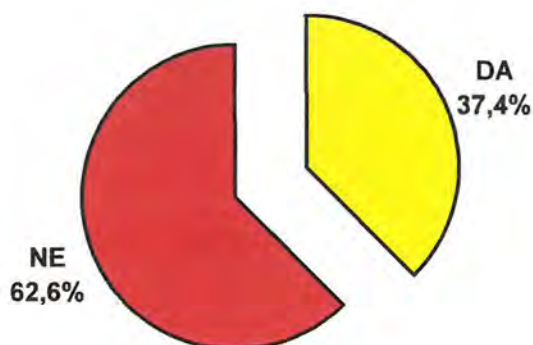


Slika 10. Broj pacijenta u grupnoj i individualnoj terapiji

Vrijeme liječenja

Za **131** pacijenta (**37,4 %**) liječenje je završilo tijekom 1991/92. godine.

219 pacijenata (**62,6%**) nastavilo je liječenje i nakon toga.



Slika 11. Da li je liječenje završilo 91/92

Kada je liječenje jednom završeno tijekom 1991., 92., ili 93. god., **245** vojnika (**70%**) više se nije javljalo psihijatru do današnjih dana. Do 2000. god. ponovno se psihijatru javilo njih **105 (30%)**. Od onih koji su se ponovno javili većina je to učinila jednom do dva puta i to zbog administrativnih razloga (na traženje komisija, kao prilog dokumentaciji i sl.)



Slika 12. Da li se je javio drugi put

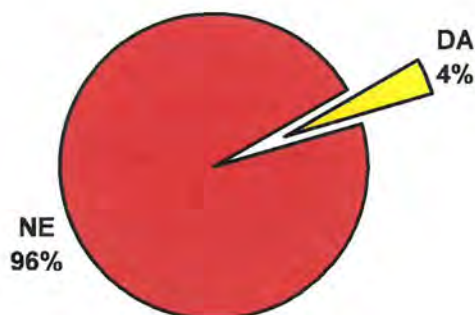
Daljnje liječenje

Od sveukupnog broja pacijenata koji su se javili psihijatru, na daljnje liječenje u neke od terapijskih programa u razdoblju od 1992. do 2000. upućeno je njih **25 (7%)**. **325 pacijenata (93%)** završilo je liječenje tijekom 91., 92. ili 93. godine.



Slika 13. Da li je upućen na liječenje

Od ukupnog broja pacijenata koji su se javili 91. i 92. god. Njih **14 (4%)** liječi se i danas u Centru za psihotraumu, dok njih **336 (96%)** više ne dolazi u našu ambulatu.



Slika 14. Da li se liječi i danas

Hi-kvadrat testom ispitan je odnos između dijagnoze i ishodnih varijabli. Prethodno su dijagnoze raspoređene u četiri kategorije. Naime, postojeće mnoštvo dijagnostičkih entiteta u bolesničkim kartonima bila je posljedica nepostojanja adekvatne dijagnostičke kategorije za akutne reakcije na stres u to vrijeme. Dijagnostička kategorija Akutne reakcije na stres uvedena je u klasifikacije tek 1994. Prema vrlo oskudnim opisima u bolesničkim kartonima, te prema dijagnozi kojom su psihijatri pokušali što točnije definirati kliničku sliku s kojom su se susretali, cijeli niz dijagnoza grupiran je prema danas važećim definicijama sindroma kako je prikazano u Tablici 15. Stanje koje se od početka unekoliko diferenciralo i razlikovalo od spektra akutnih reakcija na stres što su psihijatri vrlo brzo prepoznavali kao zasebnu sliku, bilo je sindrom psihičke iscrpljenosti, pa je i u ovoj raspodjeli ostavljen zasebno.

Tablica 15.
Grupiranje dijagnoza iz 91/92.

Akutna reakcija na stres	Anksiozno reaktivno stanje Ustrašna reakcija, Sindrom straha Depresivna reakcija Anksiozno depresivna slika stanja Konverzivna slika Panični poremećaj Tentamen suicidi Somatizacija Disocijativna kriza Akutna stresna reakcija
Sindrom psihičke iscrpljenosti	
PTSD	PTSP akutni PTSP
Ostalo	Alkoholizam Psihopatija Psihotično stanje

Tablica 16.

Broj pacijenata prema revidiranim dijagnozama

Dijagnoza	N	%
Akutna reakcija na stres	206	58,8
Sindrom psihičke iscrpljenosti	104	29,7
PTSP	34	9,7
Ostalo	6	1,8
Ukupno	350	100,0

Najprije je T-testom za nezavisne uzorke ispitana razlika u **duljini boravka na ratištu** između ispitanika s različitim dijagnozama.

Dobiveni rezultat pokazuje da su ispitanici sa *sindromom psihičke iscrpljenosti* statistički značajno duže boravili na ratištu (M=132, 99 dana) od ispitanika s preostalim dijagnozama (M=97, 55 dana) ($t=2.53$; $p<0,05$).

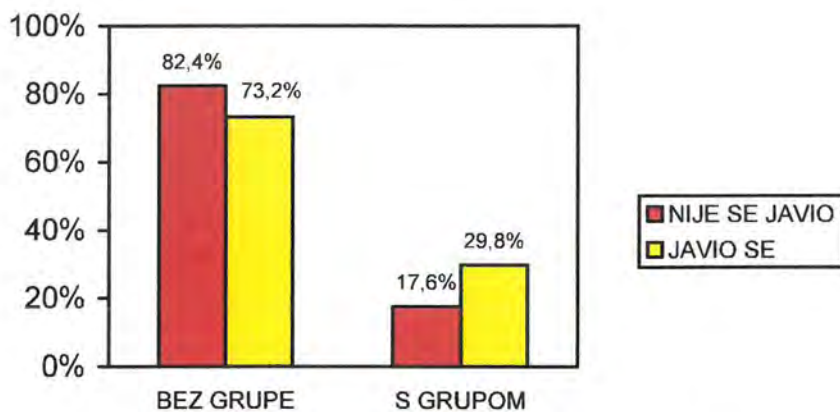
Daljnja analiza pokazuje da između **dijagnoza** nema statistički značajne razlike u tome je li *liječenje završeno* tijekom 91./92. ili nije.

Između dijagnoza nema statistički značajne razlike ni u tome jesu li se pacijenti *javljali ponovo* psihijatru u razdoblju od 1993. do 2000. god.

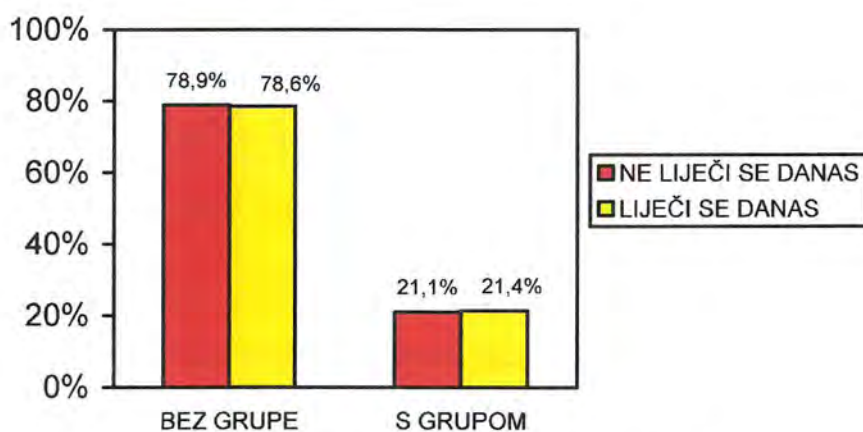
ni da li se pacijenti *liječe i danas*.

Dobiveni rezultati pokazuju da se ispitanici , koji su bili **uključeni u grupni rad**, značajno češće *javljaju ponovno* psihijatru u razdoblju nakon završetka liječenja (hi-kvadrat =5.62; ss=1; $p<0.05$) (Slika 15)

Međutim između ispitanika koji jesu ili nisu bili uključeni u grupni rad nema značajne razlike u broju ispitanika koji se i *danas liječe* (hi-kvadrat=0.01; ss=1; $p>0,05$) (Slika 16).

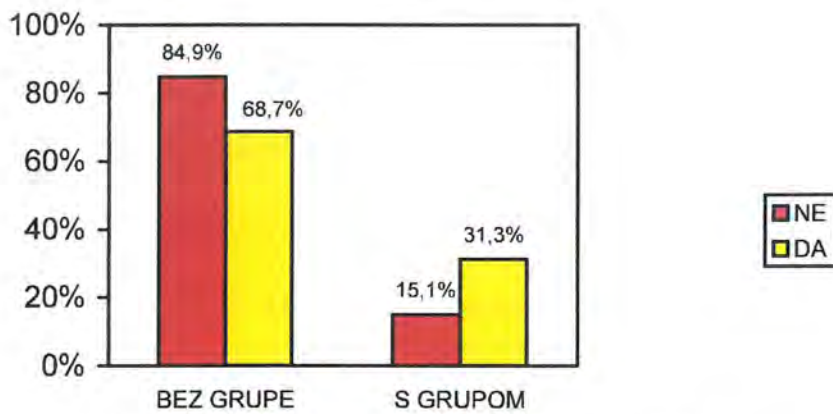


Slika 15. Grupa u odnosu na to da li se je javio prvi put



Slika 16. Grupa u odnosu na to da li se liječi i danas

Dobiveni rezultati pokazuju da ispitanici koji su bili u grupi statistički značajno češće završavaju terapiju tijekom 91./92.god. (hi-kvadrat=11.99; ss=1; $p < 0.001$) (Slika 17)



Slika 17. Grupa u odnosu na kraj terapije tijekom 91/92

Ispitan je i odnos između **duljine boravka na ratištu** u odnosu na iste ishodne varijable.

Između ispitanika kojima je *liječenje završilo 91./92.* i onih kojima liječenje nije tada završilo nema statistički značajne razlike u vremenu provedenom na ratištu. Nema statistički značajne razlike u vremenu provedenom na ratištu između ispitanika koji su se *ponovno javljali psihijatru* do 2000. god. i onih koji se više nisu javljali psihijatru. Isto je s onima koji se još uvijek *danās liječe* u odnosu na one koji se više ne liječe.

3.3. PROGNOZA AKUTNE REAKCIJE NA BORBENI STRES

3.3.1. Ispitanici i postupak

Treći dio ispitivanja odvijao se tijekom 1999. i 2000. godine.

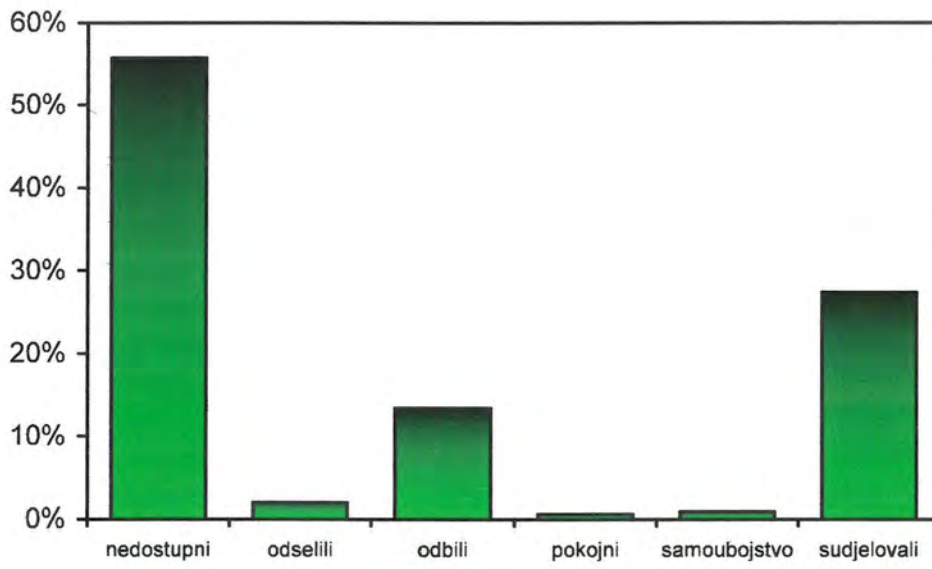
Predviđeno je da u trećem dijelu ispitivanja sudjeluje **350** osoba koje su se tijekom razdoblja **od listopada 1991. do lipnja 1992. javile psihijatru zbog akutnih psihičkih smetnji nastalih na ratištu**, a čija je dokumentacija analizirana u drugom dijelu studije.

Na bolesničkim kartonima kao dio općih podataka bile su zapisane tadašnje adrese.

Prema tadašnjim adresama traženi su telefonski brojevi. Telefonski su kontaktirani svi koji su bili dostupni, objašnjena im je svrha istraživanja i zamoljeni su da dođu u Centar za psihotraumu radi ispunjavanja upitnika. Jednom dijelu ispitanika upitnike smo poslali poštom nakon prethodnog dogovora i oni su ispunjene testove poštom vratili.

Od ukupnog broja ispitanika 195 (55,7%) njih nismo bili u mogućnosti uopće kontaktirati. Razlozi za to bili su krivi podaci u bolesničkim kartonima, promjenjene adrese i sl. O toj skupini ispitanika nema nikakvih daljnjih informacija. Jedan ispitanik poginuo je u Domovinskom ratu.

Za 7 ispitanika dobili smo podatak da su odselili iz Rijeke (2%). Dvoje ispitanika (0,6%) je u ovom razdoblju umrlo od malignog oboljenja. Troje ispitanika počinilo je suicid (0,9%). Navedene podatke dobili smo od članova njihovih obitelji. 47 njih (13,4%) odbilo je sudjelovati u istraživanju. **96** ispitanika pristalo je sudjelovati u studiji (**27,4%**).



Slika 18. Sudjelovanje ispitanika u studiji

3.3.2. Instrumenti

Primjenjeni su slijedeći instrumenti:

-za utvrđivanje **osnovnih demografskih parametara** primjenjen je *Opći upitnik* koji je konstruiran za potrebe ove studije. On sadrži pitanja o osnovnim demografskim podacima, pitanja o sadašnjem stambenom, radnom i obiteljskom statusu, eventualnim promjenama nakon liječenja 91./92., kao i pitanja vezanim za ratni put nakon što su liječeni zbog akutnih psihičkih smetnji 1991./92.god.

-za **procjenu nivoa traumatizacije i postojanja simptoma posttraumatske reakcije i PTSP** korišten je *Harvard Trauma Questionnaire-Hrvatska verzija za veterane (HTQ)*

Harvardski upitnik za traumu (131) se sastoji od četiri dijela koji korespondiraju s temeljnim područjima istraživanja što su relevantna za razumjevanje utjecaja traume, a to su traumatski događaj, ispitanikova samopercepcija najtraumatičnijih iskustava, ev.traumatska ozlijeđa mozga i psihosocijalni simptomi udruženi s traumom. U ovom radu korištena su dva dijela HTQ i to primjenjeni kao samoprocjenski upitnici. Prvi je Lista traumatskih događaja. Ona ima 47 čestica na koja se može odgovoriti s da ili ne. U zadnjoj čestici, 48. traži se od ispitanika da sam navede za njega najtraumatičniji događaj vezan za boravak na ratištu. Drugi dio se sastoji od 40 čestica pri čemu je prvih 16 izvedeno iz DSM-IV kriterija za PTSP, a ostale prikazuju utjecaj traume na percepciju vlastite funkcionalnosti u svakodnevnom životu. Procjena se vrši na ljestvici Likertovog tipa od 0 do 3 (nimalo, malo, dosta, jako). Minimalni

zbroj je 0, a maksimalni 120. Vjerojatnost PTSP određuje se prosječnom procjenom čestice iznad 1,5.

-Za **procjenu postojanja PTSP** korištena je i *Mississippi skala za PTSP uzrokovan borbom (MISS)*, samoprocjenska skala koju je konstruirao Keane sa suradnicima 1988. (132,133,134) Skala originalno ima 35 čestica, a sastavljena je prema DSM-III-R kriterijima za PTSP. Čestice se procjenjuju na Likretovoj skali od 5 stupnjeva. Dimenzije koje se procjenjuju su teškoće sa spavanjem, teškoće koncentracije i pojačanu pobuđenost. MISS je do sada korištena je u brojnim studijama. Ukupni rezultat može varirati od 35 do maksimalno 175. Kao razlikovne točke za PTSP uzimaju se različite vrijednosti koje variraju od 89 do 105. U ovom ispitivanju korišten je prijevod MISS uz modifikaciju prema DSM-IV, tako da ona ima 39 čestica. Kao razlikovna točka uzeta je vrijednost 110.

-za **procjenu nivoa anksioznosti** primjenjena je skala *STAI (State Trait Anxiety Inventory)* koju je konstruirao Spielberg 1983. (135) To je samoprocjenska skala od 20 čestica koja procjenjuje tekući nivo tjeskobe.

-za **procjenu nivoa depresivnosti** korišten je *BDI (Beck depression inventory)*, samoprocjenski upitnik od 21 čestica sa po 4 mogućih odgovora koji su procjenjeni od 0 do 3. (136)

-za **procjenu postojanja opće psihijatrijske simptomatologije** primjenjen je *SCL-90*. To je samoprocjenska skala koja mjeri opće psihijatrijske simptome koji se javljaju unatrag dva tjedna. Konstruirao ju je Derogatis 1977, a od tada je jedna od najkorištenijih skala. (136)

SCL-90 podjeljena je u devet subskala : somatizacija, opsesivno-kompulzivni problemi, interpersonalna osjetljivost, depresivnost, tjeskobnost, hostilnost, fobična tjeskobnost, paranoidne ideacije i psihoticizam. Svaka subskala ima po 10 čestica koje se procjenjuju u 5 stupnjeva (od 0 do 4, od "nimalo" do "jako").

- za utvrđivanje **strategija za suočavanje sa stresom** primjenjen je "Cope upitnik". To je samoprocjenski upitnik koji se sastoji od 71 tvrdnji čija se prisutnost procjenjuje na skali Likertovog tipa od 5 stupnjeva od 0 do 4 (nikad, katkad, obično, često i uvijek) (138) Od 71 tvrdnji 39 njih odnosi se na aktivne strategije za suočavanje sa stresom a 32 na pasivne i izbjegavajuće.

3.3.3. Obrada podataka

Za sve korištene mjere izračunati su pokazatelji koji govore o metrijskim karakteristikama primjenjenih mjernih instrumenata. Pouzdanost mjernih instrumenata određena je na osnovi Cronbachovog Alpha koeficijenta interne konzistencije.

Na osnovi deskriptivnih statističkih pokazatelja i na osnovi testiranja normalnosti dobivenih distribucija određeno je da li će daljnja statistička obrada biti parametrijska ili neparametrijska. Za testiranje odstupanja dobivenih distribucija rezultata od normalnih distribucija, koristen je Kolomogorov-Smirnov i hi-kvadrat test.

Razlike među grupama i interakcijski efekt pojedinih nezavisnih varijabli na zavisne varijable ispitane su pomoću t-testa ili pomoću analize varijance. U slučaju neparametrijske obrade podataka korišten je

Medijan test ili Kruskal-Wallisov test za nezavisne uzorke, odnosno Wilcoxonov test ili Friedmanov test za zavisne uzorke.

Za utvrđivanje povezanosti između korištenih mjera, koristit će se Pearsonov koeficijent korelacije ili koeficijent rang-korelacije.

U skladu s problemima ovog istraživanja koristit će se i prikladni multivarijatni statistički postupci kao što su na primjer multivarijatna analiza varijance za izračunavanje razlika između i unutar ispitivanih grupa, zatim regresijska analiza za izračunavanje stupnja pretkazateljske valjanosti korištenih mjernih instrumenata, kao i različiti oblici faktorskih i klaster analiza za utvrđivanje osnovnih strukturalnih obilježja primjenjenih mjernih instrumenata.

3.3.4. Rezultati

Rezultati analize općih podataka

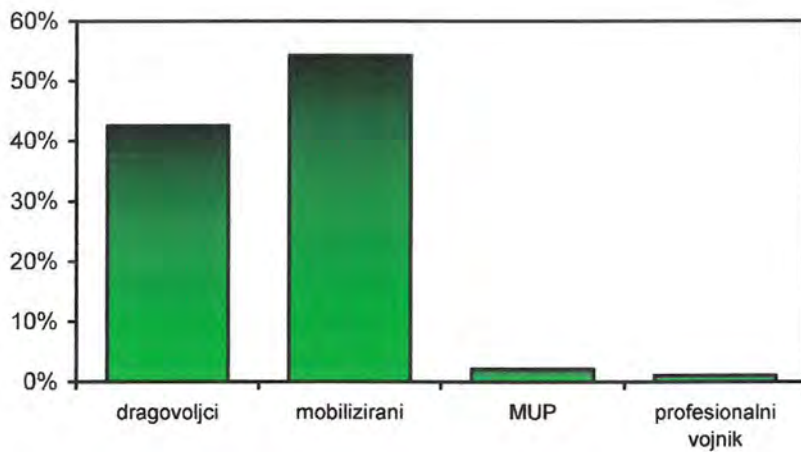
Analizom je obuhvaćen materijal dobiven od 96 ispitanika. Dvoje od navedenog bilo je nepotpuno i nije se moglo uzeti u obradu. Analizirani su rezultati 94 ispitanika.

3.3.4.1. Opći podaci

Svih **94 ispitanika** bili su muškarci *prosječne starosti* od **38,6 godina (+/- 6,33)**.

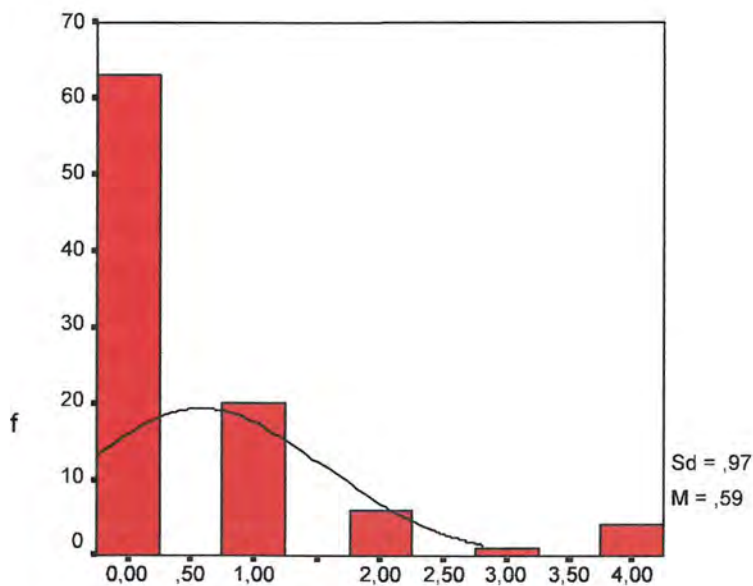
Najveći dio ispitanika imao je *srednju stručnu spremu* (**71 ili 75,5%**). *Nisku stručnu spremu* imalo je **13 ispitanika (13,8%)**, a *visoku* **10 (10,6%)**.

Među njima bilo je **40 dragovoljaca (42,6%)**, *mobiliziranih* **51 (54,3)** te **2 (2,1%) pripadnika MUP-a** i **1(1,1%) profesionalni vojnik**.



Slika 19. Raspodjela ispitanika prema statusu u vojsci

Vrijeme koje su proveli na ratištu prosječno iznosi **0,58 god (+/-0,94)**, tj oko pola godine. Distribucija duljine boravka na ratištu prikazana je na Slici 20.

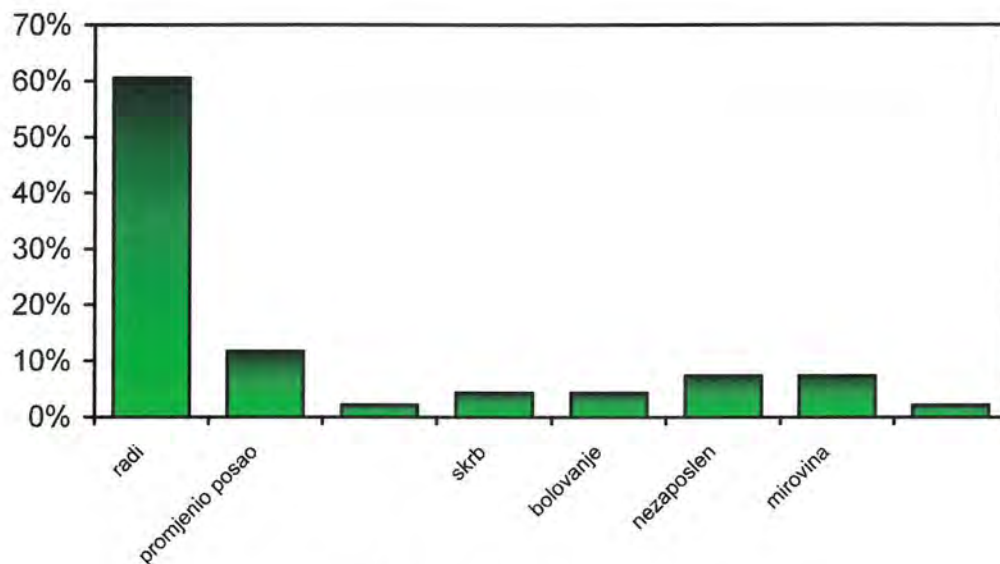


Slika 20. Distribucija duljine boravka na ratištu

Tijekom **1991./92.** najveći dio ispitanika bio je *zaposlen* (83 ili 88,3%)

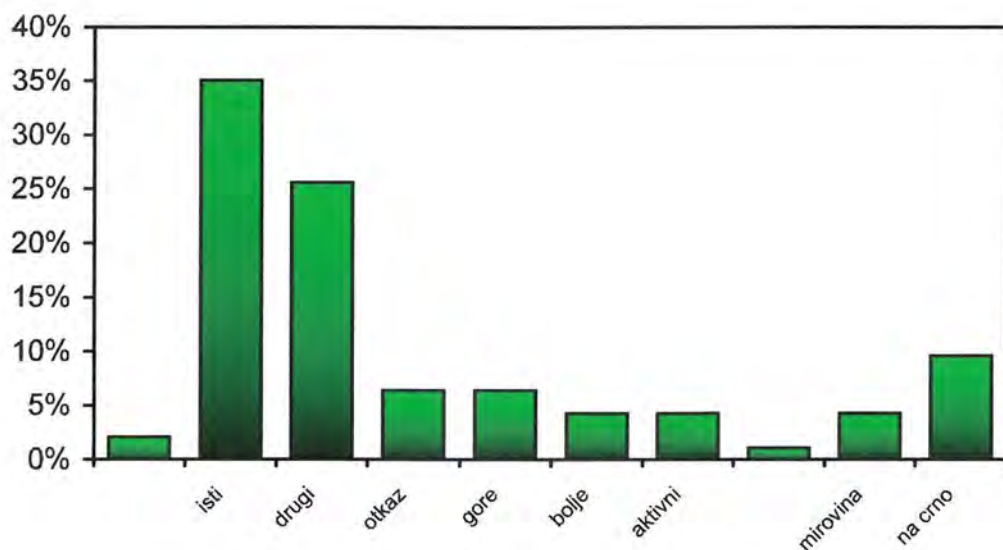
Po trojica (3,2%) su studirala, radila povremeno ili bila nezaposlena.

1999./2000. god. *Zaposleni* čine 60,6% (57 ispitanika), a 11 njih je promijenilo posao (11,7%). Po četvero je na *skrbi ili na bolovanju* (4,3%), a sedmero je *nezaposleno* (7,4%) isto kao i *umirovljeno*.



Slika 21. Sadašnji radni status

U razdoblju od 1991. do 1999. dvoje ispitanika nastavilo je školovanje (2,1%), 33 je ostalo na istom radnom mjestu (35,1%), a 25 je promijenilo radno mjesto po vlastitom izboru (26,6%), Po šestoro ispitanika dobilo je otkaz ili slabije radno mjesto(6,4%), a po četvorica su

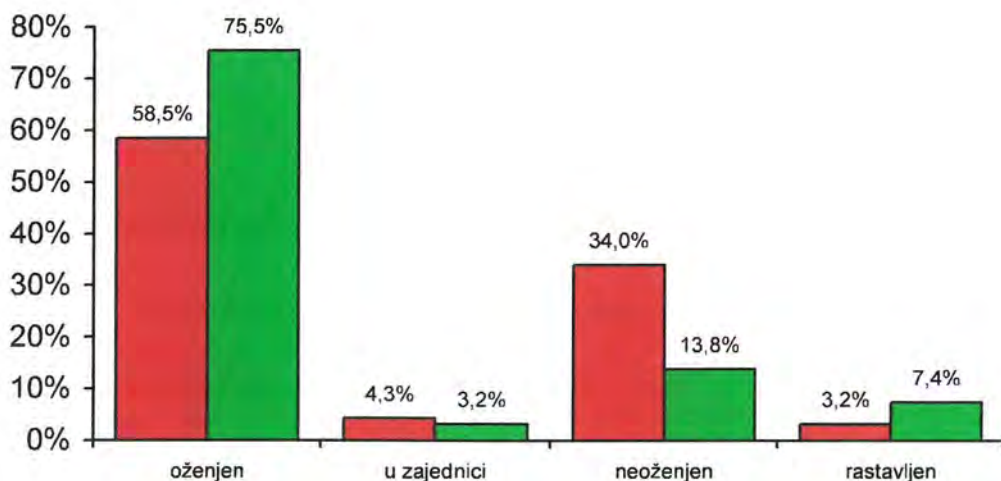


Slika 22. Promjena radnog statusa u razdoblju od 1991/2000.

dobili bolje radno mjesto, aktivirali se u MUP-u/HV ili su umirovljeni (4,3%) (Slika 22)

1991. godine 55 ispitanika bilo je *oženjeno* (58,5%), 4 je živjelo u *nevjenčanoj zajednici* (4,3%), 32 ispitanika (34%) bilo je *neoženjeno*, a 3 *rastavljeno* (3,2%).

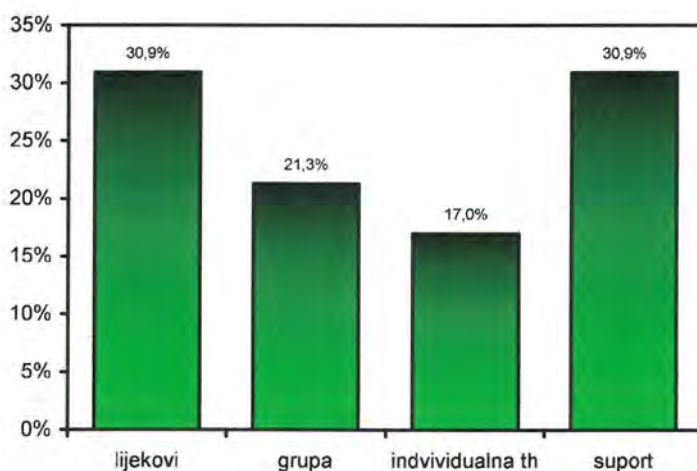
1999. godine 71 ispitanik je *u braku* (75,5%), troje živi u *nevjenčanoj zajednici* (3,2%), 13 (13,8%) je *neoženjeno*, 7 (7,4%) *rastavljeno* (Slika 23).



Slika 23. Promjena bračnog statusa ispitanika 1991/99

Najveći dio ispitanika 1991. godine *stanovalo je kod roditelja* (60 njih ili 63,8%) 21 je *imao svoju kuću ili stan* (22,3%), a 13 ispitanika su bili *podstanari* (13,8%).

1999. slika se donekle mijenja. Njih 42 i dalje žive kod roditelja (44,7%), 6 su i dalje podstanari (6,4%), a 34 njih nije promijenilo prijašnji smještaj (36,2%). 12 ispitanika (12,8%) u ovom razdoblju *dobilo je stan*. *Liječenje* 1991./1992.godine za 29 ispitanika (30,9%) obuhvaćalo je dobivanje *medikamenata*, 20 njih bilo je uključeno u *grupnu terapiju* (21,3%). U *individualnoj terapiji* bilo je 16 ispitanika (17,0), a 29 ih je

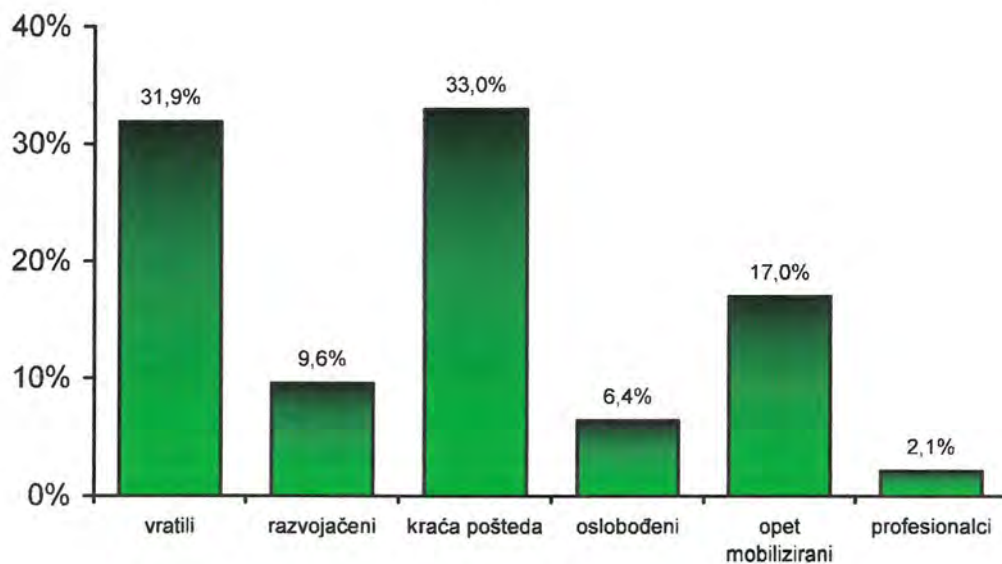


Slika 24. Terapijski zahvati

primilo *suport* (30,9%) (Slika 24)

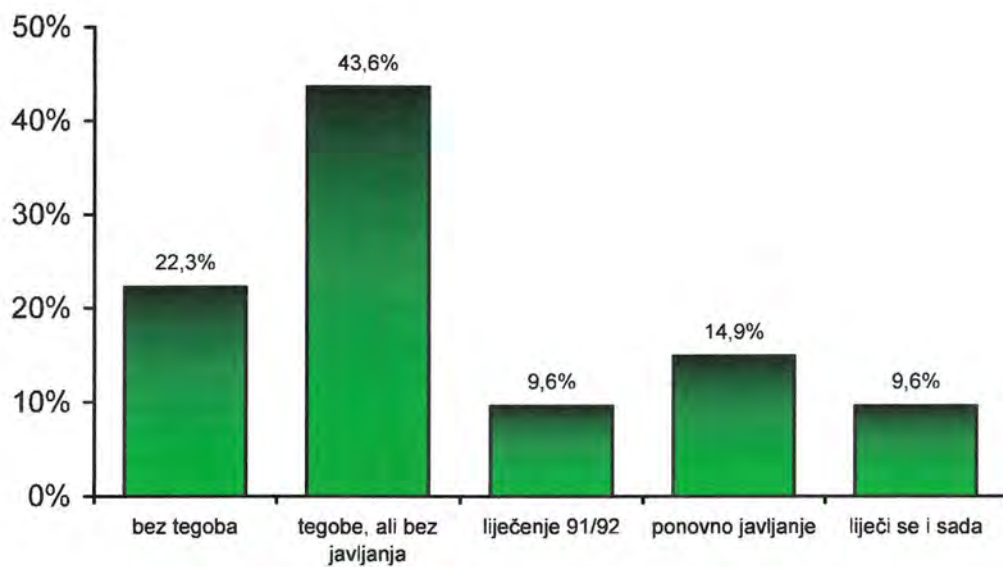
Nakon javljanja psihijatru 1991/92. i liječenja 30 ispitanika vratilo se u postrojbu (31,9%); 9 ih je razvojačeno (9,6%); 31 ispitanik (33%) oslobođen je vojske na kraće vrijeme, 6 njih potpuno su oslobođeni vojske (6,4%), a dvoje su se aktivirali u HV/MUP (2,1%).

16 ispitanika (17%) ponovno su mobilizirani do završetka rata.



Slika 25. Vojni status nakon liječenja

Dvadeset jedan ispitanik (22,3%) ne osjeća više nikakve tegobe. 41 ispitanik ima određene tegobe, ali se nikom više nije obraćao (43,6%). Devetoro se liječilo još tijekom 93.god. (9,6%). Četrnaestoro se javilo ponovno psihijatru u razdoblju do 1999. (14,9%). Devetoro ispitanika se i danas liječi kod psihijatra zbog kroničnih smetnji (9,6%).

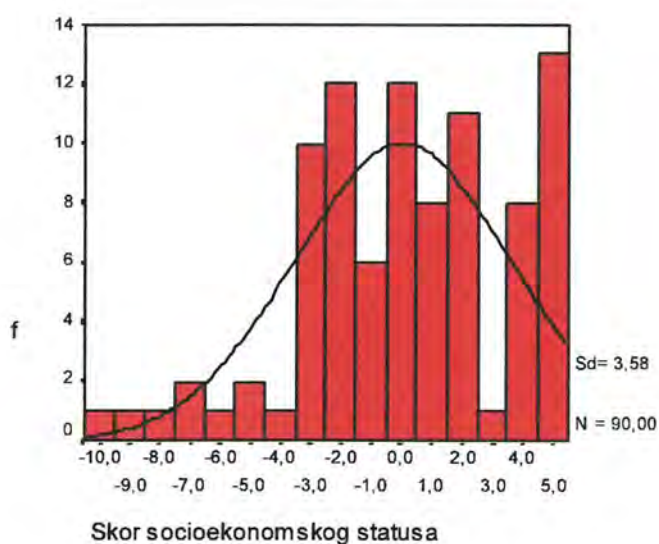


Slika 26. Smetnje i liječenje danas

Od pitanja 3 do 9 na Općem demografskom upitniku (pitanja koja se odnose na sadašnji radni status, promjene u radnom status u odnosu na početak rata, bračni status i stanovanje) formirana je nova kompozitna varijabla koja odražava socioekonomski status. Skorovi u toj varijabli izraženi su u obliku z-vrijednosti, pri čemu viši skor odražava bolji socioekonomski status.

Distribucija skora SES kreće se od -10,5 do +5,2, pro čemu je srednja vrijednost 0(+/-3,6).

52,5% ispitanika ima ispodprosječan SES (njih 47), dok 47,8% tj.43 su iznad srednje vrijednosti. (Slika 27)



Slika 27. Distribucija skora socioekonomskog statusa ispitanika

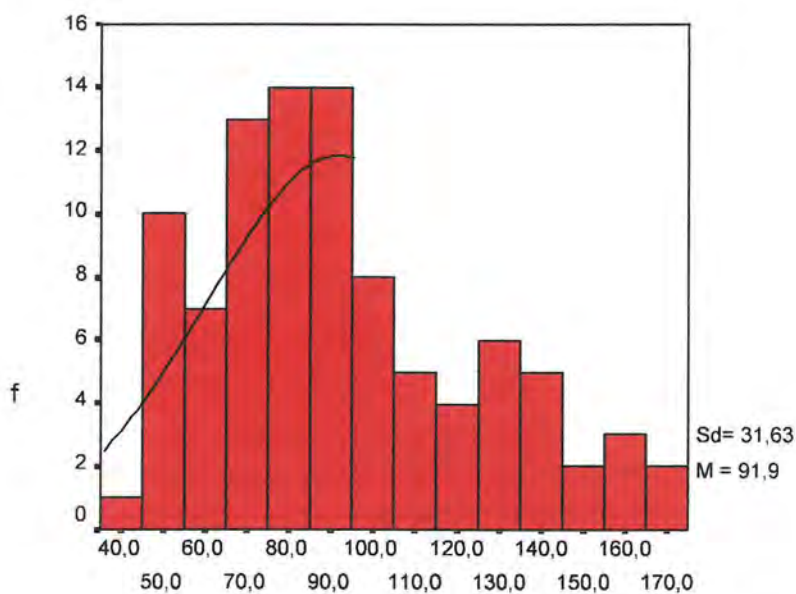
3.3.4.2. Rezultati na Mississippi skali za PTSP uzrokovan borbom

Najprije je izvršena analiza pouzdanosti skale. Pokazalo se da skala ima vrlo visoku pouzdanost unutarnje konzistencije $\text{Alpha} = 0,96$.

S obzirom na broj čestica kao granična vrijednost nakon koje se smatra da ispitanik ima PTSP uzet je zbroj iznad **110**.

Srednja vrijednost za cijelu skupinu je **91,9 +/- 31,63**.

Pri graničnoj vrijednosti zbroja od 110, **25 ispitanika zadovoljava kriterije za PTSP (26%)** dok je njih **69 ili 74,5 % bez PTSP-a**.



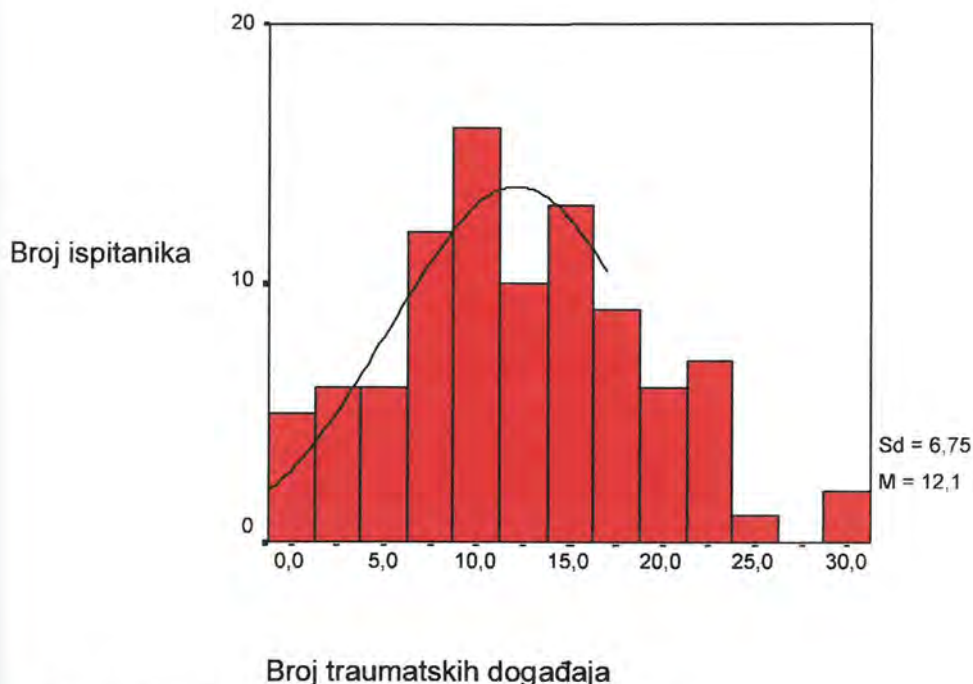
Miss-rezultat

Slika 28. Distribucija rezultata na MISS-u

3.3.4.3. Rezultati na Harvardskom upiniku za traumu, hrvatskoj verziji za veterane (HTQ)

1.dio: Razina traumatizacije

Skalu traumatskih događaja koje su ispitanici proživjeli, a koja je dio HTQ, također karakterizira zadovoljavajuće visoka pouzdanos (Alpha= 0,8750). Zbog toga je prvih 47 čestica zbrojeno u jedan zajednički skor. Prosječni broj traumatskih događaja koje su ispitanici proživjeli je 12,1 +/- 6,75.



Distribucija rezultata prikazana je na Slici 29.

Slika 29. Broj doživljenih traumatskih događaja po ispitaniku prema HTQ

Odgovori na 48. česticu-pitanje o najgorem traumatskom iskustvu s ratišta bili su vrlo raznoliki.

Najveći broj ispitanika nije mogao izdvojiti niti jedan događaj posebno (njih 55 ili 58,5 %). Dva ispitanika su navela da je sve za njih bilo traumatično na isti način.

Ostali odgovori navedeni su u Tablici 16.

Tablica 16.

Distribucija odgovora na pitanje 48 (Traumatski događaj)

	UČESTALOST	POSTOTAK
ništa izdvojeno	55	58,5
sve	2	2,1
biti na brisanom prostoru	1	1,1
biti na prvoj crti	1	1,1
biti na prvoj crti, avioni, bombardiranje	1	1,1
bombardiranje Gospića 91.	1	1,1
borba prsa o prsa	1	1,1
borbe u Čanku 91	1	1,1
čišćenje	1	1,1
granata pala u sobu	1	1,1
granatiranje	1	1,1
granatiranje Gospića	1	1,1
granatiranje i čišćenje terena	1	1,1
izvlačenje iz zasjede	1	1,1
međusobne svađe suboraca	1	1,1
napad neprijatelja	1	1,1
nebriga za jedinice u HV	1	1,1
neorganizacija u HV	3	3,2
nisam bio na ratištu	1	1,1
opkoljen u kući	1	1,1
ostavljeni na cjedilu	1	1,1
pod minobacačkom vatrom	1	1,1
povlačenje	1	1,1
prometna prije rata	1	1,1
puno puta	1	1,1
situacija kao ovce za pokolj	1	1,1
skoro strijeljan od svojih	1	1,1
snajperska vatra	1	1,1
strah na prvoj crti	1	1,1
svaki dan na ratištu	1	1,1
svugdje na ratištu	1	1,1
to se nikog ne tiče	1	1,1
u svim akcijama	1	1,1
vlastito ranjavanje	1	1,1
zarobljen i mučen u Kninu	1	1,1
zbrka u vlastitim redovima	1	1,1
UKUPNO	94	100,0

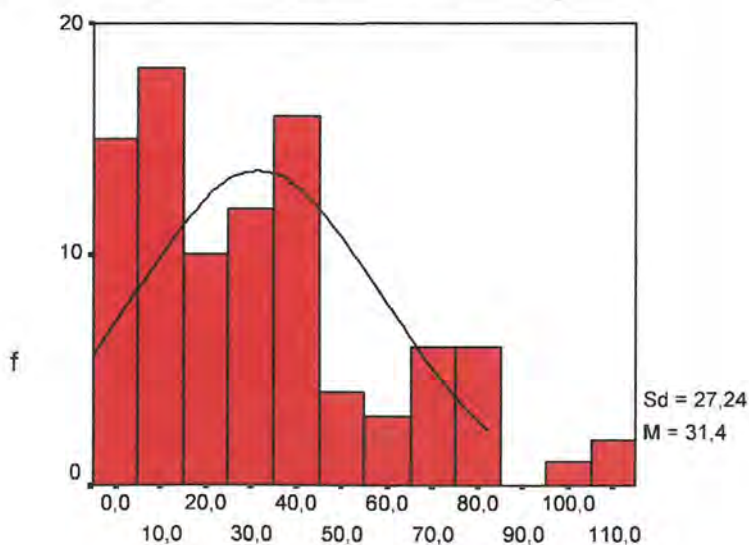
Rezultati na HTQ, Simptomima traume

Za drugi dio upitnika (Simptomi traume) izračunato je zasebno nekoliko skorova:

- ukupan rezultat na svih 40 čestica (skala u cjelini)
- DSM-IV PTSP dio upitnika (zbroj na česticama 1-16)
- samopercepcija funkcioniranja (zbroj na česticama 17-40)
- zbrojevi za B,C i D skupinu simptoma PTSP prema DSM-IV
- na osnovi broja B,C i D simptoma utvrđen je postotak onih koji zadovoljavaju kriterije za PTSP

Skala u cjelini ima izrazito visoku pouzdanost unutarnje konzistencije od 0.98.

Od ukupno mogućeg zbroja 120, dobivena je srednja vrijednost **31,42** \pm **27,24**. Distribucija simptoma među ispitanicima prikazana je na slici 30. Prosječni se skor izračunava zbrajanjem procjena na svim česticama podijeljeno sa brojem čestica (zbroj procjena od 1 do 40:40). Prosječni skor u ovom slučaju iznosi **0,78**.



Distribucija simptoma na upitniku Simptomi traume

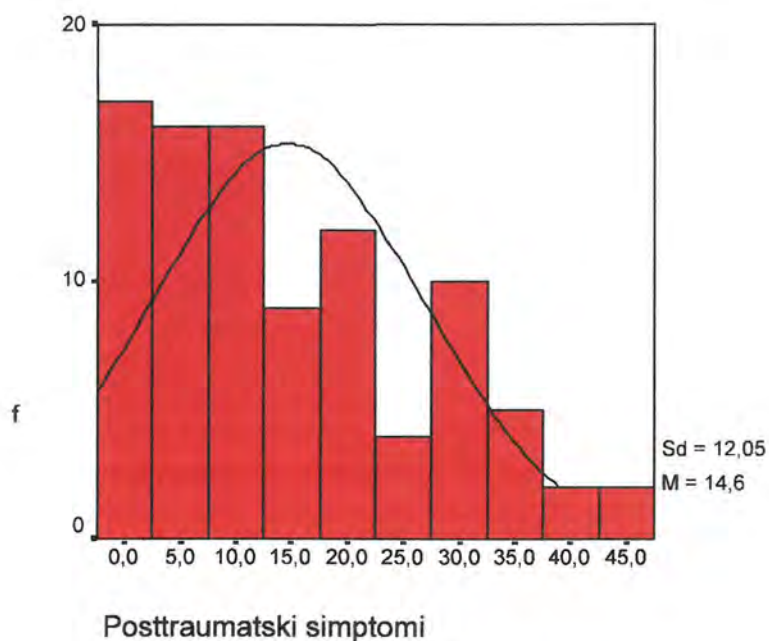
Slika 30. Distribucija simptoma na upitniku Simptomi traume (HTQ)

DSM-IV PTSP dio upitnika također ima izrazito visoku pouzdanost unutarne konzistencije ($\text{Alpha} = 0,96$).

Maksimalni mogući zbroj procjena na svim česticama od 1 do 16 je 48.

Srednja vrijednost koja je dobivena za taj dio upitnika je **14,6 +/-12,0**.

Prosječni skor (zbroj procjena od 1 do 16:16) za ovaj dio upitnika je **0,9**.



Slika 31. Prisutnost posttraumatskih simptoma kod ispitanika prema prvih 16 pitanja HTQ, Simptomi traume

Samopercepcija funkcioniranja je dio upinika Simptomi traume HTQ koji također ima izrazito visoku pouzdanost unutarnje konzistencije (Alpha =0,97). Od ukupno mogućeg zbroja 72, dobivena je srednja vrijednost 23,29. Prosječni skor izračunava se zbrajanjem procjena na svim česticama, podjeljen sa brojem čestica (zbroj od 17 do 40:24).

Prosječni skor iznosi 0,97.

U nastavku su prikazane korelacije između izračunatih skorova HTQ.

Tablica 17.
Korelacije između skorova HTQ

	Broj trauma	Simptom i PTSP-a	Samoprocjena funkcioniranja	Ukupni rezultat na skali simptoma
Broj trauma	1,000	0,581*	0,490*	0,543*
Simptomi PTSP-a	0,581*	1,000	0,900*	0,967*
Samoprocjena funkcioniranja	0,490*	0,900*	1,000	0,981*
Ukupni rezultat na skali simptoma	0,543*	0,967*	0,981*	1,000

*p<0,01

Sve dobivene korelacije su statistički značajne i pozitivne.

Skorovi za B, C i D skupinu simptoma

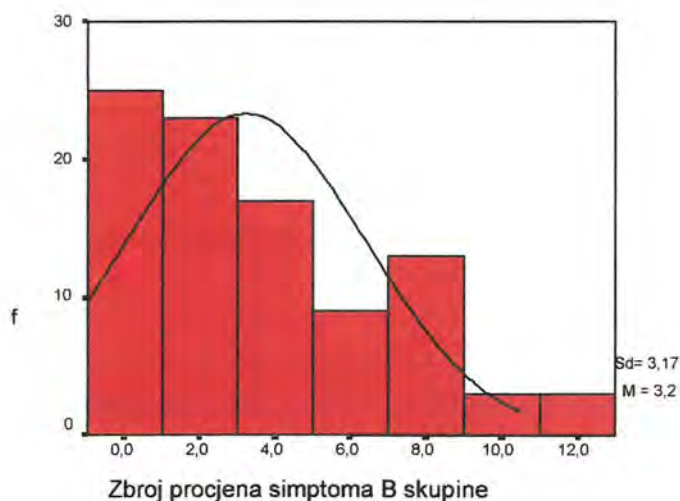
Upitnik obuhvaća 4 čestice koje se odnose na B skupinu simptoma, 8 čestica odnose se na C skupinu simptoma, a 5 na D simptomnu skupinu. Minimalni skor za sve skupine je 0 a maksimalni 12 za B, 24 za C i 15 za D skupinu simptoma.

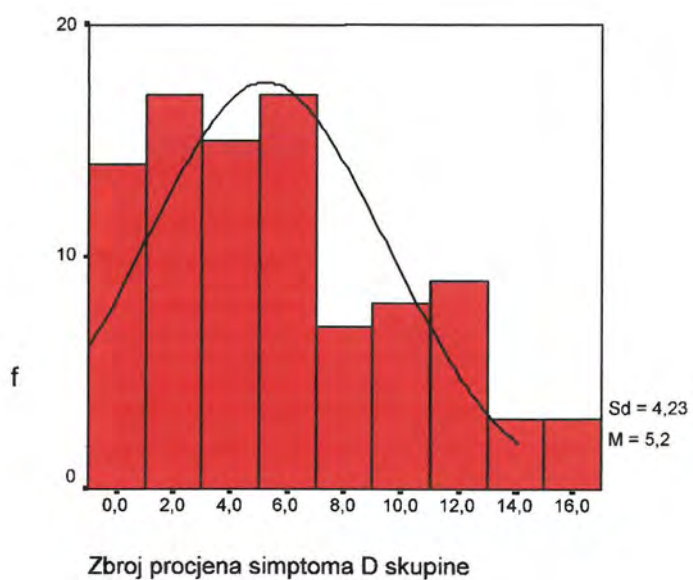
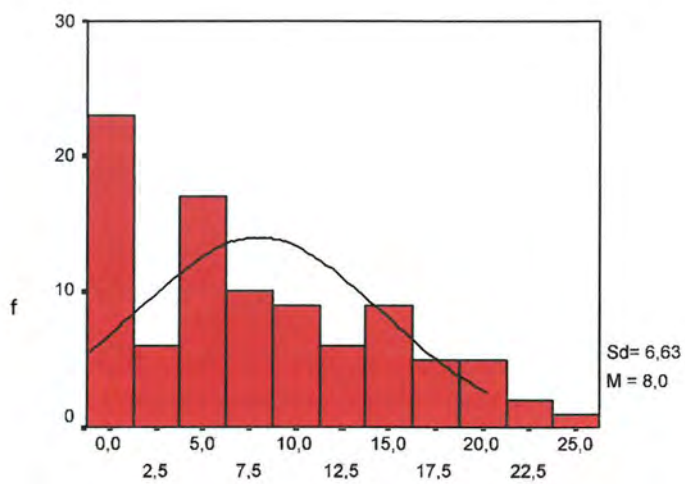
Dobivena je srednja vrijednost od **3,2 +/-3,1** za **B skupinu**. Skor iznosi **0,8**.

Srednja vrijednost za **C skupinu** je **7,9 +/-6,6**. Skor iznosi **0,99**.

Srednja vrijednost za **D simptomnu skupinu** je **5,2 +/-4,2**. Skor iznosi **1,0**. (Granični skor za PTSP iznosi 1,5).

Distribucija ovih skorova prikazana je na Slici 32.





Slika 32. Distribucija procjena za B, C i D simptomne skupine

Izračunati su i koeficijenti korelacije između ovih triju grupa simptoma.

Tablica 18.

Korelacija između triju grupa simptoma

	Ukupno B simptoma	Ukupno C simptoma	Ukupno D simptoma
Ukupno B simptoma	1,000	0,848*	0,862*
Ukupno C simptoma	0,848*	1,000	0,927*
Ukupno D simptoma	0,862*	0,927*	1,000

* $p < 0,01$

Svi dobiveni koeficijenti su značajni, vrlo visoki i pozitivni. To znači da će osoba s jako izraženim simptomima jedne skupine imati jako izražene simptome i druge skupine.

U nastavku utvrđene su distribucije simptoma B, C i D skupine PTSP-a prema DSM-IV za one ispitanike koji imaju skorove 2 i 3 (dosta i jako). Na osnovi broja B, C i D skupine simptoma, ispitanici su svrstani u tri kategorije:

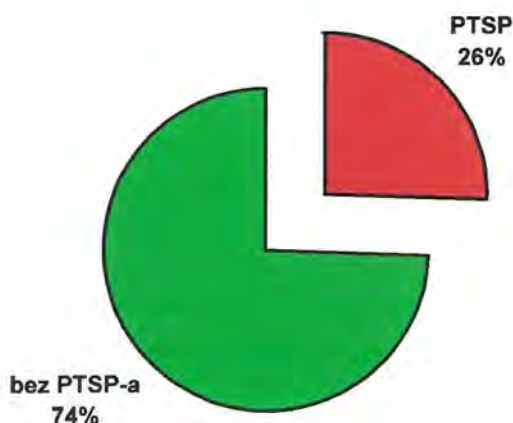
-s **PTSP** (1 ili više simptoma B skupine procjenjena sa 2 ili 3). Ove kriterije zadovoljava **24 ispitanika ili 25,5 %**.

-s **parcijalnim PTSP** (1 ili više simptoma B skupine, 1 ili 2 simptoma C skupine, i 2 ili više simptoma D skupine). U ovoj skupini našlo se **4 ispitanika ili 4,3%**.

-**bez PTSP** je prema HTQ **66 ispitanika ili 70,2 %**.

Prema dijagnostičkim kriterijima za PTSP prema DSM IV parcijalni PTSP nije definiran. Stoga sam ovu skupinu unatoč prisutnosti nekih simptoma posttraumatske reakcije pribrojila u skupinu koja nema PTSP.

Možemo reći da prema HTQ **70 ili 74,5% naših ispitanika nema PTSP** dok **24 njih ili 25,5 % zadovoljava dijagnostičke kriterije za PTSP**.



Slika 33. Postotak ispitanika sa i bez PTSP-a prema Harvardskom upitniku za traumu

3.3.4.4. Usporedba značajki skupina sa i bez PTSP-a na HTQ, MISS i

Općem upitniku

Kada se uspoređi skupina ispitanika bez PTSP-a i skupina sa PTSP-om, na sve tri sumarne varijable HTQ upitnika Simptomi traume ispitanici s PTSP-om postižu statistički značajno više skorove u usporedbi s ispitanicima bez PTSP-a.

Tablica 19.

Korelacija između broja trauma i simptoma traume kod skupina s i bez PTSP-a

		srednja vrijednost	standardna devijacija
broj trauma	bez PTSP-a	10,3*	6,0
	PTSP	17,3*	6,6
izraženost simptoma PTSP-a	bez PTSP-a	0,55*	0,43
	PTSP	1,95*	0,44
samoprocjena (ne)funkcioniranja	bez Ptsa-a	0,41*	0,33
	PTSP	1,53*	0,61

* $p < 0,001\%$

Usporedna analiza skupine ispitanika s i bez PTSP-a pokazuje da se ove dvije grupe ne razlikuju značajno s obzirom na *starost i stručnu spremu*.

Glede *dužine boravka* na ratištu, rezultat T-testa pokazuje da su ispitanici s PTSP-om statistički značajno duže vremena proveli na ratištu. Međutim zbog značajno različitih varijanci između dviju grupa ispitanika, ovaj je rezultat provjeren i neparametrijskim Mann-Whitneyevim testom. Rezultat ovog testa ne potvrđuje razliku u vremenu provedenom na ratištu između ispitanika sa i bez PTSP-a.

Izračunate su razlike između ispitanika s i bez PTSP-a na ostalim varijablama općih podataka.

Ispitanici s i bez PTSP-a ne razlikuju se značajno s obzirom na *bračni status i način stanovanja*.

Razlika je dobivena na varijabli *sadašnjeg radnog statusa*. Ispitanici s PTSP-om su 1999. bili značajno češće nezaposleni i češće su na skrbi ($p < 0,05$).

Ne postoji statistički značajna razlika u *socioekonomskom statusu* između ispitanika s i bez PTSP-a.

Da li je *povratak na ratište* nakon liječenja imao utjecaja na javljanje PTSP-a, provjerili smo analizom odgovora na pitanje 11 Općeg upitnika. Najprije su odgovori kategorizirani u dvije kategorije: vratili se i bili oslobođeni. Ovo je uspoređeno s dijagnozom PTSP-a pomoću hi-kvadrat testa. Pokazalo se da je PTSP jednako čest i kod onih koji su se vratili na ratište i kod onih koji nisu.

Ispitanici s PTSP-om značajno su se češće daju odgovor d) "*javili ste se psihijatru nakon više godina*" i e) "*sada se liječite kod psihijatra*" na pitanje 12 Općeg upitnika. ($p < 0,01$).

Izračunat je hi-kvadrat testom i odnos između *početnih dijagnoza* i dijagnoza PTSP-a. Prethodno je napravljena distribucija dijagnoza u 4 skupine: Akutna reakcija na borbeni stres, sindrom psihičke iscrpljenosti, PTSP i ostalo. Nije dobivena statistički značajna razlika, tj. nema nikakve veze između početne dijagnoze i sadašnje dijagnoze PTSP-a. Od 23 ispitanika koji prema HTQ sada imaju PTSP, 14 njih je 1991/92. imalo dijagnozu akutne reakcije na borbeni stres (tj. ekvivalentnu dijagnozu), 6 ih je imalo sindrom psihičke iscrpljenosti, a 3 PTSP.

Usporedbom rezultata na *Mississippi skali* i onog na skali "Simptomi traume" HTQ možemo utvrditi visoku podudarnost.

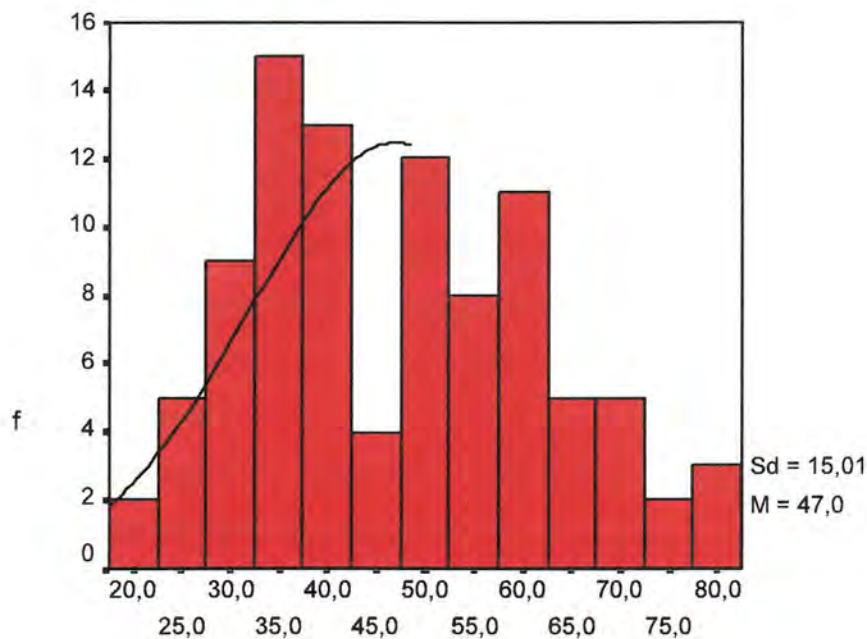
Dobiveni rezultati pokazuju da svih 24 ispitanika koji prema HTQ imaju PTSP, imaju ga i prema MISS-u. Međutim 1 ispitanik ima PTSP prema MISS-u dok ga prema HTQ nema.

3.3.4.5. Rezultati na skali za tjeskobu

I za STAI je najprije izračunata pouzdanost unutarnje konzistencije koja je vrlo visoka ($\text{Alpha}=0.96$).

Srednja vrijednost za cijelu skupinu je **46,9 +/- 15,0**.

Distribucija je prikazana na Slici 34



Zbroj na česticama STAI upitnika

Slika 34. Distribucija rezultata na STAI

Uspoređen je nivo anksioznosti između ispitanika s i bez PTSD.

Ispitanici s PTSP -om imaju i veći nivo anksioznosti ($M=62.00 \pm 13,14$) u odnosu na skupinu bez PTSP-a ($M=41,81 \pm 11,84$). Razlika je statistički značajna ($t=7.00; p<0.001$)

3.3.4.6. Rezultati na Beckovom upitniku depresivnosti

Skalu karakterizira vrlo visoka pouzdanost unutarnje konzistencije (Alpha=0.95).

Srednja vrijednost za cijelu skupinu iznosi **13,6 +/-12,2**.

Distribucija nivoa depresivnosti prikazana je na Slici 34.

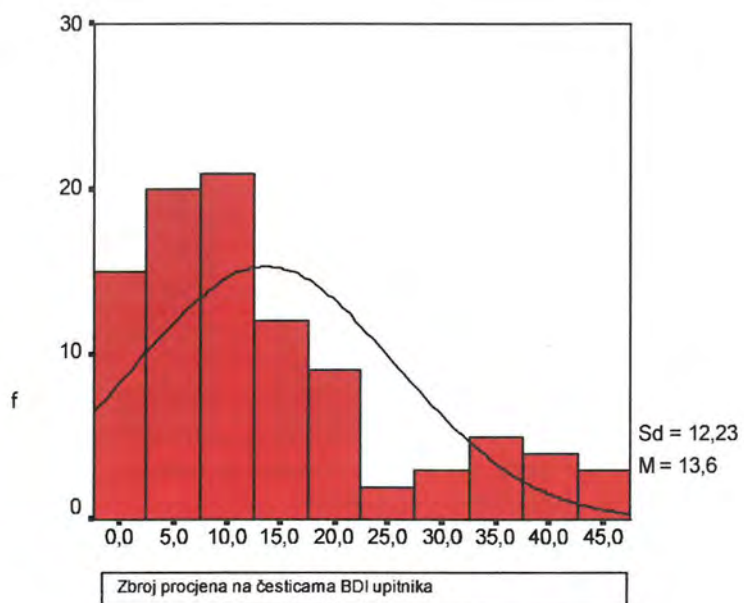
BDI ne služi za dijagnosticiranje postojanja depresije. No, uvriježilo se graduirati nivo depresivnosti prema ovoj skali u 5 kategorija prema skor. Tako razlikujemo

- 1 -potpunu odsutnost depresivnosti (0-3)
- 2 -depresivnost ugranicama normale (4-9)
- 3 -blagu depresivnost (10-15)
- 4 -umjerenu depresivnost (16-19)
- 5 -snažnu depresivnost (20 i više)

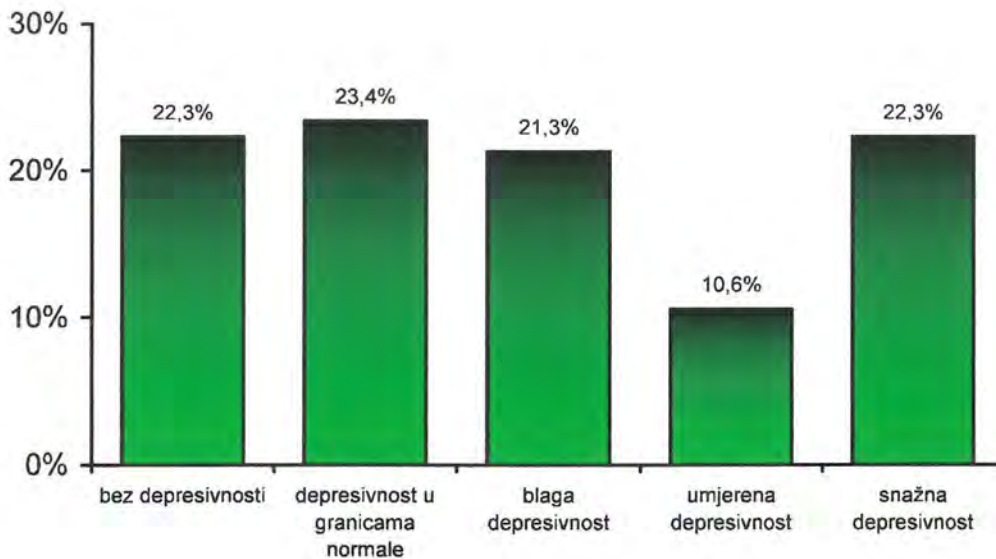
U skladu ovog stupnjevanja kategorizirani su ukupni skorovi.

Tako potpuno *odsustvo depresivnosti* registriramo kod **21** ispitanika (22,3%). Depresivnost *u granicama normale* nalazimo kod **22** ispitanika (23,4%). *Blagu depresivnost* registriramo kod **20** ispitanika (21,3%), *umjerenu* kod **10** ispitanika (10,6%).

Snažnu depresivnost nalazimo kod **21** ispitanika (22,3%). (Slika 35)



Slika 35. Distribucija rezultata na BDI skali



Slika 36. Kategorizirani ukupni skorovi na BDI

Ispitana je razlika u razini depresivnosti između ispitanika s i bez PTSP-a. Ispitanici s PTSP-om imaju statistički značajno viši nivo depresivnosti na BDI ($M=29,37\pm 11,76$) u usporedbi s ispitanicima bez PTSP-a ($M=8,23\pm 6,30$) ($t=8.40; p<0.001$).

Razlika je provjerena i s obzirom na kategorizirane skorove na BDI upitniku.

Po 21 ispitanik bez PTSP uopće nema znakova depresivnosti ili je ona u granicama normale u odnosu na samo 1 ispitanika iz skupine sa PTSP-om. 18 ispitanika bez PTSP-a blago su depresivni, a to je slučaj tek sa 2 ispitanika iz skupine s PTSP-om.

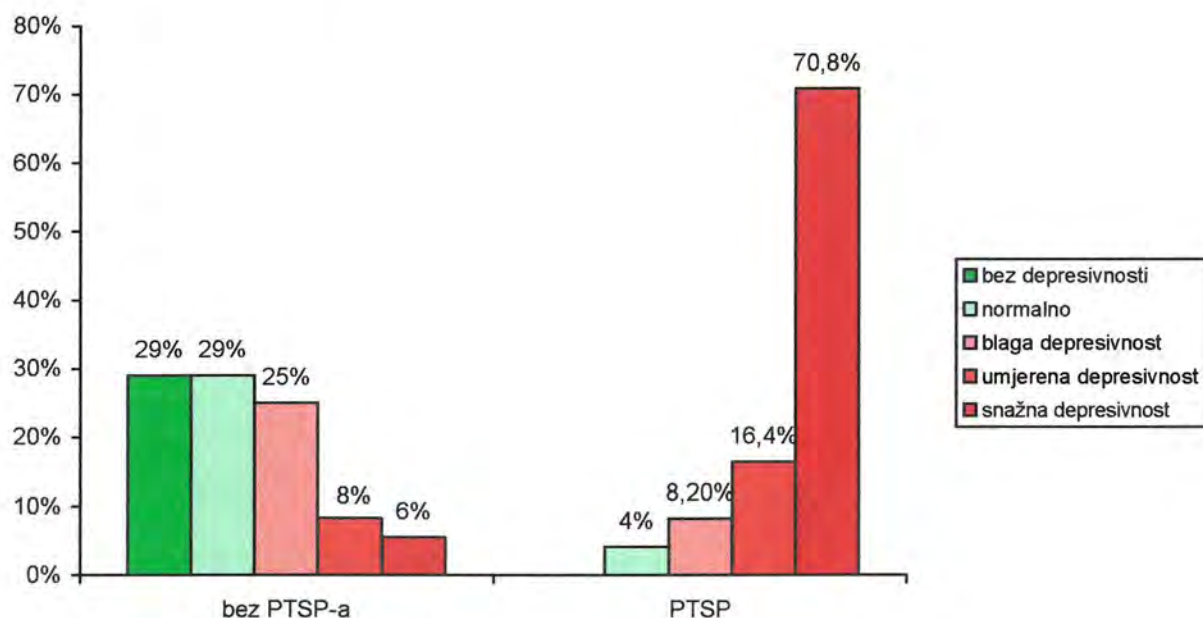
6 bez PTSP-a umjereno su depresivni (u odnosu na 4 sa PTSP-om), a 4 iskazuju snažnu depresivnost, dok je to slučaj sa 17 ispitanika sa PTSP-om.

Ispitanici s PTSP-om imaju statistički značajno češće snažnu depresivnost (kategorija 5) i značajno rjeđe odsutnost depresije

(kategorija 1), depresiju u granicama normale (kategorija 2) i blagu depresiju (kategoriju 3).

28 ispitanika bez PTSP-a ipak imaju nivo depresivnosti iznad normale što predstavlja 40% skupine.

23 ispitanika u skupini sa PTSP-om imaju nivo depresivnosti iznad normale, što predstavlja 96%.



Slika 37. Postotak ispitanika sa i bez PTSP-a po pojedinim kategorijama depresivnost

3.3.4.7. Rezultati na SCL-90 (Symptom Check List)

Ukupan skor na SCL-90 karakteriziran je izrazito visokom pouzdanošću unutarnje konzistencije ($\text{Alpha} = 0.99$).

Izračunata je deskriptivna statistika i distribucija rezultata na 9 faktora nižeg reda skale najprije za sve ispitanike u cjelini, a potom posebno za grupu bez i s PTSP-om.

Izračunate su korelacije između devet primarnih skala. Sve dobivene korelacije su statistički značajne i pozitivne ($p < 0.01$).

Prema Uputama za rad sa upitnikom (ref,8) izračunato je nekoliko ukupnih rezultata i to najprije za sve ispitanike zajedno, a potom za grupu bez i sa PTSP-om posebno.

Prvi je **GT (Grand Total)** koji predstavlja zbroj rezultata na svih 90 čestica.

Drugi je **PST (Positive Symptom Total)** koji predstavlja broj simptoma na kojima ispitanik ima vrijednost veću od nule.

Treći je **PSDI (Positive Symptom Distress Index)** koji predstavlja prosječnu procjenu na onim česticama na kojima su odgovori ispitanika veći od nule.

Rezultati su prezentirani na Tablici 20.

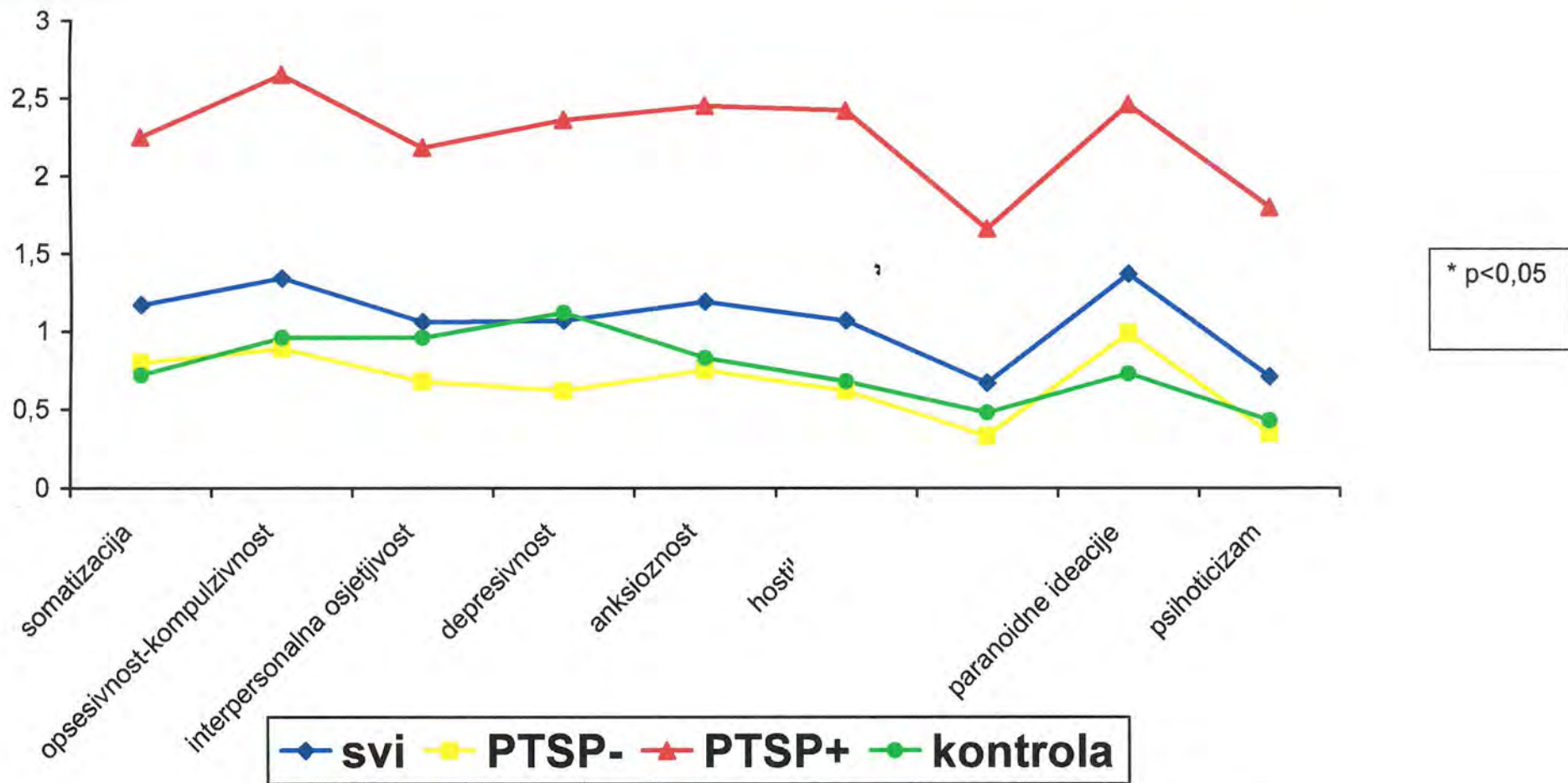
Na svih devet subskala SCL-90 ispitanici s PTSP imaju značajnije veće skorove u odnosu na one bez PTSP-a. I na sve četiri sumarne varijable (GT, PST, GSI, PSDI) ispitanici s PTSP-om imaju statistički značajno veće skorove. ($p < 0.001$).

Tablica 20.

Rezultati na SCL-90 za sve ispitanike, grupu bez i s PTSP-om

	svi		PTSP-		PTSP+	
	M	SD	M	SD	M	SD
Somatizacija	1,17	0,94	0,80	0,63	2,25	0,86
Opsesivnost-	1,34	1,00	0,89	0,66	2,65	0,62
Kompulzivnost						
Interpersonalna osjetljivost	1,06	0,89	0,68	0,56	2,18	0,70
Depresivnost	1,07	0,98	0,62	0,56	2,36	0,85
Anksioznost	1,19	0,98	0,75	0,58	2,45	0,81
Hostilnost	1,07	1,06	0,62	0,55	2,42	1,07
Fobična anksioznost	0,67	0,78	0,33	0,40	1,66	0,80
Paranoidne ideacije	1,37	0,96	0,99	0,71	2,46	0,75
Psihoticizam	0,71	0,83	0,34	0,39	1,80	0,83
GT	97,3	78,7	60,6	41,8	204,1	61,5
GSI	1,08	0,87	0,60	0,46	2,26	0,68
PST	48,3	27,1	38,4	23,3	77,5	13,3
PSDI	1,77	0,66	1,50	0,45	2,57	0,53

Usporedbom skorova grupe s i bez PTSP-a s prosječnim rezultatima na SCL-90 kod populacije bez značajnih psihičkih smetnji prema literaturi (8), dobila sam distribuciju prikazanu na Slici 38.



Slika 38. Distribucija rezultata na SCL 90 za cijelu skupinu, skupinu sa i bez PTSP-a u odnosu na normalne vrijednosti

3.3.4.8. Rezultati na skali Stilovi suočavanja sa stresom

72 pitanja ove skale na koja su mogući odgovori u rasponu od 0 do 4 grupirana su prema načinima suočavanja u 17 podskupina koji predstavljaju **faktore prvog reda**.

Najprije je izračunata deskriptivna statistika za 17 faktora suočavanja prvog reda. U Tablici 21. prikazane su prosječne vrijednosti procjene za pojedine načine suočavanja sa teškoćom za sve ispitanike.

Tablica 21.

Prosječna procjena upotrebe načina suočavanja sa teškoćama za sve ispitanike

Način suočavanja	M	SD	
planiranje	2,38	0,90	
aktivno suočavanje	2,10	0,90	
pozitivna reinterpretacija i rast ličnosti	1,97	0,82	
obuzdavanje suočavanja	1,93	0,75	
potiskivanje drugih aktivnosti	1,70	0,75	
traženje socijalne podrške			
zbog emocionalnih razloga	1,60	0,77	
traženje socijalne podrške			
zbog instrumentalnih razloga	1,23	0,84	
ventiliranje emocija	1,48	0,98	
prihvatanje situacije	2,04	0,84	
mentalni dezangažman	1,50	0,80	
ponašajni dezangažman	1,10	0,90	
negiranje	1,11	0,83	
potiskivanje ili kontrola emocija	1,80	1,00	
upotreba alkohola/droga	1,13	1,16	
humor		1,17	1,02
osamljivanje	1,35	1,09	
religija	1,19	1,12	

Zatim su ovi faktori grupirani dalje u tri skupine koje predstavljaju

faktore drugog reda :

- problemu usmjereno suočavanje
- emocijama usmjereno suočavanje
- suočavanje izbjegavanjem.

Izračunata je pouzdanost interne konzistencije za svaku od tih skala.

Skala "problemu usmjerenog suočavanja" ima visoku pouzdanost interne konzistencije koja iznosi 0,92 . Skala "emocijama usmjerenog

suočavanja" ima zadovoljavajuću pouzdanost koja iznosi 0,82, dok je pouzdanost skale "suočavanje izbjegavanjem" visoko i iznosi 0,90.

Deskriptivna statistika za tri faktora suočavanja drugog reda prikazana je na Tablici 22.

Tablica 22.
Zastupljenost načina suočavanja

Način suočavanja	M	SD
problemu usmjereno suočavanje	1,99	0,70
emocijama usmjereno suočavanje	1,29	0,65
suočavanje izbjegavanjem	1,37	0,59

Između ovih triju skala suočavanja izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacije.

Dobivene korelacije pokazuju da je "problemu usmjereno suočavanje" pozitivno povezano i s "emocijama usmjerenom suočavanju" i "suočavanju izbjegavanjem ($p < 0,01$).

Korelacija između "emocijama usmjerenog suočavanja" i "suočavanja izbjegavanjem" je neznačajna.

Razlika s obzirom na stilove suočavanja drugog reda između ispitanika bez i s PTSP-om prema HTQ prikazana je na Tablici 23.

Tablica 23.

Zastupljenost načina suočavanja u skupinama s i bez PTSP-a

Način suočavanja	skupina	M	SD
problemu usmjereno suočavanje	bez PTSP-a	1,96	0,69
	PTSP	2,07	0,75
emocijama usmjereno suočavanje	bez PTSP-a	1,32	0,67
	PTSP	1,19	0,59
suočavanje izbjegavanjem	bez PTSP-a	1,15*	0,39
	PTSP	2,01*	0,59

* $p < 0,001$

Između ispitanika s i bez PTSP-a postoji statistički značajna razlika samo na suočavanju izbjegavanjem, pri čemu ispitanici s PTSP-om značajno češće koriste izbjegavanje kao stil suočavanja u odnosu na one bez PTSP-a ($t=6.57; p < 0,001$).

3.3.4.9. Međudnosi

U nastavku su korelacije svih faktora koje smo dobili na mjernim instrumentima međusobno.

Navest ću samo one statistički značajne.

Socioekonomski status (SES) je značajno negativno povezan a depresivnošću ($-0,23; p < 0,05$), suočavanjem izbjegavanjem ($-0,22; p < 0,05$) i ukupnim brojem trauma ($-0,28; p < 0,01$). Dakle što je veći socioekonomski status to su depresivnost, suočavanje izbjegavanjem i broj traumatskih događaja manji.

Od pojedinih subskala SCL-90, SES je statistički značajno negativno povezan samo s hostilnošću ($-0,21; p < 0,05$), što znači da su hostilniji oni koji imaju niži socioekonomski status.

U nastavku su izračunate korelacije između svih varijabli na kojima se *ispitanici sa i bez PTSP-a* statistički značajno razlikuju, uključivo socioekonomski status i dužinu boravka na ratištu.

Dobivena korelacijska matrica poslužila je kao ulaz za testiranje dva modela koji opisuju mogući doprinos navedenih varijabli nastanku PTSP-a. Oba su modela testirana pomoću Path analiza, korištenjem LISREL VI programa (139). To je statistički postupak koji omogućava ispitivanje izravnih i neizravnih veza unutar nekog skupa varijabli.

Prvi testirani model uključivao je slijedeće varijable:

-dužinu boravka na ratištu, socioekonomski status, broj traumatskih događaja, nivo depresivnosti, nivo anksioznosti, suočavanje izbjegavanjem i postojanje ili nepostojanje PTSP-a. Pri tome su dužina boravka na ratištu i socioekonomski status tretirane kao nezavisne varijable, za koje je pretpostavljeno da izravno doprinose nastanku PTSP-a ali i neizravno preko medijacijskih varijabli. Tako dužina boravka na ratištu djeluje preko svih varijabli, a socioekonomski status preko nivoa depresivnosti, nivoa anksioznosti i suočavanja izbjegavanjem.

Broj traumatskih događaja, nivo depresivnosti i anksioznosti i suočavanje izbjegavanjem, tretirane su kao medijacijske varijable preko kojih dužina boravka na ratištu i socioekonomski status djeluju na nastanak PTSP-a, ali koje i samostalno doprinose nastanku PTSP-a. Postojanje ili odsustvo PTSP-a tretirano je kao nezavisna, ishodna varijabla.

Drugi model sličan je prvome samo je umjesto nivoa depresivnosti i anksioznosti, kao medijacijska varijabla uključen **ukupan skor na SCL-90**.

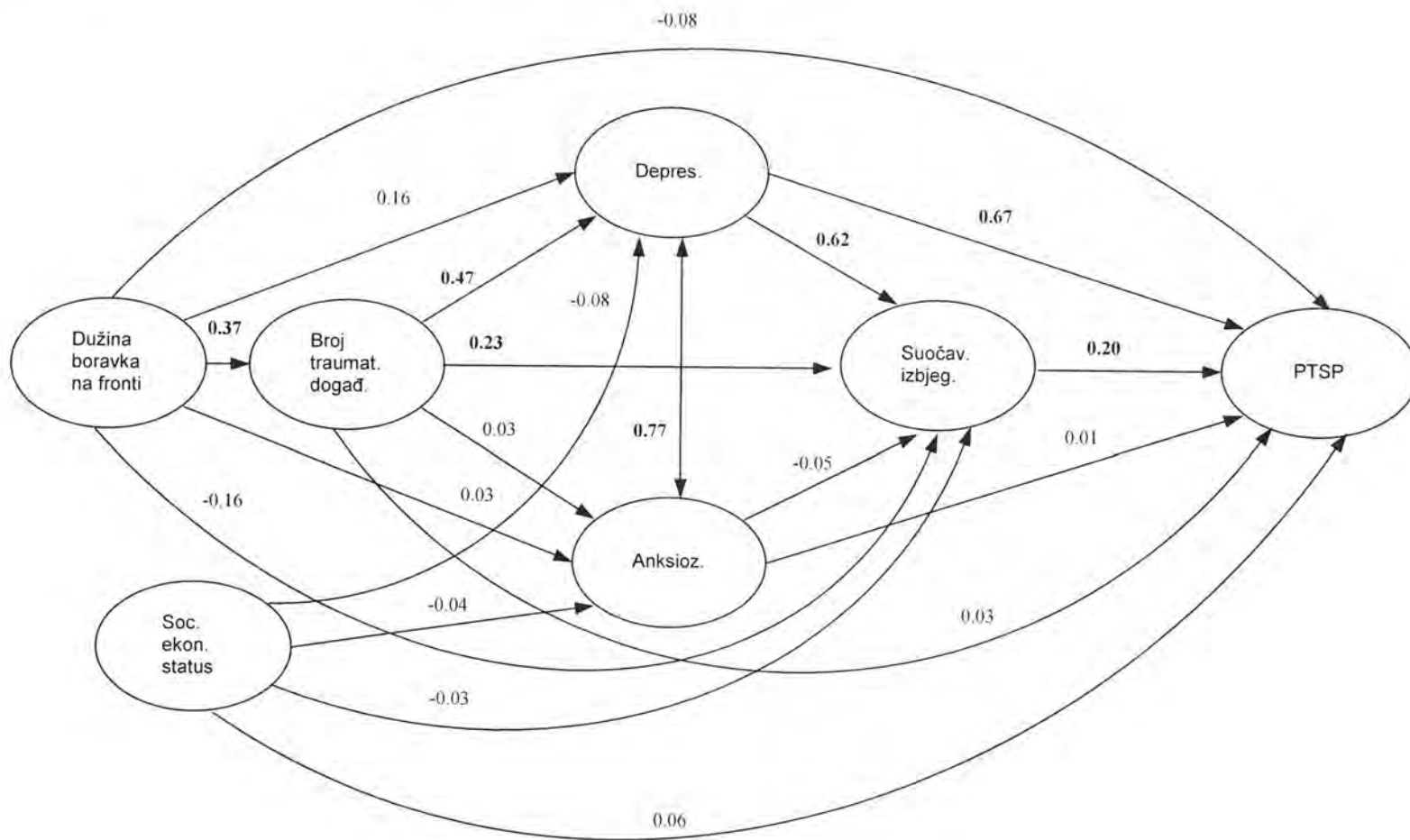
Međusobni odnos varijabli, kao i dobiveni rezultati (path koeficijenti) prikazani su na Slikama 1 i 2. Statistički značajni path koeficijenti napisani su podebljano.

Iz Slike 39 možemo vidjeti da dužina boravka na fronti statistički značajno doprinosi broju traumatskih događaja, a oni pak povećavaju depresivnosti i suočavanja izbjegavanjem ($p < 0,01$). Nivo depresivnosti značajno doprinosi i povećanju suočavanja izbjegavanjem i PTSP-u, a i ukupan efekt suočavanja izbjegavanjem na PTSP također je statistički značajan ($p < 0,01$). Iz dobivenih rezultata također možemo vidjeti da socioekonomski status i nivo anksioznosti ne doprinose značajno ni jednoj medijacijskoj varijabli, ni povećavaju vjerovatnost nastanka PTSP-a. Možemo zaključiti da je potencijalni način za nastanak PTSP-a kod osoba koje su imale akutnu reakciju na borbeni stres slijedeći: dužina boravka na ratištu povećava broj traumatskih događaja, a oni pak povećavaju nivo depresivnosti i suočavanje izbjegavanjem. Ovo potonje, posebice nivo depresivnosti, direktno povećavaju vjerovatnost nastanka PTSP-a.

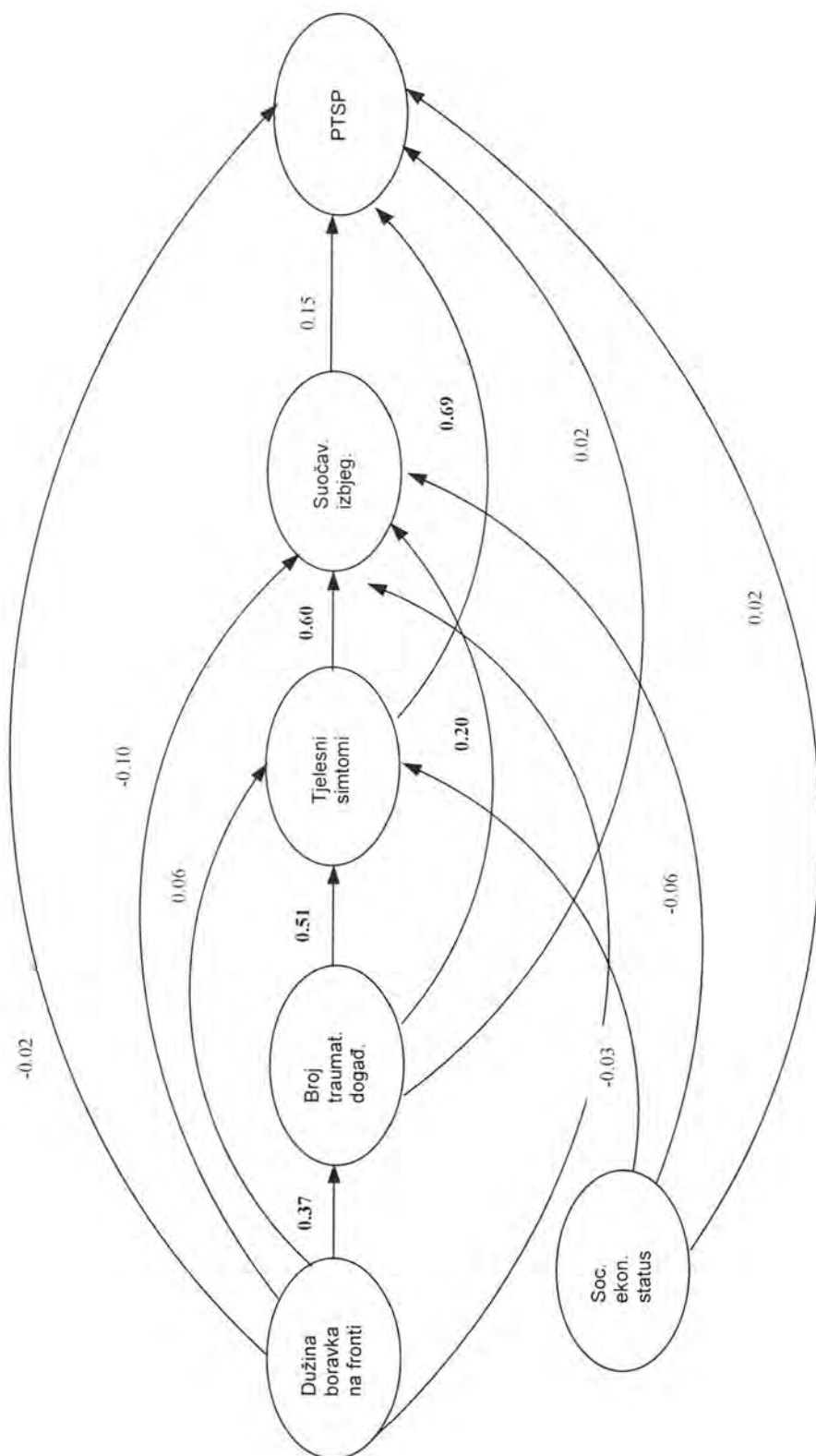
Iz Slike 40 vidimo da somatizacije (mjerene SCL-90 upitnikom) funkcioniraju na sličan način kao depresivnost u prvom modelu. Naime, dužina boravka na ratištu direktno povećava broj traumatskih događaja koji onda doprinosi povišenju somatizacija i suočavanja izbjegavanjem. Tjelesni simptomi snažno doprinose suočavanju

izbjegavanjem ali i vjerojatnosti nastanka PTSP-a ($p < 0,01$). Iz oba ova modela možemo zaključiti da su ključne varijable, koje povećavaju vjerojatnost dijagnoze PTSP-a, **dužina boravka na ratištu** i s njom povezan **broj traumatskih događaja** što onda povećava i **nivo depresivnosti** (Slika 39) i **somatizacije** (Slika 40), a te dvije varijable direktno pridonose vjerojatnosti oboljenja od **PTSP-a**.

Slika 39.



Slika 40



4. RASPRAVA

U ovom radu pratimo ispitanike u tri različita vremenska razdoblja, ispitujući različite parametre. Kako je svaki dio ispitivanja imao svoje specifične značajke, to sam radi preglednosti i raspravu podijelila u tri dijela.

4.1. PRETKAZATELJI MOGUĆEG RAZVOJA AKUTNE REAKCIJE NA BORBENI STRES

Prvi se dio istraživanja odvijao tijekom prosinca 1991. siječnja i veljače 1992. godine, a bio je dio opsežnijeg ispitivanja emocionalnih reakcija vojnika na ratnu situaciju. (6) 541 ispitanik, pripadnik HV, ispunio je niz samoprocjenskih skala. Ispitivanje se provodilo na više mjesta. 285 njih ispitani su nakon što su se javili psihijatru u Rijeci ili Gospiću radi psihičkih teškoća koje su imali tijekom boravka na ratištu. Kontrolna skupina bili su pripadnici postrojbi HV, njih 261, koji su bili stacionirani na istim djelovima ličkog ratišta, a nisu imali psihičkih teškoća koje bi ih dovele psihijatru ili ih ometale u obavljanju zadataka na bojišnici. Skale su se odnosile na osnovna emocionalna stanja (tuge, radosti, ljutnje i straha) prije i u tijeku rata, tjelesne simptome koji predstavljaju ekvivalente anksioznosti u tijeku i izvan borbene akcije, a primjenjena je i bipolarna skala samoprocjene.

Među ispitanicima bilo je dragovoljaca i mobiliziranih. Činjenicu da je netko bez poziva krenuo u rat ili je čekao na mobilizacijski poziv, smatrala sam značajnom motivacijskom varijablom koja bi mogla

djelovati zaštitno u odnosu na javljanje neželjene reakcije na borbeni stres.

Od svih traumatskih aspekata boravka na bojišnici, smatrala sam da upravo borbeno iskustvo predstavlja zapravo "model" za traumatsku situaciju u kojoj postoji prijetnja životu, a vrlo često i svjedočenje tuđe pogibije ili ranjavanja pri čemu se čovjek može osjećati vrlo bespomoćno i prestravljeno. Upravo zato sudjelovanje u borbenoj akciji također sam uvrstila u analizu kao jednu od mogućih pretkazateljskih varijabli.

Da bi utvrdila koje od ovih varijabli utječu, i u kojoj mjeri, na javljanje akutne reakcije na borbeni stres, sve navedeno uključeno je stupnjevitu regresijsku analizu. U prvom stupnju analize kao nezavisne varijable uzela sam osnovne emocije straha, tuge, ljutnje i radosti prije rata i u sadašnje vrijeme, tjelesne simptome izvan borbe i u tijeku borbe i borbeno iskustvo. Pokazalo se da samo četiri varijable značajno utječu na javljanje akutne reakcije: postojanje straha i tjelesnih tegoba koje se javljaju u posljednje vrijeme i niske vrijednosti na skali radosti u posljednje vrijeme i straha prije rata.

Izračunom stupnja doprinosa razvoju akutne reakcije na borbeni stres svake od ovih varijabli, vidjelo se da one pridonose njenom razvoju 25,4 %. Dodatnih 22,65% čini njihov zajednički utjecaj. To znači da, kada se jednom jave udruženo, ovi faktori samim time doprinose javljanju psihičkih tegoba. No, 51% utjecaja i dalje ostaje neobjašnjeno.

Drugim stupnjem regresijske analize željela sam utvrditi kakav utjecaj imaju varijable motivacije, borbenog iskustva i rezultati na

bipolarnim skalama samoprocjene. Pokazalo se da 6 varijabli značajno utječu na javljanje reakcije na borbu, ali i da su međusobno u korelaciji. To su: borbeno iskustvo i moralnost u pozitivnoj i motivacija, emocionalna stabilnost, samoprocjena efikasnosti i socijalbilnost u negativnoj korelaciji. Drugim riječima, veća je vjerovatnost da akutnu reakciju na borbeni stres razvije osoba koja je proživjela borbeno iskustvo, koja ima više moralne kriterije, emocionalno je stabilnija, društvenija, osoba čija je motivacija slabija i koja se doživljava manje efikasnom na bojišnici.

Ako povežemo rezultate prve i druge analize očitava nam se jasnije obris osobe s povišenim rizikom da na borbeni stres odgovori razvojem psihičkih smetnji u obliku akutne reakcije. Neka vrsta tako dobivenog "psiho-foto robota" je osoba koja je prije rata sebe doživljavala kao emocionalno uravnoteženu, društvenu osobu, visokih moralnih stavova, koja prije rata nije imala razloga za osjećaj straha. Ona najčešće nije dragovoljno otišla na ratište, ali je prihvatila mobilizacijski poziv kao svoju društvenu obavezu. Na ratištu se međutim ne doživljava efikasnom. Borbeno iskustvo, osim straha za vlastiti život i život najbližih u okruženju, budi niz moralnih dilema. Borba podrazumjeva mogućnost da drugo ljudsko biće lišimo života. Bez obzira što se to dešava u vrlo specifičnim okolnostima rata, ljudska dimenzija ove situacije nesumljivo predstavlja atak na moralni sustav čovjeka kako god ga nastojali premostiti. Jasno je da takva osoba nema mnogo razloga za radost na ratištu, nju ne vesele uspjesi niti činjenica da je borbu preživjela. Cijena toga najčešće je pogibija drugih ljudi. Jedino

što osjeća je strah od novih borbenih situacija u kojima će njen život i moralna načela biti ponovno ugroženi. S druge strane vjerovatno upravo osjećaj dužnosti ne dopušta joj da iznađe način kako izbjeći ratište. Vanjska opasnost uzrokom je jakog osjećaja straha, a unutarnja opasnost pojačava tjeskobu koja se djelom kanalizira kroz tijelo. Ovo rezultira mnoštvom tjelesnih simptoma koji su u stvari ekvivalenti anksioznosti.(140,141)

Ovi rezultati u skladu su s nizom stavova na koje sam nailazila u literaturi. Naime, praktički od najranijih spisa koji su se bavili ratom, motivacija je smatrana sigurnim pokazateljem efikasnosti vojnika. (1,2,5) Što je više vojnik ratne uspjehe doživljavao kao "svoje" to je više uspjevao naći opravdanje za sva neugodna dešavanja vezana za rat, a time i doživljavati "radost preživjelog". (6)

Freud je radeći s veteranima prvog svjetskog rata uočio dvojbu u kojoj se nalazi čovjek kad krene u rat. On je to objašnjavao postojanjem tkz. mirnodopskog i vojnog superega. Međutim, preobrazba superega ne mora ići glatko i bezbolno niti u jednom smjeru. Da je jak osjećaj krivnje česta posljedica spoznaje da se ne može ispuniti društvena obaveza odlaska na ratište i sudjelovanja u borbi opisuju Ronald Feirbrein i Zahava Solomon (4,31). Prema podacima iz izraelskih, ali i drugih ratova, ovo nerijetko završava suicidom onih koji su se psihički slomili pod teretom bojišnice.

Postoje čak uvriježeni stereotipi onih koji će biti efikasni na ratištu, a vrlo često to se povezuje za nedostatak straha i posebnu strukturu osobnosti (1). Ovakav rezultat govorio bi u prilog takvim stereotipima.

Kada međutim bolje proučimo rezultat ove analize vidimo da potonje varijable (efikasnost, moralnost, socijabilnost, emocionalna stabilnost, motivacija i borbeno iskustvo) objašnjavaju tek nešto više od 28 % doprinosa. Dovoljno za stvaranje predrasude, ali zapravo nedovoljno za predikcijsku vrijednost.

Stoga sam u trećem stupnju regresijske analize uzela u obzir sve varijable koje su mi stajale na raspolaganju. Rezultat je pokazao da, kada uključimo sve ove varijable, značajnost pokazuju opet samo njih četiri: strah i tjelesni simptomi u posljednje vrijeme u pozitivnoj i strah prije rata i radost u posljednje vrijeme u negativnoj korelaciji. Ove varijable imaju gotovo 50% doprinos javljanju akutne reakcije na borbeni stres. Od toga strah i tjelesni simptomi u posljednje vrijeme doprinose čak 45%. Sve druge varijable ne pridonose značajno nastanku akutne reakcije na stres u borbi.

Ovo govori u prilog tome da je udio traumatske situacije u javljanju akutne reakcije na traumatski stres izuzetno velik, a borba je nesumljivo paradigma traumatske situacije. Međutim ovime još uvijek 50% doprinosa ostaje neobjašnjeno. Sigurno da bi ovdje našli mjesta za neke druge značajke traumatske situacije, osobne resurse i podršku okoline. Svakako su potrebna daljnja istraživanja u tom smislu.

Kada se sve ove varijable (emocije prije rata i u posljednje vrijeme, motivaciju, borbeno iskustvo, sve bipolarne skale samoprocjene, obje skale tjelesnih simptoma) povrgnu stupnjevitom diskriminantnoj analizi pokazalo se da, na osnovi poznavanja rezultata na određenim varijablama, možemo sa relativno visokom točnošću klasificirati one

ispitanike koji su razvili akutnu reakciju na borbeni stres od onih koji nisu. To su varijable tjelesne tegobe u posljednje vrijeme i neposredno u akciji, strah, radost i ljutnja u posljednje vrijeme, ljutnja prije rata, emocionalna stabilnost, fizički izgled i moralnost. Ovime možemo točno klasificirati 84,80% ispitanika samo na temelju rezultata na ovim upitnicima.

Ako emocionalna stanja razmatramo prema teoriji Lazarusa i Folkmana kao kognitivne, relacijske i motivacijske konstrukte, onda u njima možemo prepoznati neke glavne čimbenike koji modeliraju odgovor na traumu: osobne resurse, karakteristike traumatskog događaja i značenje koje mu jedinka pridaje (5). Naime, emocija straha govori nam ne samo o prisutnom strahu već i tome da osoba uočava postojanje vanjske fizičke opasnosti, da tu opasnost procjenjuje znatnom, da strah mobilizira potrebu za borbom ili bjegom kao način odnosa prema opasnom okruženju. Ljutnja pak označava da osoba doživljava uvredu protiv "sebe i svojeg" i to je značenje koje pridaje traumatskoj situaciji. Ovo je sigurno dijelom i produkt projektivne obrane. I strah i ljutnja jaki su mobilizatori mehanizama za nošenje sa stresom, no ako se oni pokažu neadekvatni stvara se mjesto za patološku reakciju.

Rezultati ustvari potvrđuju i jednostavnu iskustvenu spoznaju koju vjerovatno zna svaki časnik s nešto više ratnog iskustva, spoznaju koju često nalazimo opisanu u književnim djelima što se bave ratom, pa i onim najstarijim poput Ilijade, ali ne i tako često u profesionalnoj

literaturi: strah na ratištu s kojim osoba nije u stanju izaći na kraj i stalno prisutne tjelesne tegobe koje se ne smanjuju, jasan su pretkazatelj mogućnosti da se ta osoba tijekom ili neposredno iza borbe psihički slomi(1),

Mnogo napora su vojske raznih zemalja u raznim ratovima utrošile u pokušaje smanjivanja rizika za razvoj akutne reakcije na borbeni stres (1,5). Međutim svi dosadašnji pokušaji nisu urodili zadovoljavajućim rezultatima. Što više, čini se da moderniji načini ratovanja odnose sve veći danak upravo na planu psihičkih reakcija.

Rezultati ovog ispitivanja pokazuju da se jednostavnim samoprocjenskim skalama koje ispituju osnovna emocionalna stanja i postojanje tjelesnih tegoba mogu detekcionirati osobe kod kojih postoji veliki rizik razvijanja akutne reakcije na borbeni stres. Ako tome dodamo faktor motivacije i vlastite samoprocjene, pretkazateljske mogućnosti su još veće.

No, jednako tako možemo reći da će časnik koji vidi i dobro prepoznaje psihičke reakcije članova svoje postrojbe biti u stanju prema jednostavnim značajkama prepoznati vojnike pod rizikom od razvijanja akutne reakcije na borbeni stres.

Možemo zaključiti da su osobe visokomoralnih stavova, koje će i mobilizaciju prihvatiti upravo zbog toga, ako pokazuju sklonost razvoju tjelesnih tegoba i straha sa smanjenim osjećajem radosti, pod visokim rizikom da na borbeni stres reagiraju akutnom reakcijom. Upotrebom ovih samoprocjenskih skala možemo predvidjeti borbenu spremnost vojnika i eventualne potrebe i prije ulaska u borbene akcije.

4.2. TIJEK REAKCIJE NA BORBENI STRES

Drugi dio istraživanja prati jednim dijelom istu skupinu ispitanika, ali sada proširenu za one ispitanike koji su se radi sličnih smetnji javljali i tijekom svibnja i lipnja 1992. godine. Naime to je još uvijek bilo razdoblje kada su se, usprkos uspostave relativno čvrste crte bojišnice, na ličkom ratištu često dešavali proboji ili provokacije. Posljedica toga bio je i nadalje priliv vojnika sa akutnim reakcijama na borbu. Nakon lipnja 1992. godine kliničke slike psihičkih smetnji s kojima su vojnici dolazili sa ratišta počele su se mijenjati, a akutnih reakcija je bilo malo i one su bile sporadične.

Izravnu vezu između ispitivane skupine u prvom i drugom dijelu nije bilo moguće uspostaviti jer je anketa koja je rađena 1991/92. godine, a čiji su podaci korišteni u prvom dijelu ispitivanja, bila anonimna.

Podaci koje sam prikupila pregledavajući dokumentaciju na više su načina zanimljivi. Oni nam ne govore samo o smetnjama s kojima su se javljali vojnici s ratišta, nego ništa manje i o dilemama koje su imali psihijatri susrećući se sa ovom, za njih novom, psihopatologijom.

Gledajući u cjelini prikupljene podatke, ne mogu a da se ne prisjetim riječi Z. Solomon koja je ispitivala psihičke reakcije izraelskih vojnika tijekom tri bliskoistočna rata. Pojašnjavajući zbog čega se bavila samo i isključivo istraživanjem, a nikako i terapijskim zahvatima, navela je da su u tijeku rata psihijatri bili dovoljno zaokupljeni nastojanjima da što efikasnije pruže pomoć većem broju ljudi i najčešće nisu stizali baviti se znanstvenim radom(4). Štoviše, primjenjivati metode znanstvenog ispitivanja u uvjetima koji su sve prije nego primjereni takvom radu, s

ispitanicima koji dolaze prestravljeni onime što su proživjeli, ali i onime što im se dešava na psihičkom planu ,vrlo često nalikuje nečemu neprimjerenom trenutku.

Gledano s današnje distance, listanje ovih podataka u meni budi žaljenje za propuštenom šansom, tim više što je većina pacijenata prošla upravo kroz moju ambulantu.

Umjesto opravdavanja pokušat ću opisati teškoće sa kojima smo se susretali u radu s ovim, za nas psihijatre, "novim"pacijentima.

Sve vezano za vojnike koji su dolazili s ratišta s akutno nastalim psihičkim teškoćama bilo je svojevrsna nepoznanica.

Relativno slabo smo poznavali kliničke slike akutnih reakcija,posebno onih izazvanih ratom. Literature je nedostajalo,ne samo zbog otežanih komunikacija već i zbog činjenice da je područje akutne psihotraumatizacije i inače bilo zanemareno. Dok su saznanja o PTSP-u bila bilježena u stotinama članaka, o akutnoj reakciji tek se započelo govoriti. Ono osnovno što je nedostajalo bilo je - ime. Naime, nije postojala dijagnostička kategorija koja bi adekvatno označila ovu kliničku sliku. MKB 10 klasifikacija uvrštena je u upotrebu sredinom 1992.godine. Knjiga Z.Solomon u kojoj koristi naziv Akutne reakcije na borbeni stres, iz tiska izlazi tek 1993. godine, a naziv koji danas koristimo u DSM klasifikaciju uvršten je tek 1994. godine (4,45,54,55).

Rezultat toga bio je vrlo šaroliki spektar dijagnoza kojima se nastojalo opisati kliničke slike s kojima su vojnici dolazili. Na raspolaganju nam je stajala mogućnost da ovu reakciju opišemo kao poremećaj prilagodbe ili kao neurotsku reakciju. Dijagnostički kriteriji za poremećaj prilagodbe

međutim nisu odgovarali onom što smo viđali u našim ambulancama. Smetnje koje su vojnici imali, evidentno su bile vezane za doživljeno na ratištu i stoga dijagnoza neuroze nije bila primjerena. Naš je izbor najčešće bio opisna dijagnoza na primjer "ustrasna reakcija", "anksiozno depresivna slika" i sl.

S druge strane upravo je nekonstantnost značajki kliničke slike, koja varira od depresivne ukočenosti do bujice nesvrshodnih radnji, a vrlo često i prijelaz iz jednog oblika u drugi, otežavala čak i opisnu dijagnozu. Ovo je bio razlog zbog kojeg izbor materijala koji ću analizirati nisam bazirala na dijagnozi koja je bila zapisana u kartonu, već na dva druga kriterija koji su s većom vjerovatnoćom obećavala da ću izdvojiti upravo traženu skupinu, vojnike koji su se radi akutno nastalih psihičkih smetnji uslijed borbe, javljali psihijatru ili, što je bilo češće, koje je uputio sanitetski liječnik u postrojbi. Stoga sam kao kriterije uzela prvo javljanje psihijatru uopće i upućivanje sa obližnjeg, ličkog ratišta. Tako je izdvojeno 350 kartona.

Prosječna dob ispitanika je 30,7 godina. U dijelu literature se spominje da su mlađe osobe sklonije razvoju patoloških reakcija kada se radi o akutnim reakcijama i PTSP-u (1,4). Za naše ispitanike to ne možemo reći. Ovo može biti odraz starosne strukture pripadnika HV općenito. Naime Hrvatska u to doba bila je u stanju opće ratne ugroženosti kada stupanj mobilizacije dosiže i do 20% punoljetne muške populacije (2,5). Bez općih podataka o općoj dobnoj strukturi vojnika u to doba, ne možemo donositi zaključke.

Učestalost javljanja pokazuje da je broj vojnika s akutnom reakcijom na borbeni stres pratio intenzitet borbenih djelovanja na ličkom ratištu. Naime studeni i prosinac 91. bilo je razdoblje intenzivnih borbenih akcija. Sječanj 92. je bio mjesec s najvećim prilivom vojnika s ratišta. Važan događaj koji je obilježio ovo razdoblje bilo je primirje potpisano 3. siječnja 1992. godine. To je s jedne strane trebalo značiti smanjenje borbenih djelovanja, što se samo djelomično dogodilo, ali s druge strane neposredna opasnost, da veći gradovi pa i cijela država budu egzistencijalno ugroženi, kao da je minula. Vjerovatno je to djelovalo i na smanjivanje stupnja motivacije, ali i neposredne egzistencijalne ugroženosti koja je pridonosila jakoj homogenizaciji oko jednog cilja - obrane domovine. Kao da je relativno smirivanje na ratištu omogućilo iskazivanje osobne reakcije, a povremena borbena djelovanja doživljena su neočekivanijim i tim težim.

Uz to za većinu vojnika koji su dolazili u psihijatrijsku ambulatoriju u Rijeci, to je bio drugi ili treći mjesec boravka na bojišnici. Literatura navodi da svaki dan boravka na ratištu koji prelazi mjesec dana, predstavlja veći rizik za psihički slom. (1) Od veljače nadalje, prilog vojnika bio je relativno ujednačen.

Pripadnost brigadi odraz je stanja na ratištu u to vrijeme. Najveći broj ispitanika dolazio je iz 111. i 128. brigade. To su bile brigade koje su formirane u Rijeci, pretežito od stanovnika Rijeke i najbliže okolice. One su bile i najbrojnije na ličkom ratištu. (142) Zbog blizine ratišta, bilo je moguće Rijeku tretirati kao blisku pozadinu u koju se slalo svakog kome je trebao nešto složeniji zahvat. Pripadnici

lokalnih ličkih brigada (118. i 133. brigada) češće su se javljali u psihijatrijske ambulante formirane u Gospiću i Otočcu. U ispitivanoj grupi ima značajno više mobiliziranih nego dragovoljaca.

Motivacija je uvijek tretirana kao značajan psihološki zaštitni faktor(3,5,6). Sigurno je da traumatska situacija uz motivaciju dobiva drugačiji, pozitivniji smisao.

Prosječno vrijeme provedeno na bojišnici za naše ispitanike bilo je 112 dana, tj. između 3. i 4. mjeseca boravka. Literatura govori o mnogo kraćem vremenu kao granici za psihički slom. Neki spominju da nakon četvrtog tjedna vojnik više nije efikasan.(1,3) Iz distribucije vremena provedenog na ratištu(Slika 6), vidimo da postoje rizičnija razdoblja za psihički slom, nakon čega dolazi do smanjenja rizika .U ovom slučaju to je razdoblje od 1,5 do 3 mjeseca. Broj akutnih reakcija ponovno se povećava nakon 6 do 8 mjeseci, a nakon toga naglo pada. Opisi iz literature najčešće se odnose na ratove visokog intenziteta uz udaljenost od doma, s malom mogućnošću za odmor. Ratna događanja na ličkom ratištu nisu bila tog tipa, a vojnici su na odmor najčešće bez teškoća odlazili kućama. Vjerojatno je to produžilo vrijeme optimalnog funkcioniranja za našu populaciju. Drugi zubac na grafikonu najvjerojatnije se odnosi na zamor. Kada se jednom prijeđe ta krizna točka ,prilagodba situaciji djeluje zaštitno. Stanje na bojišnici zapravo postaje nova "normala" življenja, a dolazak kući postaje unekoliko stresna promjena.(143).

Dijagnoze koje su ispitanici dobivali predstavljaju cijeli spektar naziva za psihička stanja s kojima su dolazili psihijatru. 350 ispitanika

imalo je čak 15 dijagnoza. Kada pregledamo svo nazivlje vidimo da su opisana stanja anksioznosti, straha, ponekad uz konverzivne, disocijativne ili somatizacijske smetnje. Nešto rjeđe su bila zastupljena depresivna stanja. Često su se stanja izmjenjivala pa bi vojnik došao prvi puta ekstremno anksiozan, da bi nakon dan, dva postao depresivan. Ili obrnuto. Osim ovoga, kod većine najčešće su opisivani poremećen san, promjenjivo raspoloženje, otežana samokontrola, dekoncentracija, disocijativni fenomeni kao na pr.osjećaj nestvarnosti i sl. Možemo zaključiti da se zapravo radilo o jednom te istom entitetu kod kojeg u prvi plan može doći bilo koji od simptoma dajući mu svaki put drugu kliničku sliku. Kada ih opišemo, ova psihička stanja izgledaju prilično raznoliko. No, ako upravo raznolikost shvatimo kao bitnu karakteristiku, možemo prepoznati zajednički obrazac.

Ovi opisi uvelike odgovaraju opisima reakcija na borbu iz ranijih ratova. (1,3,4,18-22,24,61,63,64,66) Psihičke reakcije do prošlog stoljeća najčešće su bile konverzivne ili s obiljem somatizacija. U prvom planu psihičke reakcije tijekom I. i II. svjetskog rata XX. stoljeća je anksioznost.

Pregledavajući dijagnoze i nažalost često vrlo oskudno zapisane simptome i kliničke slike u našim kartonima, a u usporedbi sa dijagnostičkim kriterijima za Akutnu reakciju na stres, upada u oči nedostatak kriterija koji je ključan za dijagnozu prema važećoj DSM klasifikaciji. Radi se o disocijativnim fenomenima. Samo kod dvojice vojnika notirano je postojanje disocijacija. U oba slučaja one su bile i vodeći simptom. Za to teoretski može biti najmanje dva razloga. Ili takvi

fenomeni nisu bili prisutni ili ih mi nismo znali prepoznati. Iz današnje perspektive mogu reći da oba razloga imaju udjela. Naime, definicija disocijativnih fenomena bavi se najčešće kvalitativnim značajkama.(29,46,47,50,52,53) Kvantificirati disocijativne fenomene i podvući crtu normale jako je teško. Moguće je da fenomene koje, već možemo smatrati klinički značajnom disocijacijom, mi jednostavno smatramo još uvijek normalnim pojavama. Ovo mi potvrđuje i vrlo često iznenađenje kod pacijenata kada ih ciljano pitamo za ove smetnje. Najčešće to i nije nešto što ih previše uznemirava za razliku od na pr. flashbackova ili nesanice. Disocijaciju, naime, možemo shvatiti i kao jedan od dobrodošlih načina nošenja sa stresnom situacijom, a osobito s neugodnim sjećanjima i nezadovoljstvom svakodnevnicom.

I inače rijetko ćemo pomisliti da ima nečeg neobičnog u dnevnom sanjarenju ili fenomenu da nam se čini da neka, nama neugodna situacija, traje mnogo dulje no objektivno i sl.

Dugo su postojale nedoumice što sve svrstavamo u disocijativne fenomene. Nemogućnost prisjećanja važnih detalja traume pacijenti će doživjeti kao poremećaj sjećanja ili pamćenja. Danas to shvaćamo kao jedan od najčešćih disocijativnih fenomena.(48,49,51)

Možda je upravo ovo razlogom da je stotinjak godina trebalo proći od Jenetovih teza o disocijacijama kao ključnom fenomenu akutne reakcije na stres, da bi disocijacijama dali adekvatno mjesto.

Od otprilike travnja 1992. godine s bojišnice su počeli dolaziti vojnici kod kojih su nesanice i uznemirenost trajali dulje od mjesec dana uz

vraćanje slika traumatskog događaja. To su bili naši prvi pacijeti sa PTSP-om akutnog tipa.

Među kliničkim slikama već smo tada počeli razlikovati još jedno stanje koje je donekle bilo drukčije od uobičajenih akutnih reakcija, koliko god one bile naizgled raznolike. Bila su to stanja općeg zamora kojeg je pratio osjećaj bliske smrti i osjećaj gubitka kontrole. Mi smo to nazvali **Sindromom psihičke iscrpljenosti**. Ova su se stanja razvijala nakon duljeg vremena provedenog na ratištu bez znatnijeg odmora i predstavljala su znak psihičkog i fizičkog zamora kojem je trebalo i terapijski drugačije prići. Ovo istraživanje je i pokazalo da su ispitanici sa sindromom psihičke iscrpljenosti u prosjeku značajno dulje boravili na ratištu nego ispitanici s drugim dijagnozama. U literaturi nisam naišla na potporu stava da se ova klinička slika razlikuje od akutne reakcije na borbeni stres. Naime, ovo stanje moglo je rezultirati akutnim psihičkim slomom, ali dok je trajalo više je nalikovalo Sindromu pregorijevanja no Akutnoj reakciji na borbeni stres.(144) Terapijski zahvati koji su pomagali kod akutne reakcije u ovom slučaju znali su biti kontraproduktivni. Razgovor o proživjelim traumatskim događajima, tzv. "otvaranje traume" nekad je znalo dovesti do dekompenzacije. S druge strane, blagotvoran utjecaj imali su opći mentalno higijenski zahvati kao savjet, kraći odmor u obiteljskom okruženju, naravno uz bolju, domaću hranu.

Ovi jednostavni zahvati bili su samo djelomično uspješni kod akutne reakcije na borbu. Po našem kliničkom utisku to bi kod potonjih prije dovelo do inkapsuliranja traumatskog iskustva nego do boljitka.

Nije ni čudo da nedostaje kliničkih zapažanja. Trebala su stoljeća da akutne i kronične posttraumatske reakcije ,koliko god bile dramatične, budu uvažene kao nozološki entiteti koji stvarno postoje.

Sindrom psihičke iscrpljenosti nije tako dramatičan. Javlja se nakon duljeg ratnog napora,pa ga u ratovima kraćeg trajanja nećemo niti vidjeti.Na pitanje da li se radi samo o obliku akutne reakcije ili ipak o zasebnoj kliničkoj slici nemam sigurni odgovor. Svakako bi bila potrebna daljnja istraživanja .Koliko god postojao znanstveni i klinički interes,iskreno se nadam da za to neće biti prilike. Nekog novog iscrpljujućeg rata.

Kada sam sve dijagnoze na koje sam naišla, raspodjelila prema danas važećim kriterijima, uz uvažavanje postojanja Sindroma psihičke iscrpljenosti, dobila sam 4 skupine: 206 ispitanika imalo je akutnu reakciju na borbeni stres, 104 sindrom psihičke iscrpljenosti,a 34 je dijagnosticirano kao PTSP. Preostalih 6 ispitanika dobili su dijagnoze koje izlaze izvan okvira koji promatramo. Dvojica su došla zbog pretjerane uporabe alkohola. Kako je to bio njihov prvi posjet psihijatru, pitanje je što je bila podloga njihovog naglog ekcesivnog pijenja . Jedan pacijent opisan je kao dekompenzacija i inače psihopatske strukture. Zbog malog broja podataka na bolesničkom kartonu teško je odrediti o čemu se radilo u tom slučaju no diferencijalno dijagnostički dolazi u obzir i akutna reakcija na borbu kod osobe s poremećajem osobnosti što onda specifično oboji i kliničku sliku.

Psihotična stanja koja se prvi puta jave u situaciji borbe, rijetka su i kratkotrajna. No diferencijalno dijagnostički i ovdje moramo razmišljati o

intruzijama i disocijacijama koje vrlo često mogu nalikovati na psihotične simptome. Međutim, zbog malog broja podataka na kartonima teško je donositi zaključke.

Terapijski zahvati koje smo provodili bili su u skladu s ratnom doktrinom. To znači nastojalo se psihološku pomoć pružiti što ranije, što bliže bojišnici i s očekivnjima da će oporavak i povratak na ratište biti brzi (9). Primjenjivan je najčešće jednokratni suportivni razgovor ili savjetovanje nakon dijagnostičkog intervjua. Preporučeni su eventualno anksiolitici kroz kraće vrijeme. Preko 50% ispitanika tako je samo jednom došlo psihijatru, a 2 do 4 puta narednih 43%. Tek je 23 pacijenta više od 4 puta dolazilo psihijatru.

Višekratni suport ili savjetovanje obično se sastojalo od 2 do 4 individualne seanse s naglaskom na emocionalnoj podršci i debriefingu. I prije no što smo se upoznali s teorijskom bazom debriefinga, brzo smo uočili da omogućavanje ventilacije blagotvorno djeluje što se pokazalo i u kasnijem zaljevskom ratu i u brojnim kriznim intervecijama nakon mirnodopskih nesreća. (125,126) Pacijenti kao da su jedva čekali da ih netko sasluša. Čak i kada je to u početku išlo teško. S druge strane terapeuti su sa zanimanjem i znatiželjom saznawali što se to na ratištu dešava i kako to rat zapravo izgleda. Debriefing je tako inauguriran spontano, a rezultati su bili višestruko pozitivni. Sigurno da je svoj lječidbeni efekt imao i odmor od ratišta, ponovni dolazak u obiteljski suportivni milieu.

U ovaj broj psihijatrijskih kontrola nije uključena grupna terapija koju su u tom razdoblju koterapijski vodili liječnik specijalizant i psiholog.

Indikaciju za grupnu terapiju postavljao je psihijatar na prvom pregledu, a uključni kriteriji bile su akutne psihičke smetnje i klinički utisak da pacijent ima određene komunikacijske sposobnosti i kognitivni kapacitet za grupni rad. Sastojala se od 5 do 10 uzastopnih svakodnevnih seansi po 1,5 sati. Grupe su bile poluotvorenog tipa, a obično su imale oko 12 do 15 članova. Jasno da ovaj broj seansi i činjenica da svi članovi nisu dolazili iz iste postrojbe, nije omogućavala pravi debriefing svih traumatskih situacija. Najčešće ono što se postiglo bila je ventilacija, grupna emocionalna podrška i eventualno debriefing jednog od traumatskih događaja jednog od članova grupe. To je zapravo bio "ogledni" rad na traumi koji je trebao poslužiti kao poticaj za daljnji samostalni rad. Na grupu je bilo upućeno 74 ispitanika, gotovo jedna četvrtina.

Iako broj odlazaka psihijatru daje dojam brzine i efikasnosti psihijatrijske skrbi, analiza **duljine liječenja** to ne potvrđuje.

Iz podataka vidimo da je tek trećina ispitanika liječenje završila tijekom 91./92. godine. Daljnja polovina završila je liječenje početkom 1993. (93% ispitanika). Nema razlika u duljini liječenja obzirom na dijagnozu. Možemo zaključiti da, iako je liječenje postavljeno prema određenoj doktrini, faktor kratkoće nije bio previše poštivan. Da li su razlozi bili na strani psihijatara ili se iznalazio neki drugi način kako produljiti odsutnost s ratišta, teško je reći zbog nedostnih informacija.

Jedan dio razloga svakako ide i na kolebljivost ponovnog prihvata vojnika, koji su imali psihičke teškoće, natrag u postrojbu. Koliko god nastojali anulirati psihijatrijsko etiketiranje, zazor od psihičke bolesti

uvijek je prisutan. Kada se vojniku jednom dogodi da "pukne" treba mu pojačani napor i upornost da ponovno stekne povjerenje okoline.

Vjerojatno je tome pridonio i specifičan ustroj zdravstvene skrbi za HV u to vrijeme, kada je sprega civilnog i vojnog zdravstvenog sustava imala niz dobrih strana, ali i niz mogućnosti slabije koordinacije.

Analizom podataka nadalje vidimo da je samo 7% njih upućeno je na **daljnje liječenje** u neki od terapijskih programa duljeg trajanja. Od sveukupnog broja od 350 ispitanika, samo njih 12 i danas se liječi zbog kroničnih posttraumatskih smetnji u istoj ustanovi što iznosi 4%. U toj skupini nema značajnih razlika obzirom na početnu dijagnozu. To znači da isti postotak pacijenata razvije kronične smetnje bez obzira na psihičke smetnje radi kojih se prvi puta javio psihijatru.

Kada su jednom završili liječenje, u razdoblju do 2000. god., 30% njih javilo se ponovno psihijatru i to bilo iz administrativnih razloga ili radi jednokratnog suporta.

Obzirom da je **grupni debriefing**, kako smo bili nazvali grupni rad u koji su bili uključeni naši ispitanici, bio vrlo dobro prihvaćen i od strane terapeuta i od strane članova grupe, a klinički dojam bio je da daje dobre rezultate u smislu psihičkog oporavka vojnika, željela sam, koliko je to bilo moguće, analizirati efekte grupne terapije s dulje vremenske distance. Naime praćenje psihičkog stanja nakon godinu dana po terapiji pokazalo je stabilan efekt na bazične emocije, tjeskobu i depresivnost.(10)

Pokazalo se da su se pacijenti koji su bili u grupi, značajno kraće liječili i liječenje završavali već tijekom 91. ili 92. To znači da je grupni

rad bio efikasniji no individualni terapijski zahvat i da je imao pozitivan učinak na psihički oporavak vojnika i mogućnost njihovog povratka u postrojbu. Možemo reći da je grupni debriefing uspješno prevenirao kronifikaciju akutnih psihičkih smetnji uslijed borbenog stresa.

4.3. PROGNOZA AKUTNE REAKCIJE NA BORBENI STRES

Istu grupu ispitanika čiju sam dokumentaciju analizirala u predhodnom odsjeku pratila sam kako bi utvrdila da li osobe koje su doživjele akutnu reakciju na borbeni stres i nakon 8 godina imaju neke psihičke tegobe ili nakon tih smetnji uslijedi potpuni oporavak.

Ovo razdoblje bio je izrazito turbulentno vrijeme u svakom pogledu. Vjerojatno je to, uz nedostatne bilješke na bolesničkim kartonima, bilo razlogom da prema adresama na kartonima nisam uopće bila u mogućnosti kontaktirati preko polovice osoba iz predviđene grupe.

Od 155 koje sam uspjela kontaktirati jedan je poginuo na ličkom ratištu godinu dana nakon liječenja.

Neki su odselili ili otišli raditi van Rijeke i time bili nedostupni.

Dvoje ispitanika umrlo je u međuvremenu od malignog oboljenja. To predstavlja 1,3% grupe za koju sam dobila podatke. Kako se radi o relativno mlađoj populaciji ovo nije zanemariv podatak.

Tri osobe u međuvremenu su počinile suicid. Uvidom u njihove kartone nisam naišla ni na kakvu posebnost. Jedan od njih javio se samo jednom, dvojica po dva i tri puta tijekom 1992. godine. Nakon toga više se nisu javljali. Suicid su počinili dvije, četiri i pet godina kasnije. U međuvremenu se nisu javljali psihijatru. Ne znamo mnogo o njihovom psihičkom stanju koje ih je dovelo do suicida. Ne znamo niti kakvi životni događaji su možda imali udjela u tome. Pitanje je da li suicid trebamo pripisati podliježećem PTSP-u ili nekom drugom psihičkom poremećaju. No, kako je to čak 1,9% od ispitivane grupe, a prosječna

stopa suicida u Hrvatskoj je 22 na 100 000 stanovnika, možemo samo reći da su naši ispitanici skupina visokog suicidalnog rizika.(68).

Njih 47 je odbilo sudjelovati u studiji ili su preuzeli upitnike ali ih nisu vratili. Tako je u daljnjem istraživanju sudjelovalo 96 ispitanika ili nešto više od četvrtine skupine čiju sam dokumentaciju analizirala u prethodnom dijelu.

4.3.1. Opći podaci

Ispitanici su, što je i za očekivati, u prosjeku 8 godina stariji nego što su bili na početku rata, prosječno srednjoškolske naobrazbe. U ovoj skupini je nešto manje dragovoljaca nego mobiliziranih (46:54%).

Prosječno su bili na ratištu oko pola godine.

Ispitanici su u prosjeku doživjeli 12 traumatskih događaja tijekom boravka na ratištu. Upitani koji bi događaj izdvojili kao najteži, odgovorili su vrlo raznoliko. Nešto više od polovice nije moglo izdvojiti neki događaj i označiti ga kao najgoreg. No, oni koji su to učinili, označili su traumatičnim najčešće granatiranje, boravak na prvoj crti i "čišćenje" terena, ali i povremenu pomutnju i dezorganizaciju u vlastitim redovima.

Dok su prve tri situacije neosporno zastrašujuće i životno ugrožavajuće, potomje se doživljavaju posebno teškima jer opasnost dolazi sa strane koja bi trebala pružiti potporu i osjećaj sigurnosti.

Promjene u radnom statusu velikim djelom odraz su socioekonomske situacije u Hrvatskoj. Dapače, stupanj nezaposlenosti u ispitivanoj skupini (7,4%) znatno je manji od općeg nivoa nezaposlenosti koji prema nekim procjenama iznosi čak 22%.

Postotak bolovanja ne izlazi izvan okvira uobičajenog postotka. S obzirom na prosječnu dob ispitanika postotak umirovljenih (7,4%) je relativno visok.

U razdoblju od 8 godina samo je trećina ispitanika ostala na istim radnim mjestima. Ostali su ili mijenjali radno mjesto za bolje ili lošije, ili su promijenili radni status. Ovo se zapravo uklapa u turbulentna zbivanja u tranzicijskoj privredi Hrvatske i vrlo je teško donositi zaključke vezane za njihovo eventualno psihičko stanje.

Bračni se status naših ispitanika značajno promjenio u odnosu na 1991. god. Tada je bilo oženjenih tek nešto više od polovice dok je 99. godine taj je broj upola veći. Udvostručen broj razvoda u istom razdoblju još uvijek ne doseže uobičajenu stopu razvoda u općoj populaciji koja se kreće oko 15%. Mogli bi čak reći da je on znatno manji.

Gotovo dvije trećine ispitanika 91. godine stanovalo je kod roditelja, a samo 22 % imalo je svoj stan ili kuću. 1999. godine je znatan broj napustio roditeljsku kuću, a 12 njih su dobili stanove.

Ova su kretanja razumljiva kada znamo da se u 91. godini radilo o relativno mladoj populaciji, ako 30 godina shvatimo kao "mlado". Uz ovako postavljene rezultate, prije možemo zaključiti da životno osamostaljenje ide dosta sporo. No, za zaključak da li je to značajka ove skupine ili šire populacije, nedostaju nam komparacijski podaci.

Iz podataka o radnom statusu, stanovanju i bračnom statusu za potrebe daljnje analize procjenila sam opći socioekonomski status. Za nešto manje od polovice ispitanika možemo reći da imaju

ispodprosječne socioekonomske uvjete, a oko 40 % njih su iznad srednje vrijednosti. Prema podacima o socioekonomskom stanju opće populacije, broj onih na granici bijede danas u našem društvu je čak i veći. Stoga ovo ne možemo promatrati izvan konteksta opće situacije. Više autora navodi dvostruku korelaciju između stupnja društvene potpore i ishoda posttraumatske reakcije. Najprije nedostatna potpora djeluje na ispoljavanje smetnji, a tada ispoljene smetnje utječu na količinu socijalnog suporta.(145,146). Obično kada govorimo o društvenoj potpori najčešće mislimo na materijalno, stambeno i radno osiguranje. Primjenjen opći upitnik sadržavao je pitanja koja su se odnosila upravo na to. Za pretpostaviti je da bi prema tome oni koji su bolje zbrinuti po tim stavkama, trebali imati manje smetnji. U slučaju naših ispitanika ta se pretpostavka nije potvrdila. Naime, distribucija socioekonomskeg statusa pokazala se podjednakom u grupi onih koji imaju i onih koji nemaju PTSP. Upitnik međutim nije sadržavao pitanja koja se odnose na količinu i kvalitetu strukturne i funkcionalne socijalne potpore. Stoga ovi rezultati govore da socioekonomski status sam po sebi nema bitnog izravnog udjela na ispoljavanje posttraumatskih smetnji i da su bitniji neki drugi aspekti potpore okoline koje u ovom ispitivanju nisam mjerila.

Nakon liječenja trećina ispitanika vratila se u postrojbu odmah, a daljnja trećina bili su oslobođeni na kraće vrijeme. Njih 16% je razvojačeno ili su oslobođeni vojske. Petina je ponovno bila mobilizirana u tijeku rata, a neki su se i aktivirali.

Ovi rezultati ne govore u prilog predrasudi koja je dosta česta, da je odlazak psihijatru zapravo put oslobađanja od vojne obaveze i da su osobe koje razviju akutne posttraumatske reakcije zapravo simulanti.

Jedna petina ispitanika ne osjeća danas nikakve subjektivne smetnje. No, dvije petine osjećaju neke tegobe, ali se nisu nikome obratili zbog toga. Devetoro ispitanika i danas se liječi kod psihijatra zbog kroničnih smetnji. Vidimo da prema javljanju psihijatru ne možemo zapravo ocjenjivati psihičke posljedice psihotraumatizacije. Pretpostavka da oni koji se i danas liječe imaju i najizraženije smetnje, nije se potvrdila. Raspodjela jačine izraženih simptoma posttraumatske reakcije značajno se ne razlikuje između onih koji se liječe i onih koji se više nisu javili psihijatru, a zadovoljavaju kriterije za PTSP.

4.3.2. Posttraumatski stresni poremećaj

Oba upitnika koji procjenjuju postojanje PTSP prema DSM-IV kriterijima dala su podjednak rezultat: 25,5%(na HTQ) odnosno 26%(na MISS).Možemo reći da su oba upitnika podjednako osjetljiva i efikasna u prepoznavanju pojedinaca sa PTSP-om.

U većini epidemioloških studija utvrđeno je da osobe sa akutnom posttraumatskom reakcijom, istina nakon mirnodopskih traumatskih događaja, razviju PTSP u većim postocima. Ovi se postoci kreću od 8 do 57%.(114-120,147-149) Međutim, ispitivanja su najčešće provedena u razdoblju od 6 do 12 mjeseci nakon traumatskog događaja. U studijama gdje je spitivanje provedeno nakon duljeg razdoblja, početno utvrđivanje postojanja akutne reakcije na stres nije provedeno prema konzistentnim kriterijima kao što je to uostalom slučaj i u ovom radu,

naprosto zato što do 1992. godine nisu postojali. Solomon Z. utvrdila je da čak 43 % izraelskih vojnika koji su u izraelsko-libanonskom ratu imali akutnu reakciju na borbeni stres ima PTSP 3 godine kasnije. Što više PTSP kod tih ispitanika pokazuje jači intenzitet nego PTSP kod onih kod kojima nije prethodila akutna reakcija na stres. Prema njenim rezultatima akutna reakcija na stres bila bi u stvari dobar pretkazatelj PTSP-a. Incidencija kronifikacije akutnih smetnji ipak ima silaznu putanju s godinama. U našem uzorku 26% ispitanika ima PTSP 8 godina nakon što su imali akutnu reakciju na borbeni stres.(4)

Istraživanja opće incidencije PTSP-a kod veterana iz ranijih ratova daju vrlo raznolike podatke. Istraživanja kod veterana II svjetskog rata pokazuju prevalenciju PTSP-a od 30% i to 40 godina nakon rata. Kod vijetnamskih veterana raspon incidencije u raznim ispitivanjima kreće od 20% do 57%, premda se potonja brojka odnosi na životnu prevalenciju.

Neka istraživanja provedena u Hrvatskoj pokazuju da incidencija PTSP-a u veterana Domovinskog rata 3 godine po završetku rata iznosi 25%.(5) U odnosu na te podatke, postotak PTSP-a kod naše skupine ispitanika u okvirima je opće incidencije PTSP-a bez obzira na akutnu reakciju . (27,150-156) Ovaj rezultat govori da akutna reakcija na borbeni stres nakon 8 godina više nije pretkazatelj javljanja PTSP-a.

4.3.2.1. Neke opće značajke grupe s PTSP-om

Kada sam analizirala međusobne odnose općih parametara i rezultata na HTQ u grupama sa i bez PTSP-a, pokazalo se da povratak

na ratište i oslobođenje od vojske nakon akutne reakcije na borbeni stres nije imao značajnog utjecaja na javljanje PTSP-a.

Usporedna analiza svih korištenih dijelova HTQ-a pokazala je da je broj posttraumatskih simptoma to veći što je veća razina traumatizacije, tj. broj doživljenih traumatskih događaja. To znači i da su ispitanici s PTSP-em doživjeli u prosjeku veći broj traumatskih situacija. Ovo potvrđuje otprije znan presudni udio psihotraume u razvoju patološke reakcije na stres. (157-159) Skupina s PTSP-om ima prema HTQ izražene simptome posttraumatske reakcije u visokom stupnju u odnosu na grupu bez PTSP-a. Ipak oko 16% ispitanika koji nemaju PTSP imaju izražene neke od simptoma.

Inače grupe ispitanika s i bez PTSP-a ne razlikuju se međusobno s obzirom na dob, naobrazbu, bračni, stambeni i socioekonomski status niti po dužini boravka na ratištu.

Rezultati pokazuju da su ispitanici s PTSP značajno češće nezaposleni što znači da teže nađu posao ali i da ga lakše izgube. Imajući u vidu značajke njihovih smetnji, posebno teškoće koncentracije i pojačanu pobudljivost, jasno je da imaju teškoća održati svoje radno mjesto.

Povratak na ratište ili oslobođenje od vojske nije pokazalo da ima utjecaja na javljanje PTSP-a.

4.3.3. Opći psihički simptomi

Srednja vrijednost na skalama **anksioznosti** za cijelu skupinu ispitanika je u granicama normale za normalnu populaciju Mediterana (od 40 do 47). (138) Kada zasebno usporedimo grupu s i bez PTSP-a

vidimo da je stupanj anksioznosti onih s PTSP-em značajno iznad normalnih vrijednosti, dok su oni bez PTSP-a granicama normale.

PTSP je upravo zbog visokog stupnja anksioznosti uvršten u grupu anksioznih poremećaja. No, niski rezultat u grupi bez PTSP-a razlikuje se od rezultata Z. Solomon. Možda udjela u tome ima različito vremensko razdoblje ispitivanja. Ona je utvrdila da visoka anksioznost postoji još nakon dvije i tri godine po akutnoj reakciji. Našim ispitanicima od tada je prošlo 8 godina.

Prema kategorijama **depresivnosti** na Beckovoj ljestvici, cijela skupina ispitanika je u prosjeku blago depresivna. No više od polovine njih je depresivno iznad normalnog nivoa.

Ako taj rezultat razčlanimo prema skupini s i bez PTSP-a, vidimo da su ispitanici s PTSP-om uglavnom iznad normale, najčešće u kategoriji snažne depresivnosti. Međutim i oni bez PTSP-a čak su u 40 % slučajeva depresivni iznad normalnog nivoa. To nam još jednom ukazuje da traumatska situacija rata za sobom ostavlja široku paletu psihičkih reakcija od kojih su poremećaji prilagodbe samo jedan dio. Depresivnost zapravo vrlo često previđamo kao čestu posttraumatsku reakciju. No, ne smijemo smetnuti s uma da depresivnost isto tako može biti posljedica socioekonomske deprivacije.

Prisustvo nekih općih psihičkih simptoma ispitali smo **SCL-90 skalom** i usporedili je s rezultatima kod populacije bez psihičkih smetnji. (137) Prosječni rezultati za cijelu skupinu nisu se značajno razlikovali od normale u većini parametara. Blago povišenje, ali ne značajno nalazimo na skali za opsesivno kompulzivne smetnje, a značajnije povišenje jedino

na skali hostilnosti. Tome može biti uzrok značajka ispitivane populacije ili značajka same mjerne skale.

Kada analiziramo pitanja skale Opsesivno kompulzivnih simptoma, vidimo da su to pitanja na koja osobe s posttraumatskim smetnjama često daju pozitivan odgovor jer se dio simptoma preklapa. Odnosi se to na teškoće zapamćivanja, koncentracije, neželjenih misli, osjećaj "ispranog mozga" i sl.

Jednako tako pitanja iz grupe Hostilnosti preklapaju se s posttraumatskim simptomima pojačane pobuđenosti na pr. lako se iziritiram, imam napade bijesa, potrebu da razbijem stvari, lako se posvađam, vičem i sl(8). Pomnija analiza rezultata pokazuje da osim četvrtine ispitanika koji imaju PTSP još dodatnih 16% imaju izražene simptome pojačane pobuđenosti, a da pri tome nemaju PTSP koje su neurofiziološki posredovane adrenergičkom disfunkcionalnošću. Upravo su ovi simptomi odgovorni za to da se u uobičajenim društvenim kontaktima osobe s posttraumatskim smetnjama doživljavaju hostilnima. Psihotrauma predstavlja u osnovi narcističku povredu koja rezultira velikom količinom nezadovoljstva, potrebom za gratifikacijom koja nadilazi ponekad realitetne principe i istodobne zavisti prema onima koji bi tu gratifikaciju trebali pružiti. Rezultat može biti stalno stanje ljutnje, koja u svakodnevnici najčešće rezultira dvostranim izolacijama. Osoba se izolira od društva koje ga ne razumije, a društvo se povlači od osobe koja je stalno ljuta i nezadovoljna. Iz navedenog možda možemo zaključiti da i kada simptomi posttraumatske reakcije nisu previše izraženi, zaostaju neki obrasci reakcija.

Ako grupe s i bez PTSP-a promatramo odvojeno vidimo da su kod skupine s PTSP-om jako izražene svih devet kategorija simptoma koje ispituje SCL-90 (somatizacije, depresivnost, anksioznost, opsesivno kompulzivni simptomi, interpersonalna osjetljivost, fobična anksioznost, hostilnost, paranoidnost i psihoticizam). Skupina bez PTSP-a u svih 9 kategorija pokazuje rezultate koji se bitno ne razlikuju od normale.

4.3.4. Stilovi suočavanja sa stresom

Rezultati na skalama stilova suočavanja govore da ispitanici kao cijelovita grupa najčešće koriste aktivne načine suočavanja sa stresom. Prema ovim rezultatima pasivni su načini manje zastupljeni. Na začelju ljestvice uz najjače pasivne strategije (negiranje, ponašajni dezangažman, upotreba alkohola) su i religija i humor.

Smatra se da su aktivne strategije one koje doprinose prevladavanju stresne situacije, dok će pasivne samo produbljivati osjećaj bespomoćnosti, a time i smetnje koje proizlaze iz neadekvatnog nošenja sa stresom. (57,160,161) Prema ovim rezultatima, možda je upravo visoki stupanj korištenja aktivnih strategija za suočavanje rezultirao ne pretjeranim udjelom psihopatoloških stanja u ispitivanoj grupi.

Sigurno nije od velikog značaja i ima više značenje digresije, ali mi se niska uporaba humora kao stila nošenja sa stresom čini kulturalno važnom. Pitam se je li to opća značajka našeg društva inače ili je riječ o poslijeratnoj deprivaciji. Daljnje ispitivanje svakako bi bilo zanimljivo.

Kada se svih 17 faktora grupiraju u tri osnovna stila suočavanja i u odnosu na to grupiraju rezultati, vidimo da je aktivno, problemu usmjereno suočavanje, najjače zastupljeno. Kada razdvojimo skupine s i bez PTSP-a

vidimo da ispitanici s PTSP-om značajno češće koriste suočavanje izbjegavanjem, a vrlo malo koriste emocijama usmjereno suočavanje.

Ti su rezultati u skladu s opisanima u literaturi, a i u skladu s kliničkom prezentacijom PTSP-a. Naime, izbjegavanje svega što podsjeća na traumu kao i svega što može izazvati pojačani emocionalni odgovor, postaje osnovna životna strategija osoba s PTSP-om. Zapravo nema dobrih i loših strategija. One su ili primjerene situaciji ili nisu. Premda se većinom preferiraju aktivni oblici, pasivni i izbjegavajući u nekim situacijama mogu biti bolji. Ponekad u slučajevima pacijenata s kroničnim PTSP-om koji vrlo teško izlaze na kraj sa svojom pojačanom pobuđenošću, a svako podsjećanje ih vraća u traumatske memorije, izbjegavanje predstavlja i svrsishodnu strategiju. Ostaje pitanje da li korištenje izbjegavajućih i pasivnijih strategija suočavanja doprinosi razvoj psihopatologije ili su ove strategije posljedica PTSP-a. Jedan dio odgovora dala nam je daljnja analiza.

4.3.5. Međusobni odnosi dobivenih rezultata

Od svih rezultata koji su bili na nivou značajnosti pokušala sam ispitati međusobnu ovisnost i način na koji utječu na javljanje PTSP-a.

Pokazalo se da dužina boravka na fronti sama za sebe ne doprinosi javljanju PTSP-a, ali utječe na broj traumatskih događaja. Ovi pak imaju izravan i značajan utjecaj na nivo depresivnosti, somatizacije kao obranu i uporabu strategije suočavanja izbjegavanjem. Depresivnost, somatizacije i izbjegavanje nadalje značajno doprinose javljanju PTSP-a.

Znači što su duže na bojišnici, vojnici imaju veću vjerojatnost doživjeti više traumatskih iskustava, a time i veću vjerojatnost da razviju PTSP. Broj traumatskih događaja je u izravnoj vezi s incidencijom PTSP-a.

Ovo je u skladu s dosadašnjim saznanjima da je faktor traume izuzetno važan za razvoj posttraumatskog poremećaja. Depresivna reakcija, somatizacija anksioznosti, suočavanje izbjegavanjem, načini su korištenja osobnih psiholoških resursa koji osobi stoje na raspolaganju. Dakle važnost i drugog faktora, faktora osobnosti u odgovoru na traumu je potvrđena.(25,124,143,144)

Važnost socioekonomskog statusa i duljine boravka na ratištu, prema našim rezultatima tek je posredna što se razlikuje od rezultata nekih studija.(145,146) . No, dok su manifestacije strategije suočavanja izbjegavanjem ugrađene u dijagnostičke kriterije PTSP-a, a somatizacije se sve više shvaćaju kao znaci kronifikacije i pretkazatelji dugotrajnih poremećaja, udio depresivnosti u posttraumatskim reakcijama čini mi se zanemaren. Samim time što je PTSP svrstan u anksiozne poremećaje, na neki način je umanjena važnost depresivnosti. S druge strane ona se ne spominje ni unutar dijagnostičkih kriterija, a niti je u žiži interesa kao jedna od posttraumatskih reakcija. Kao da je upravo zbog svoje sveprisutnosti previđena. Rezultati ove analize još jednom potvrđuju da depresivnost igra veliku ulogu u posttraumatskom odgovoru, ali i da depresivnost samu moramo shvatiti kao jednu od posttraumatskih posljedica.

Depresivnost je obično pratilac gubitaka, bilo da se radi o gubitku nama važnih osoba, relacija, djelova našeg selfa ili vrijednosnog sustava.

Rat sa svojom masivnom destrukcijom, sve svoje sudionike pretvara u gubitnike. S koje god strane pobjede bili, svjedoci su gubitaka života, prijatelja, ljudskih vrijednosti, dobara. Vjeru u pravednost svijeta, čovječnost i mirnodopske kriterije teško je održati pod zastrašujućim neprijateljskim granatama. Odžalovati sve to naprosto je nemoguće. Neki će zato pokušati smanjiti bol izbjegavanjem, a neki će postati depresivni. Možda upravo tu leže uzroci visoke stope suicidalnosti u ovoj skupini ispitanika.

4.4. ZAKLJUČCI

Rezultati koje sam predočila na ovim stranicama upućuju nas na nekoliko zaključaka:

- kada vojnici iskazuju jaki strah, mnoštvo tjelesnih tegoba i manje radosti postoji visoka vjerojatnoća da će u situaciji brobe razviti akutnu reakciju na borbeni stres;

- primjenom jednostavnih samoprocjenskih skala koje ispituju bazična emocionalna stanja i tjelesne tegobe može se prepoznati osobe visokog rizika za psihički slom u borbi;

- kliničke slike akutne reakcije na borbeni stres ,prema našem iskustvu tijekom Domovinskog rata u najvećem broju u suglasju su s iskustvima iz drugih ratova opisanim u literaturi i s uspostavljenim dijagnostičkim kriterijima. Karakterizirane su polimorfnim simptomima, a dominantni simptom bila je jaka anksioznost;

- "sindrom psihičke iscrpljenosti" oblik je akutne reakcije, a mogućnost da to predstavlja zasebni dijagnostički entitet traži daljnja istraživanja;

- grupni debriefing pokazao se kao uspješna liječidbena metoda u brzom oporavku od akutne reakcije na borbeni stres, brzom povratku na bojišnicu i prveniranju kronifikacije akutnih smetnji ;

- s obzirom da je 1,9% članova ispitivane skupine počinilo suicid, možemo reći da je grupa vojnika koja je imala akutnu reakciju na borbeni stres grupa visokog suicidalnog rizika;

- pretpostavka da je akutna reakcija na borbeni stres dobar pretkazatelj PTSP-a nije se pokazala točnom. Prema našim rezultatima akutna reakcija na

borbeni stres nakon osam godina nije pretkazatelj posttraumatskog stresnog poremećaja;

- najsnažniji pretkazatelj razvoja PTSP-a je broj traumatskih iskustava tj. stupanj traumatizacije;

- traumatsko iskustvo utječe na razvoj PTSP-a time što pridonosi razvoju depresivnosti i somatizacija, koji pak uz uporabu izbjegavanja kao strategije suočavanja sa stresom dovode do PTSP-a.

5.LITERATURA

1. Gabriel R. **Nema više heroja**,Alfa,Zagreb,1991.
2. Jurković P,Pavlina Ž,Kontošić N,Bauer J. **Čimbenici učinkovitog učenja u vojsci** .U MORH:Vojna psihologija,MORH:Zagreb,2000;str.165-181.
3. Kapor G. **Ratna psihijatrija**.Beograd:Savremena vojna misao,1978.
4. Solomon Z.**Combat Stress Reaction**.New York/London:Plenum Press,1993.
5. Lazarus R.S.**Why we should think of stress as a subset of emotion**.U Goldberg L,Breznitz S, ur.Handbook of stress, New York:The Free Press, 1993;str.21-40.
6. Frančišković T. **Reakcija na borbeni stres**,magistarski rad,Rijeka,1998.
7. Kulenović M. **Osnove psihološke medicine u ratu**.U Kain E ,ur.Uvod u ratnu psihologiju i psihijatriju, Zagreb:Ministrastvo zdravstva RH, 1991;str.13-30.
8. Figley CR.**Psychological adjustment among Vietnam veterans an overview of the research**.U: Figley CR.ur.Stress disorder among Vietnam veterans.New York:Brunner/Mazel,1978;str.57-70.
- 9.Solomon Z,Benbenishty R.**The role of proximity,imediacy,and expectancy in frontline treatment of combat stress reaction among Israelis in the Lebanon war**.Am J Psychiatry 1986;143:613-617.
10. Moro LJ,Varenina G,Bertović G,Frančišković T,Urlić I.**Evaluation of short group psychotherapy of soldiers suffering from psychical traumas**.Coll.Antropol.1995;19:413-420.
11. Ursano RJ i sur.**Acute and Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Motor Vehicle Accident Victims**,AmJ Psychiatry 1999;156:589-595.
12. Classen C,Koopman C,Hales R,Spiegel D.**Acute Stress Disorder as a Predictor of Posttraumatic Stress Symptoms**.Am J Psychiatry 1998;155:620-624.
13. Bryant RA,Harvey AG.**Relationship Between Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Following Mild Traumatic Brain Injury**.Am J Psychiatry 1998;155:625-629.
14. Koren D,Arnon I,Klein E.**Acute Stress Response and Posttraumatic Stress Disorder in Traffic Accident Victims:A One-Year Prospective,Follow-Up Study**.Am J Psychiatry,1999;156:367-373.

15. Brewin CR, Andrews B, Rose S, Kirk M. **Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in Victims of Violent Crime.** *Am J Psychiatry* 1999;156:360-366.
16. Engdahl B, de Silva PL, Solomon Z, Op den Welde W. **Former Combatants: Mental Health Problems and Interventions.** *ESTSS Bulletin* 2000;7:15-23.
17. Wolfe J, Keane TM, Kaloupek DG, Mora CA, Wine P. **Patterns of Positive Readjustment in Vietnam Combat Veterans.** *J Traum Stress* 1993;6:179-193.
18. Kapor G, Vujošević K. **Vojna psihijatrija.** Beograd: Vojnoizdavački i novinski centar, 1987.
19. Shay J. **Learning About Combat Stress from Homer's Iliad.** *J Traum Stress* 1991;4:561-579.
20. Shay J. **Achilles in Vietnam.** New York: Touchstone ; 1994.
21. Schneider RJ, Luscomb RL. **Battle Stress Reaction and the United States Army.** *Mil Med* 1984;149:66-69
22. McDuff DR, Johnson JL. **Classification and Characteristic of Army Stress Casualties During Operation Desert Storm.** *Hospital and Comm Psychiatry* 1992;43:812-815.
23. Schaub MR, McGlaughlin VG. **A knowledge assessment of combat stress reaction in Army Family Practice residents.** *Mil Med* 1990;155:539-545.
24. Kromos HR. **The nature of combat stress.** U : Figley CR, ur. *Stress Disorders Among Vietnam Veterans.* New York: Brunner/Mazel, 1978; str. 3-22.
25. Vidović V, Moro Lj. **Građanin i stvarnost rata.** U : Klain E. ur. *Ratna psihologija i psihijatrija.* Zagreb: GSSRH, 1991; str. 185-188.
26. Wilson JP. **The Historical Evolution of PTSD Diagnostic Criteria: From Freud to DSM-IV.** *J Traumatic Stress* 1994;7:681-698.
27. Kučukalić A. **Liječenje psihičkih poremećaja uslovljenih stresom.** Sarajevo: Univerzitetska knjiga ; 1998.
28. Yehuda R, McFarlane AC. **Conflict Between Current Knowledge About Posttraumatic Stress Disorder and Its Original Conceptua Biasis.** *Am J Psychiatry* 1995;152:1705-1713.

29. van der Kolk BA, van der Hart O. **Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma.** Am J Psychiatry 1989;146:1530-1540.
30. Worthington ER. **Demographic and pre-service variables as predictors of post-military service adjustment.** U: Figley CR, ur. Stress Disorder Among Vietnam Veterans. New York: Brunner/Mazel, 1978; 173-182.
31. Fairbairn WRD. **Psihoanalitičke studije ličnosti.** Zagreb : Naprijed ; 1982. str. 283
32. Brett EA. **Psychoanalytic Contribution to a Theory of Traumatic Stress.**
U : Wilson JP, Raphael B, ur. International Handbook of Traumatic Stress Syndromes, New York: Plenum Press, 1993; str. 61-68.
33. Hierholzer R, Munson J, Peabody C, Rosenberg J. **Clinical Presentation of PTSD in World War II Combat Veterans.** Hosp Comm Psychiatry, 1992; 43: 816-820.
34. Smith EM, North CS. **Posttraumatic Stress Disorder in natural Disasters and Technological Accidents.** U: Wilson JP, Raphael B, ur. International Handbook of Traumatic Stress Syndromes, New York: Plenum Press, 1993; str. 405-420.
35. Davidson JRT. **Posttraumatic stress disorder and Acute stress disorder.** U: Kaplan HI, Sadock BJ, ur. Comprehensive textbook of Psychiatry/IV, Vol 1, Baltimore 1995; Williams & Williams; str. 1227-1236.
36. Horowitz MJ. **Stress-Response Syndromes: A Review of Posttraumatic Stress and Adjustment Disorders.** U: Wilson JP, Raphael B, ur. International Handbook of Traumatic Stress Syndromes, New York: Plenum Press, 1993; str. 49-60.
37. Wilson JP. **Theoretical and conceptual foundations of traumatic stress syndromes.** U: Wilson JP, Raphael B, ur. International Handbook of Traumatic Stress Syndromes, New York: Plenum Press, 1993; str. 1-10.
38. Wilson JP. **The Historical Evolution of PTSD Diagnostic Criteria: From Freud to DSM-IV.** U: Everly GS, Lating JM. Psychotraumatology. New York and London: Plenum Press 1995; str. 9-26.
39. McFarlane AC, van der Kolk BA. **Trauma and Its Challenge to Society.** U: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L. Traumatic Stress. New York, London: The Guilford Press 1996; str. 24-46.
40. van der Kolk BA, Weisaeth L, van der Hart O. **History of Trauma in Psychiatry.** U: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L. Traumatic Stress. New York, London: The Guilford Press 1996; str. 47-76.

41. Herman JL. **Trauma and Recovery**. New York: Basic Books; 1992.
42. Lifton RJ. **From Hiroshima to the Nazi Doctors: The evolution of Psychoformative Approaches to understanding Traumatic Stress Syndromes**. U: Wilson JP, Raphael B, ur. *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, New York: Plenum Press, 1993; str. 11-24.
43. Meichenbaum D. **A Clinical Handbook/Practical Therapist Manual**. Waterloo: Institute Press; 1994, str. 22-46.
44. Krystal H. **Beyond the DSM-III**. U: Wilson JP, Raphael B, ur. *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, New York: Plenum Press, 1993; str. 841-853.
45. World Health Organisation. **The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines**. Geneva, 1992.
46. Griffin MG, Resick PA, Mechanic MB. **Objective Assessment of Peritraumatic Dissociation: Psychophysiological Indicators**. *Am J Psychiatry* 1997, 154; 1081-1088.
47. Koopman C, Classen C, Spiegel D. **Predictors of Posttraumatic Stress Symptoms Among Survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., Firestorm**. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 888-894.
48. Krystal JH, Bennett AL, Bremner JD, Southwick SM, Charney DS. **Toward a Cognitive Neuroscience of Dissociation and Altered Memory Functions in Post-Traumatic Stress Disorder**. U: Friedman MJ, Charney DS, Deutch AY, ur. **Neurobiological and Clinical Consequences of Stress**. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1995; str. 239-267.
49. Koopman C, Classen C, Spiegel D. **Dissociative Responses in the Immediate Aftermath of the Oakland/Berkeley Firestorm**. *J Traum Stress*, 1996; 9; str. 521-540.
50. Carlier IVE, Lamberts RD, Fouwels AJ, Gersons BPR. **PTSD in Relation to Dissociation in Traumatized Police Officers**. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1325-1328.
51. Yehuda R. **i sur. Dissociation in Aging Holocaust Survivors**. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 935-940.
52. Bremner JD, Southwick S, Brett E, Fontana A, Rosenheck R, Charney DS. **Dissociation and Posttraumatic Stress Disorder in Vietnam Combat Veterans**. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 328-332.

53. Carlson EB, Roser-Hogan R. **Trauma Experiences, Posttraumatic Stress, Dissociation and Depression in Cambodian Refugees.** Am J Psychiatry 1991;148:1548-1551.
54. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition.** Washington D.C.:American Psychiatric Association;1994.
55. Američka Psihijatrijska udruga. **Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, IV izdanje.** Jastrebarsko:Slap;1996.
56. Kinzie DJ, Goetz RR. **A Century of Controversy Surrounding Posttraumatic Stress-Spectrum Syndromes: The Impact on DSM-III and DSM-IV.** J Traum Stress 1996; 9:159-180.
57. Peters L, Slade T, Andrews G. **A Comparison of ICD 10 and DSM-IV Criteria for Posttraumatic Stress Disorder.** J Traum Stress 1999;12:335-344.
58. Pincus HA, Frances A, Davis WW, First MB, Widinger TA. **DSM-IV and New Diagnostic Categories: Holding the line on proliferation.** Am J Psychiatry 1992;149:112-117.
59. Oei TP, Lim B, Hennesy B. **Psychological dysfunction in battle: Combat stress reactions and posttraumatic stress disorder.** Clin Psychology Rev 1990;10:233-241.
60. Muller UF, Yahav AL, Katz G. **Moving places: a glance at the Gulf War from the sealed room.** Br J Med Psychol 1993;66:331-339.
61. Manor I, Shklar R, Solomon Z. **Diagnosis and treatment of combat stress reaction: current of military physicians.** J Trauma Stress 1995;8:247-258.
62. Shalom D, Benbenishty R, Solomon Z. **Mental health officers, causal explanations of combat stress reaction.** J Trauma Stress 1995;8:259-269.
63. Hyams KC, Wignall FS, Roswell R. **War syndromes and their evaluation: from the U.S. Civil War and Persian Gulf War.** Ann Intern Med 1996;125:398-405.
64. Solomon Z, Laror N, McFarlane A. **Acute Posttraumatic Reactions in Soldiers and Civilians.** U: van der Kolk B, McFarlane A, Weisaeth L. ur. Traumatic Stress. New York, London: The Guilford Press, 1996; str. 102-115.
65. Shatan CF. **Stress Disorder among Vietnam Veterans: The Emotional Context of Combat Continues.** U: Figley CR. Ur. Stress Disorders Among Vietnam Veterans. New York: Brunner/Mazel; 1978; str. 43-55.

66. Yitzahaki T, Solomon Z, Kotler M. **The clinical picture of acute combat stress reaction among Israeli soldiers in the 1982 Lebanon war.** Mil Med 1991;156:str.193-197.
67. Benbenishty R. **Combat stress reaction and changes in military medical profile.** Mil Med 1991; 156:68-70.
68. Kozarić-Kovačić D. **Epidemiologija suicida u Hrvatskoj-neki svjetski epidemiološki pokazatelji suicida.** Prvi hrvatski kongres o suicidalnom ponašanju, zbornik radova. Zagreb; Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, 2000; str. 21-24.
69. Cullinan WE, Herman JP, Helmreich DL, Watson SJ. **A Neuroanatomy of Stress.** U: Friedma MJ, Charney DS, Deutch AY. ur. Neurobiological and Clinical Cosequences of Stress. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1995; str. 3-26.
70. Zigmond MJ, Finlay JM, Sved AF. **Neurochemical Studies of Central Noradrenergic Resposnes to Acute and Chronic Stress: Implication for Normal and Abnormal Behavior.** U: Friedma MJ, Charney DS, Deutch AY. ur. Neurobiological and Clinical Cosequences of Stress. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1995; str. 45-60.
71. Southwick SM. I sur. **Abnormal Noradrenergic Function in Posttraumatic Stress Disorder.** Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 266-273.
72. Levine S, Ursin H. **What is stress?** U: Brown MR, Koob GF, Rivier C. ur. Stress, Neurobiology and Neuroendocrinology. New York, Basel, Hong Kong: Marcel Dekker, INC. 1991; str. 3-20.
73. van der Kolk BA, Saporta J. **Biological Response to Psychic Trauma.** U: Wilson JP, Raphael B, ur. International Handbook of Traumatic Stress Syndromes, New York: Plenum Press, 1993; str. 25-33.
74. Moro LJ, Sinanović O. **Neurofiziologija PTSP-a.** Opatija ; Harvard Program in Refugee Trauma; 1997.
75. Selye H. **History of the Stress Concept** U: Goldberg L, Breznitz S. ur. Handbook of Stress. New York; The Free Press: 1993; str. 7-17.
76. Sorg BA, Kalivas PW. **Stress and Neuronal Senzitzation.** U: Friedma MJ, Charney DS, Deutch AY. ur. Neurobiological and Clinical Cosequences of Stress. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1995; str. 83-102.
77. Le Doux JE. **Setting "Stress" into Motion: Brain Mechanisms of Stimulus Evaluation.** U: Friedma MJ, Charney DS, Deutch AY. ur. Neurobiological and Clinical Cosequences of Stress. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1995; str. 125-134.

78. Baker DG i sur.**Serial CSF Corticotropin-Releasing Hormone Levels and Adrenocortical Activity in Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder.**Am J Psychiatry 1999;156:585-588.
79. Southwick SM.**Noradrenergic and Serotonergic Function in Posttraumatic Stress Disorder.**Arch Gen Psychiatry 1997;54:749-757.
80. Ewen BS.**Adrenal Steroid Actions on Brain:Dissecting the Fine Line between Protection and Damage.** U: Friedma MJ,Charney DS,Deutch AY.ur.Neurobiological and Clinical Cosequences of Stress. Philadelphia: Lippincott-Raven ,1995;str.135-149.
81. Gold PE,McCarty RC.**Stress regulation of Memory Processes:Role of Peripheral Catecholamines and Glucose.** U: Friedma MJ,Charney DS,Deutch AY.ur.Neurobiological and Clinical Cosequences of Stress. Philadelphia: Lippincott-Raven ,1995;str.151-162.
82. Sothwick SM, Yehuda R, Morgan III CA. **Clinical Studies of Neurotransmitter Alterations in Post-Traumatic Stress Disorder.** U: Friedma MJ,Charney DS,Deutch AY.ur.Neurobiological and Clinical Cosequences of Stress.Philadelphia:Lippincott-Raven ,1995;str.335-350.
83. Delimar D,Sivik T,Korenjak P,Delimar N.**The Effect of Different Traumatic Experience on the Development of Post-Traumatic Stress Disorder.**Mil med1995;160:635-638.
84. Foy DW,Rueger DB,Sipprelle RC,Carroll EM.**Etiology of Posttraumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans:Analysis of Premilitary,Military and Combat Exposure Influences.**J Cons Clin Psychology 1984;32:79-87.
85. Breslau N.Davis GC.**Posttraumatic Stress Disorder:The Etiologic Specificity of Wartime Stressors.**Am J Psychiatry 1987;144:578-583.
86. Brewin CR,Dalgleish T,Joseph S.**A Dual Representation Theory of Posttraumatic Stress Disorder.**PsychologRev1996;103:670-686.
87. Shalev AY,Schreiber S,Galai T.**Early Psychological responses to Traumatic Injury.**J Traum Stress 1993;6:441-449.
88. Fontana A,Rosenheck R.**A Causal Model of the Etiology of War-Related PTSD.**J Traum Stress 1993;6:475-500.
89. Foy DW,Carroll EM,Donahoe CP.**Etiological factros in the developnemt of PTSD in clinical samples of Vietnam combat veterans.**J Clin Psychology 1987;43:17-27.
90. Foy DW,Resnic HS,Sipprelle RC,Carroll EM.**Premilitary,Military and Postmilitary Factors in the Development of Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder.**Behav Therapist 1987;10:3-9.

91. Laufer RS, Frey-Wouters E, Gallops MS. **Traumatic Stressors in the Vietnam War and Posttraumatic Stress Disorder.** U: Figley CR, ur. *Trauma and its Wake.* New York: Brunner/Mazel, 1985; str. 73-89.
92. Gregurek R. **Psihički aspekti posttraumatskog stresnog poremećaja, Psihodinamsko razumjevanje posttraumatskog stresnog poremećaja.** U: Gregurek R, Klain E, ur. *Posttraumatski stresni poremećaj, hrvatska iskustva.* Zagreb: Medicinska naklada, 2000; str. 45-52.
93. Solomon Z, Mikulincer M, Arad R. **Monitoring and Blunting: Implications for Combat Related Post-Traumatic Stress Disorder.** *J Traum Stress* 1991;4:209-221.
94. Solomon Z, Mikulincer M, Habershaim N **Life-events, coping strategies, social resources, and somatic complaints among combat stress reaction casualties.** *Be J Med Psychology* 1990; 63:137-148.
95. Solomon Z, Oppenheimer B, Yoel E, Waysman M. **Exposure to recurrent combat stress: Can successful coping in a second war heal combat-related PTSD from the past?** *J Anx Disorder* 1990;4:141-145.
96. Leik N, Davidsen-Nielsen M. **Healing Pain.** London and New York: Tavistock/Routledge, 1991.
97. Janoff-Bulman R. **The Aftermath of Victimization: Rebuilding Shattered Assumptions.** U: Figley CR, ur. *Trauma and its Wake.* New York: Brunner/Mazel, 1985; str. 15-35.
98. Deahl PD, Gillham AB, Thomas J, Searle MM, Srinivasan M. **Psychological Sequelae Following the Gulf War Factors Associated with Subsequent morbidity and the Effectiveness of Psychological Debriefing.** *Br J Psychiatry* 1994;165:60-65.
99. O'Brien LS, Hughes SJ. **Symptoms of Post-traumatic Stress Disorder in Falklands Veterans Five Years After the Conflict.** *Br J Psychiatry* 1991;159:135-141.
100. Davidson LM, Baum A. **Predictors of Chronic Stress Among Vietnam Veterans: Stressor Exposure and Intrusive Recall.** *J Traum Stress* 1993;6:195-211.
101. Solomon Z, Weisenberg M, Schwarzwald J, Mikulincer M. **Posttraumatic Stress Disorder Among Frontline Soldiers With Combat Stress Reaction: The 1982 Israeli Experience.** *Am J Psychiatry* 1987;144:448-454.
102. Litz BT, Orsillo SM, Friedman M, Ehlich P, Batres A. **Posttraumatic Stress Disorder Associated With Peacekeeping Duty in Somalia for U.S. Military Personnel.** *Am J Psychiatry* 1997;154:178-184.

103. Van Dyke C,Zilberg NJ,Mc Kinnon JA.**Posttraumatic Stress Disorder:A Thirty-Year Delay in a World War II Veteran.**Am J Psychiatry 1985;142:1070-1073.
104. Solomon Z,Kleinhauz M.**War-induced psychic trauma:an 18-year follow up of Israeli veterans.**Am J Orthopsychiatry 1996;66:152-160.
105. Solomon Z,Benbenishty B,Mikulnicer M.**The contribution of wartime,pre-war,and post-war factors to self-efficacy:A longitudinal study of combat stress reaction.**J Traum Stress 1991;4:345-361.
106. Solomon Z,Oppenheimer B,Noy S.**Subsequent military adjustment of combat stress reaction casualties:A nine year follow-up study.**Mil Med 1986;1:8-11.
107. Shalev AY,Peri T,Canetti L,Schreiber S.**Predictors of PTSD in injured Trauma Survivors:A prospective Study.**Am J Psychiatry 1996;153:219-225.
108. Mandić N.**Posttraumatski stresni poremećaj(PTSP).**Liječ Vjesn 1995;117:47-53.
109. King DW, King LA, Gudanowski DM, Vreven DL. **Alternative Representations of War Zone Stressors: Relationships to Posttraumatic Stress Disorder in Male and Female Vietnam veterans.**J Abnorm Psychology 1995;104:184-196.
110. Breslau N,Chilcoat HD,Kessler RC,Davis GC.**Previous Exposure to Trauma and PTSD Effects of Subsequent Trauma:Results from the Detroit Area Survey of Trauma.**Am J Psychiatry 1999;156:902-907.
111. Elder GH,Shanahan MJ,Clipp EC.**Linking Combat and Physical Health:The legacy of World War II in Men,s Lives.**Am J Psychiatry 1997;154:330-337.
112. King DW,King LA,Foy DW,Keane TM,fairbank JA.**Posttraumatic Stress Disorder in a national Sample of Female and male Vietnam Veterans:Risk factors,War Zone Stressors and resilience-Recovery Variables.**J Abnorm Psychol 1999;108:164-170.
113. Green BL,Grace MC,Jacob DL,Gleser GC,Leonard A.**Risk Factros for PTSD and Other Diagnoses in a General Sample of Vietnam Veterans.**Am J Psychiatry 1990;147:729-733.
114. Brewin CR,Andrews B,Rose S,Kirk M.**Acute Stress Disorder and Posttraumatic StressDisorder in Victims of Violent Crime.**Am J Psychiatry 1999;156:360-366.

115. Turner SW, Thompson J, Rosser RM. **The Kings Cross Fire. Early Psychological Reactions and Implications for Organizing a "Phase-Two" Response.** U: Wilson JP, Raphael B. ur: *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York and London: Plenum Press; 1993: str. 451-459.
116. Briere J, Elliot D. **Prevalence, Characteristics and Long-Term Sequelae of Natural Disaster Exposure in the General Population.** *J Traum Stress* 2000; 13: 661-679.
117. Harvey AG, Bryant RA. **Predictors of Acute Stress Following Motor Vehicle Accidents.** *J Traum Stress* 1999; 12: 519-525.
118. Solomon Z, Shabtai N, Reuven BO. **Risk factors in combat stress reactin: A study of Israeli soldiers in the 1982 Lebanon War.** *Israel J Psychiatry & Relat Sci* 1986; 23: 3-8.
119. Flack WF, Litz BT, Hsieh FY, Kaloupek DG, Keane TM. **Predictors of Emotional Numbing, Revisited: A replication and Extension.** *J Traum Stress* 2000; 13: 611-618.
120. Richmond TS, Kauder D. **Predictors of Psychological Distress Following Serious Injury.** *J Traum Stress* 2000; 13: 681-692.
121. Klain E. **Povijesni razvoj grupne psihoterapije** .U: Kain E i sur. *Grupna analiza.* Zagreb: Medicinska naklada, 1996.
122. Kasanin JS, Windholz E, Rhode C. **Criteria of therapy of war neuroses.** *Am J Psychiatry* 1947; 104: 259-266.
123. Hobbs M. **Crisis intervention in theory and practice: A selective review.** *Br J med Psychology* 1984; 57: 23-34.
124. Samter J, Braudaway CA, Padgett MB, Stephens MG. **Debriefing: from military origin to therapeutic application.** *J Psychosoc Nurs* 1993; 31: 23-27.
125. Rose S, Bisson J. **Brief Early Psychological Interventions Following Trauma: A Systematic Review of the Literature.** *J Traum Stress* 1998; 11: 697-710.
126. Lubin H, Loris M, Burt J, Johnson DR. **Efficacy of Psychoeducational Group Therapy in Reducing Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Multiply Traumatized Women.** *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1172-1177.

127. Mark M,Rabin S,Modai I,Kotler M,Hermesh H.A **Combined clinical approach and understanding of prolonged combat stress reaction**.Mil Med 1996;161:763-765.
128. Johnson LB,Cline DW,Marcum JM,Intress JL.**Effectiveness of a Stress recovery Unit During the Pesian Gulf War**.Hosp Comm Psychiatry 1992;8:829-835.
129. Perconte S,Wilson A,Pontius E,Dietrick A,Kirsch C,Sparacino C.**Unit-Based Intervention for Gulf War Soldiers Surviving a SCUD Missile Attack:Program Description and Preliminary Findings**.J Traum Stress 1993;6:225-240.
130. Tyler MP,Gifford RK.**Fatal Training Accidents:The Military Unit as a Recovery Context**.J Traum Stress 1991;4:233-249.
131. Allden K.i sur.**Harvard Trauma Manual Coatian veterans version**. Cambridge:Harvard Program in refugee Trauma,1998.
132. Keane TM,Cadell JM,Taylor KL.**Mississippi Scale for Combat Related Posttraumatic Stress Disorder:Three Studies in Reliability and Validity**.J Consul Clin Psychology 1988;56:85-90.
133. King LA,King DW.**Latent Structure of the Mississippi Scale for Combat Related Post Traumatic Stress Disorder:Exploratory and Higher Order Confirmatory Factor Analyses**.Assessment 1994; 1:275-291.
134. Shalev AY,Freedman S,Peri T,Brandes D,Sahar T.**Predicting PTSD in trauma survivors:prospective evaluation of self-report and clinician-administered instruments**.Br J Psychiatry 1997;170:558-564.
135. Spielberger CD,Gorusch RL,Lushene RE.**STAI Manual**. Palo Alto: Consulting Psych Press, 1970.
136. Beck AT,Ward CH,Mendelson M,Mock F,Erbaugh E.**An inventory for measuring depression**.Arch Gen Psychiatry 1961;4,561-571.
137. Derogatis LR.SCL-90.**Administration,scoring and procedure manual-I for the revised version**.Baltimor: John Hopkins University.School of medicine,1977.
138. Hudek-Knežević J,Kardum I,Vukmirović Ž.**The Structure of Coping Styles:a Comparative Study of Croatian Sample**.Eur J Pers 1999;13:149-161.
139. Joreskog KG,Sorbom D,Liserl VI.**Analysis of linear structural relationships by maximum likelihood,instrumental variables and least squares methods**.Uppsala.University of Uppsala.Department of statistic, 1986.

140. De Loos WS. **Non psychological presentations of post-traumatic syndromes.** U: First European Conference on Traumatic Stress in Emergency Services, Peace Keeping Operations and Humanitarian Aid Organisations, Book of presentations. Sheffield: Conference Organisation, 1996, str. 1-8.
141. Sarajlić N. **Stres i akutna psihosomatska reakcija u ratu.** U: Klain E. ur. Uvod u psihologiju i psihijatriju. Zagreb: GSSRH, 1991, str. 37-42.
142. Jurković V. **Tragom ličkog ratišta.** Rijeka: Zanat grafika, 1992.
143. Solomon Z i sur. **From front line to home front: a study of secondary trauma.** Fam Process 1992;31:289-302.
144. Figley CR. **Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview.** U: Figley CR ur. Compassion fatigue. New York: Brunner/mazel, 1995; str. 1-20.
145. King LA, King DW, Fairbank JA, Keane TM, Adams GA. **Resilience-Recovery Factors in Post-Traumatic Stress Disorder Among Female and Male Vietnam Veterans: Hardiness, Postwar Social Support, and Additional Stressful Life Events.** J Person Soc Psychology 1998;74:420-434.
146. Flannery RB. **Social Support and Psychological Trauma: A Methodological Review.** J Traum Stress 1990;3:593-611.
147. Wagner D, Heinrich M, Ehler U. **Prevalence of Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in German Professional Firefighters.** Am J Psychiatry 1998;155:1727-1732.
148. Smith EM, North CS, McCool RE, Shea JM. **Acute Postdisaster Psychiatric Disorders: Identification of Persons at Risk.** Am J Psychiatry 1990;147:202-206.
149. Breslau N, Davis GC. **Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults: Risk Factors for Chronicity.** Am J Psychiatry 1992;149:671-675.
150. Kinzie DJ, Bohnlein JK, Leung PK, Moore LJ, Riley C, Smith D. **The Prevalence of Posttraumatic Stress Disorders and Its Clinical Significance Among Southeast Asian Refugees.** Am J Psychiatry 1990;147:913-917.
151. Pitman RK, Altman B, Maclin ML. **Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Wounded Vietnam Veterans.** Am J Psychiatry 1989;146:667-669.

152. Southwick SM. I sur. **Trauma Related Symptoms in Veteran of Operation Desert Storm: A 2-Year Follow Up.** Am J Psychiatry 1995;152:1150-1155.
153. Blake DD, Keane TM, Wine PR, Mora C, Taylor KL, Lyons JA. **Prevalence of PTSD Symptoms in Combat Veterans Seeking Medical Treatment.** J Traum Stress 1990;3:15-27.
154. Fontana A, Rosenheck R.A **Model of War Zone Stressors and Posttraumatic Stress Disorder.** J Traum Stress 1999;12:111-126.
155. Hotujac Lj. **Psihijatrijski poremećaji u ratnim i drugim katastrofičnim prilikama-posttraumatski stresni poremećaj.** Liječ Vjesn 1991;113:265-268.
156. Green BL, Grace MC, Lindy JD, Gleser GC, Leonard A. **Risk factors for PTSD and Other Diagnoses in a General Sample of Vietnam Veterans.** Am J Psychiatry 1990;147:729-733.
157. Breslau N, Davis GC. **Posttraumatic Stress Disorder: The Etiologic Specificity of Wartime Stressors.** Am J Psychiatry 1987;144:578-583.
158. Friedman MJ, Schneiderman CK, West A, Corson JA. **Measurement of Combat Exposure, Posttraumatic Stress Disorder, and Life Stress Among Vietnam Combat Veterans.** Am J Psychiatry 1986;143:537-539.
159. Dahl S, Mutapčić A, Schei B. **Traumatic Events and Predictive Factors for Posttraumatic Symptoms in Displaced Bosnian Women in a War Zone.** J Traum Stress 1998;11:137-145.
160. Ferrada-Noli M, Asberg M, Ormstad K, Lundin T, Sundbom E. **Suicidal Behavior After Severe Trauma. Part 1: PTSD Diagnoses, Psychiatric Comorbidity, and Assessments of Suicidal Behavior.** J Traum Stress 1998;11:103-112.
161. Hendin H, Pollinger Haas A. **Suicide and Guilt as Manifestations of PTSD in Vietnam Combat Veterans.** J Am Psychiatry 1991;148:586-591.

6. PRILOZI

Skala emocionalnih stanja (u zadnje vrijeme)

Skala emocionalnih stanja (prije rata)

Skala samoprocjene

Skala tjelesnih tegoba

Upitnik općih podataka

Mississippi skala za PTSP

Harvard upitnik za traumu – hrvatska verzija za veterane (HTQ)

Spielbergova skala anksioznosti (STAI)

Beckova skala depresivnosti (BDI)

SCL – 90

Upitnik suočavanja sa stresom (Cope)

6.1.SKALA EMOCIONALNIH STANJA (U ZADNJE VRIJEME)

Molimo Vas da označite koliko često ste se u zadnje vrijeme (posljednjih desetak dana) osjećali na opisan način:

1- nikada	2 – rijetko	3 – katkada	4 – često	5 – uvijek	
- ZASTRAŠENO	1	2	3	4	5
- ZADOVOLJNO	1	2	3	4	5
- VESELO	1	2	3	4	5
- VEDRO	1	2	3	4	5
- UZNEMIRENO	1	2	3	4	5
- UGROŽENO	1	2	3	4	5
- UŽASNO	1	2	3	4	5
- TUGALJIVO	1	2	3	4	5
- TUŽNO	1	2	3	4	5
- TJESKOBNO	1	2	3	4	5
- SVADLJIVO	1	2	3	4	5
- SUMORNO	1	2	3	4	5
- STRAH ME JE	1	2	3	4	5
- SRETNO	1	2	3	4	5
- SRDITO	1	2	3	4	5
- SJETNO	1	2	3	4	5
- RAZLJUČENO	1	2	3	4	5
- RAZDRAŽLJIVO	1	2	3	4	5
- RAZBJEŠNJELO	1	2	3	4	5
- RATOBORNO	1	2	3	4	5
- RADOSNO	1	2	3	4	5
- PREPLAŠENO	1	2	3	4	5
- POTIŠTENO	1	2	3	4	5
- POLETNO	1	2	3	4	5
- PLAČNO	1	2	3	4	5
- PLAŠLJIVO	1	2	3	4	5
- ODUŠEVLJENO	1	2	3	4	5
- LJUTITO	1	2	3	4	5
- JADNO	1	2	3	4	5
- GNJEVNO	1	2	3	4	5
- ŽIVAHNO	1	2	3	4	5
- ŽALOSNO	1	2	3	4	5
- DOBRO RASPOLOŽENO	1	2	3	4	5
- DEPRESIVNO	1	2	3	4	5
- BOLNO	1	2	3	4	5
- BOJAŽLJIVO	1	2	3	4	5
- BIJESNO	1	2	3	4	5
- AGRESIVNO	1	2	3	4	5

6.2.SKALA EMOCIONALNIH STANJA (PRIJE RATA)

Molimo Vas da označite koliko često ste u prošlosti, prije ovog rata, osjećali na opisan način.

1- nikada	2 – rijetko	3 – katkada	4 – često	5 – uvijek	
- AGRESIVNO	1	2	3	4	5
- BIJESNO	1	2	3	4	5
- BOJAŽLJIVO	1	2	3	4	5
- BOLNO	1	2	3	4	5
- DEPRESIVNO	1	2	3	4	5
- DOBRO RASPOLOŽENO	1	2	3	4	5
- ŽALOSNO	1	2	3	4	5
- ŽIVAHNO	1	2	3	4	5
- GNJEVNO	1	2	3	4	5
- JADNO	1	2	3	4	5
- LJUTITO	1	2	3	4	5
- ODUŠEVLJENO	1	2	3	4	5
- PLAČLJIVO	1	2	3	4	5
- PLAHO	1	2	3	4	5
- PLAČNO	1	2	3	4	5
- POLETNO	1	2	3	4	5
- POTIŠTENNO	1	2	3	4	5
- PREPLAŠENO	1	2	3	4	5
- RADOSNO	1	2	3	4	5
- RATOBORNO	1	2	3	4	5
- RAZBJEŠNJELO	1	2	3	4	5
- RAZDRAŽLJIVO	1	2	3	4	5
- RAZLJUĆENO	1	2	3	4	5
- SJETNO	1	2	3	4	5
- SRDITO	1	2	3	4	5
- SRETNO	1	2	3	4	5
- STRAH ME JE	1	2	3	4	5
- SUMORNO	1	2	3	4	5
- SVADLJIVO	1	2	3	4	5
- TJESKOBNO	1	2	3	4	5
- TUŽNO	1	2	3	4	5
- TUGALJIVO	1	2	3	4	5
- UŽASNO	1	2	3	4	5
- UGODNO	1	2	3	4	5
- UGROŽENO	1	2	3	4	5
- UZNEMIRENO	1	2	3	4	5
- VEDRO	1	2	3	4	5
- VESELO	1	2	3	4	5
- ZADOVOLJNO	1	2	3	4	5
- ZASTRAŠENO	1	2	3	4	5

6.3.SKALA SAMOPROCJENE

Molimo Vas da na donjim skalama što preciznije opišete kakva ste Vi osoba.

DRUŠTVEN	3	2	1	0	1	2	3	NEDRUŠTVEN
NESAVJESTAN	3	2	1	0	1	2	3	SAVJESTAN
NEPROMIŠLJEN	3	2	1	0	1	2	3	PROMIŠLJEN
PAMETAN	3	2	1	0	1	2	3	GLUP
KOMUNIKATIVAN	3	2	1	0	1	2	3	NEKOMUNIKATIVAN
NEPOUZDAN	3	2	1	0	1	2	3	POUZDAN
PRIVLAČAN	3	2	1	0	1	2	3	NEPRIVLAČAN
AGRESIVAN	3	2	1	0	1	2	3	POMIRLJIV
NESTABILAN	3	2	1	0	1	2	3	STABILAN
BISTAR	3	2	1	0	1	2	3	TUP
EFIKASAN	3	2	1	0	1	2	3	NEEFIKASAN
PRILAGODLJIV	3	2	1	0	1	2	3	NEPRILAGODLJIV
NEODGOVORAN	3	2	1	0	1	2	3	ODGOVORAN
LIJEP	3	2	1	0	1	2	3	RUŽAN
USPJEŠAN	3	2	1	0	1	2	3	NEUSPJEŠAN
PODUZETAN	3	2	1	0	1	2	3	NEPODUZETAN
DRUŽELJUBIV	3	2	1	0	1	2	3	NEDRUŽELJUBIV
NEDOSLJEDAN	3	2	1	0	1	2	3	DOSLJEDAN
NESTRPLJIV	3	2	1	0	1	2	3	STRPLJIV
NE VOLIM LJUDE	3	2	1	0	1	2	3	VOLIM LJUDE
VRIJEDAN	3	2	1	0	1	2	3	BEZVRIJEDAN
OTVOREN	3	2	1	0	1	2	3	ZATVOREN
NEMORALAN	3	2	1	0	1	2	3	MORALAN
SNALAŽLJIV	3	2	1	0	1	2	3	NESNALAŽLJIV
PRODUKTIVAN	3	2	1	0	1	2	3	NEPRODUKTIVAN
NEPOŠTEN	3	2	1	0	1	2	3	POŠTEN
ATRAKTIVAN	3	2	1	0	1	2	3	NEATRAKTIVAN
INTELIGENTAN	3	2	1	0	1	2	3	NEINTELIGENTAN
SPONTAN	3	2	1	0	1	2	3	UKOČEN
ZLOČEST	3	2	1	0	1	2	3	DOBRODUŠAN
DOBRO GRAĐEN	3	2	1	0	1	2	3	LOŠE GRAĐEN
IMPULZIVAN	3	2	1	0	1	2	3	KONTROLIRAN
ZABAVAN	3	2	1	0	1	2	3	DOSADAN
NERVOZAN	3	2	1	0	1	2	3	SMIREN
SIGURAN	3	2	1	0	1	2	3	NESIGURAN
NEODLUČAN	3	2	1	0	1	2	3	ODLUČAN
LOŠ	3	2	1	0	1	2	3	DOBAR
RAZDRAŽLJIV	3	2	1	0	1	2	3	NERAZDRAŽLJIV

6.4.SKALA TJELESNIH TEGOBA

Koliko su kod Vas izražene slijedeće tegobe ?

- glavobolja	0	1	2	3	4
- smanjen apetit	0	1	2	3	4
- osjećaj vrućine	0	1	2	3	4
- klecanje nogu	0	1	2	3	4
- nemogućnost opuštanja	0	1	2	3	4
- pritisak u prsištu	0	1	2	3	4
- poremećaj probave	0	1	2	3	4
- napetost u mišićima	0	1	2	3	4
- preosjetljivost na zvukove	0	1	2	3	4
- povremeno jako lupanje srca	0	1	2	3	4
- obamrlost ili trenje	0	1	2	3	4
- pritisak u glavi	0	1	2	3	4
- pojačano znojenje	0	1	2	3	4
- smetnje s kičmom	0	1	2	3	4
- vrtoglavica	0	1	2	3	4
- nervoza	0	1	2	3	4
- osjećaj gušenja	0	1	2	3	4
- drhtanje ruku	0	1	2	3	4
- klonulost (slabost)	0	1	2	3	4
- opća drhtavica	0	1	2	3	4

6.5. UPITNIK OPĆIH PODATAKA

IME _____
PREZIME _____
GODINA _____ ROĐENJA _____ DATUM _____
ISPITIVANJA _____
STRUČNA _____
SPREMA _____

MOLIMO VAS DA ZAOKRUŽOITE TOČAN ODGOVOR I ISPUNITE PRAZNE
PROSTRE:

1. U HV ste bili:
 - a) dragovoljac
 - b) mobiliziran
 - c) pripadnik MUP-a
 - d) profesionalni vojnik

2. Na ratištu ste proveli ukupno _____ godina _____.

3. Vaš radni status:
 - do 1991/92
 - a) radio sam
 - b) studirao sam
 - c) bio sam nezaposlen
 - d) radio sam povremeno
 - e) nešto drugo _____

 4. – 1999.
 - a) zaposlen sam
 - b) studiram
 - c) promijenio sam posao
 - d) na čekanju od _____
 - e) na skrbi od _____
 - f) na bolovanju od _____
 - g) nezaposlen _____
 - h) penzioniran od _____
 - i) nešto drugo _____

- 5) U razdoblju od 1991. do 1999. ste:
 - a) nastavili školovanje
 - b) ostali na istom radnom mjestu
 - c) mijenjali posao po vlastitom izboru
 - d) dobili otkaz
 - e) dobili slabije radno mjesto
 - f) dobili bolje radno mjesto
 - g) aktivirali se u HV ili MUP-u
 - h) poduzeće otišlo u stečaj
 - i) umirovljeni ste od _____
 - j) povremeno ste radili "na crno"
 - k) nešto drugo

6) Vaš bračni status: do 1991/92.

- a) oženjen
- b) živim u nevjenčanoj zajednici
- c) neoženjen
- d) rastavljen
- e) nešto drugo _____

7) – 1999.

- a) oženjen
- b) živim u nevjenčanoj zajednici
- c) neoženjen
- d) rastavljen
- e) nešto drugo _____

8) Vaš stambeni status: do 1991/92.

- a) imao sam stan/kuću
- b) bio sam podstanar
- c) živio sam kod roditelja
- d) nešto drugo _____

9) – 1999.

- a) živim u istom stanu/kući kao i 1991/92
- b) podstanar sam od _____
- c) živim kod roditelja
- d) dobio sam stan ili kuću
- e) čekam deložaciju
- f) nešto drugo _____

10) Kada ste se javili psihijatru 1991/92:

- a) dobivali ste samo lijekove
- b) bili ste na grupnim terapijama
- c) bili ste u individualnoj terapiji
- d) niste liječeni

11) Od 1992. nakon javljanja psihijatru:

- a) vratili ste se u postrojbu
- b) razvojačeni ste
- c) oslobođeni ste vojne službe na kraće vrijeme
- d) potpuno oslobođen
- e) bili ste ponovno mobilizirani
- f) aktivirali ste se u HV

12) Nakon 1992:

- a) više niste imali psihičkih teškoća
- b) imali ste teškoće ali se nikom niste obratili za pomoć
- c) liječili ste se neko vrijeme kod psihijatra tijekom 1992.
- d) javili ste se psihijatru nakon više godina (npr. 1994. ili 1997)
- e) sada se liječite kod psihijatra

13) Ako ste na prethodno pitanje zaokružili odgovor pod d) ili e) molimo Vas da odgovorite i na sljedeće pitanje:

- a) Znam dijagnozu pod kojom se liječim _____
(molimo Vas da upišete dijagnozu)
- b) Ne znam dijagnozu pod kojom se liječim ali možete kontaktirati mog psihijatra kako bi vam on/ona dao tu informaciju _____
(molimo Vas da upišete ime psihijatra)
- c) Ne znam dijagnozu pod kojom se liječim ali ne bih želio da u vezi toga kontaktirate mog psihijatra.

6.6. Mississippi skala za PTSP

M – P T S D

UVOD: Različita ratna iskustva koja ste preživjeli za vrijeme Domovinskog rata na pojedince mogu djelovati različito. Stoga Vas molimo da u cilju iznalaženja pomoći, odgovorite na niže navedene tvrdnje koje opisuju različite načine suočavanja s proživljenim.

Molimo Vas da budete iskreni i da odgovorite na svako pitanje – tvrdnju, na taj način da zaokružite broj uz odgovor koji daje za Vas najbolji odgovor na postavljenu tvrdnju.

1. **Nekada prije imao sam više bliskih prijatelja nego što ih imam danas.**
1(potpuno netočno) 2(ponešto točno) 3(u nekoj mjeri točno) 4(pretežno točno) 5(potpuno točno)
2. **Ne osjećam se krivim za stvari koje sam uradio u prošlosti.**
1(potpuno netočno) 2(ponešto točno) 3(u nekoj mjeri točno) 4(pretežno točno) 5(potpuno točno)
3. **Ako me neko previše izaziva, mogu postati nasilan.**
1(nikada) 2(rijetko) 3(neki puta) 4(češće) 5(gotovo uvijek)
4. **Ako se desi nešto što me podsjeća na prošlost, postajem vrlo uznemiren i ojađen.**
1(nikada) 2(rijetko) 3(neki puta) 4(češće) 5(gotovo uvijek)
5. **Ljudi koji me dobro poznaju, plaše me se.**
1(potpuno netočno) 2(ponešto točno) 3(u nekoj mjeri točno) 4(pretežno točno) 5(potpuno točno)
6. **Sposoban sam emocionalno biti blizak drugima ljudima.**
1(nikada) 2(rijetko) 3(neki puta) 4(češće) 5(gotovo uvijek)
7. **Imam noćne more o događajima koji su se u mojoj prošlosti zaista dogodili.**
1(nikada) 2(rijetko) 3(neki puta) 4(češće) 5(gotovo uvijek)
8. **Kada razmišljam o nekim stvarima koje sam učinio u prošlosti poželim da sam mrtav.**
1(potpuno netočno) 2(ponešto točno) 3(u nekoj mjeri točno) 4(pretežno točno) 5(potpuno točno)
9. **Čini mi se kao da više nemam osjećaja.**
1(potpuno netočno) 2(ponešto točno) 3(u nekoj mjeri točno) 4(pretežno točno) 5(potpuno točno)
10. **U posljednje vrijeme osjećam se kao da bih se mogao ubiti.**
1(potpuno netočno) 2(ponešto točno) 3(u nekoj mjeri točno) 4(pretežno točno) 5(potpuno točno)
11. **Uredno zaspim, spavam i probudim se na zvuk budilice.**
1(potpuno netočno) 2(ponešto točno) 3(u nekoj mjeri točno) 4(pretežno točno) 5(potpuno točno)
12. **Pitam se zašto sam ja još uvijek živ kada su drugi mrtvi.**
1(nikada) 2(rijetko) 3(neki puta) 4(češće) 5(gotovo uvijek)
13. **U određenim situacijama osjećam se kao da se opet vraćam u prošlost.**
1(nikada) 2(rijetko) 3(neki puta) 4(češće) 5(gotovo uvijek)
14. **Moji snovi po noći su tako stvarni da se probudim u hladnom znoju i prisiljavam sebe da ostanem budan.**
1(nikada) 2(rijetko) 3(neki puta) 4(češće) 5(gotovo uvijek)
15. **Osjećam da ne mogu više izdržati.**
1(potpuno netočno) 2(ponešto točno) 3(u nekoj mjeri točno) 4(pretežno točno) 5(potpuno točno)
16. **Ne smijem se i ne plačem na iste stvari kao drugi ljudi.**
1(potpuno netočno) 2(ponešto točno) 3(u nekoj mjeri točno) 4(pretežno točno) 5(potpuno točno)

17. **Još uvijek uživam radeći mnoge stvari u kojima sam i ranije uživao.**
1(potpuno netočno) 2(ponešto točno) 3(u nekoj mjeri točno) 4(pretežno točno) 5(potpuno točno)
18. **Moja maštanja su vrlo stvarna i zastrašujuća.**
1(potpuno netočno) 2(ponešto točno) 3(u nekoj mjeri točno) 4(pretežno točno) 5(potpuno točno)
19. **I dalje mogu kvalitetno raditi svoj posao.**
1(potpuno netočno) 2(ponešto točno) 3(u nekoj mjeri točno) 4(pretežno točno) 5(potpuno točno)
20. **Imam poteškoća u koncentraciji na zadatak.**
1(potpuno netočno) 2(ponešto točno) 3(u nekoj mjeri točno) 4(pretežno točno) 5(potpuno točno)
21. **Zaplačem bez pravog razloga.**
1(nikada) 2(rijetko) 3(neki puta) 4(češće) 5(gotovo uvijek)
22. **Uživam u društvu drugih.**
1(nikada) 2(rijetko) 3(neki puta) 4(češće) 5(gotovo uvijek)
23. **Zaplašen sam svojim trenutnim porivima (impulsima).**
1(nikada) 2(rijetko) 3(neki puta) 4(češće) 5(gotovo uvijek)
24. **Lagano zaspim navečer.**
1(nikada) 2(rijetko) 3(neki puta) 4(češće) 5(gotovo uvijek)
25. **Na iznenadnu buku znam skočiti.**
1(nikada) 2(rijetko) 3(neki puta) 4(češće) 5(gotovo uvijek)
26. **Nitko ne razumije kako se ja osjećam, čak niti moja obitelj.**
1(potpuno netočno) 2(ponešto točno) 3(u nekoj mjeri točno) 4(pretežno točno) 5(potpuno točno)
27. **Ja sam ležerna, opuštena, uravnotežena osoba.**
1(potpuno netočno) 2(ponešto točno) 3(u nekoj mjeri točno) 4(pretežno točno) 5(potpuno točno)
28. **Osjećam da određene stvari koje sam uradio ne mogu reći nikom, budući da me nitko ne bi razumio.**
1(potpuno netočno) 2(ponešto točno) 3(u nekoj mjeri točno) 4(pretežno točno) 5(potpuno točno)
29. **Bilo je vrijeme kada sam uzimao alkohol (ili druga sredstva) da mogu zaspati ili zaboraviti stvari koje su se dogodile u prošlosti.**
1(nikada) 2(rijetko) 3(neki puta) 4(češće) 5(gotovo uvijek)
30. **U gužvi ljudi osjećam se ugodno.**
1(nikada) 2(rijetko) 3(neki puta) 4(češće) 5(gotovo uvijek)
31. **Gubim hladnokrvnost i eksplodiram na svakodnevne sitnice.**
1(nikada) 2(rijetko) 3(neki puta) 4(češće) 5(gotovo uvijek)
32. **Plašim se navečer ići spavati.**
1(nikada) 2(rijetko) 3(neki puta) 4(češće) 5(gotovo uvijek)
33. **Nastojim ostati podalje od bilo čega što bi me podsjetilo na stvari koje su se dogodile u prošlosti.**
1(nikada) 2(rijetko) 3(neki puta) 4(češće) 5(gotovo uvijek)
34. **Moje pamćenje je dobro kao što je bilo i ranije.**
1(potpuno netočno) 2(ponešto točno) 3(u nekoj mjeri točno) 4(pretežno točno) 5(potpuno točno)
35. **Teško mi je izražavati svoje osjećaje čak i pred ljudima do kojih mi je stalo.**
1(potpuno netočno) 2(ponešto točno) 3(u nekoj mjeri točno) 4(pretežno točno) 5(potpuno točno)

36. **Ponekad iznenada osjetim ili se ponašam kao da se nešto što se dogodilo u prošlosti stalno ponovo događa.**
1(potpuno netočno) 2(ponešto točno) 3(u nekoj mjeri točno) 4(pretežno točno) 5(potpuno točno)
37. **Ne mogu se sjetiti nekih važnih stvari koje su mi se dogodile u prošlosti.**
1(potpuno netočno) 2(ponešto točno) 3(u nekoj mjeri točno) 4(pretežno točno) 5(potpuno točno)
38. **Osjećam se većinu vremena kao da sam “na oprezu” ili “u pripravnosti kao na straži”.**
1(potpuno netočno) 2(ponešto točno) 3(u nekoj mjeri točno) 4(pretežno točno) 5(potpuno točno)
39. **Ako se desi nešto što me podsjeti na prošlost postanem jako tjeskoban ili se uspaničim da moje srce jako kuca; imam teškoće da dođem do daha, preznojavam se, drhtim ili se trzam; ili osjetim smušenost, šumljenje ili nesvjesticu.**
1(nikada) 2(rijetko) 3(neki puta) 4(češće) 5(gotovo uvijek)

6.7.HARVARDSKI UPITNIK ZA TRAUMU

UPUTSTVA

Željeli bi Vas pitati o povijesti Vaše bolesti i sadašnjim smetnjama. Podaci će nam koristiti kako bi Vam mogli pružiti bolje liječenje. Međutim, neka pitanja Vas mogu uznemiriti. U tom slučaju na takva pitanja ne morate odgovoriti. Zsigurno to neće imati utjecaja na vaše daljnje liječenje. Svi odgovori na postavljena pitanja biti će strogo povjerljivi.

DIO I : TRAUMATSKI DOGAĐAJI

Molimo Vas da u prazna polja ispod odgovora DA ili NE križićem (X) označite jeste li doživjeli neke od slijedećih 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		
20	Udaranje po tijelu		
21	Silovanje		
22	Zlostavljanje drugim oblicima iskorištavanja ili ponižavanja		
23	Mučenje (npr. tijekom zarobljeničtva 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 pokapanje 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		
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:		

DIO IV: 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 kao da mi 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				
12	Ne mogu se sjetiti djelova najbolnijeg traumatskog doživljaja				
13	Sve me manje zanimaju svakidašnje aktivnosti				
14	Osjećam se kao da nemam budućnosti				
15	Izbjegavam razmišljanja ili osjećaj u svezi s traumatskim ili bolnim događajima				
16	Iznenada se uznemirim ili fizički reagiram kada se podsjetim na najbolnije ili 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 mi pričaju da sam učinio nešto čega se ne mogu sjetiti				
24	Poteškoće s obraćanjem 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				
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 baš meni dogodilo				
39	Imam osjećaj da sam jedina osoba koja je pretrpjela takvo iskustvo				
40	Imam potrebu za osvetom				

6.8. Spielbergova skala anksioznosti ,S T A I

UPUTE: U upitniku koji je pred Vama nalazi se niz tvrdnji pomoću kojih možete sebe opisati. Molim Vas, pročitajte pažljivo svaku tvrdnju i odaberite onaj od četiri predložena odgovora koji najbolje određuje kako se SADA, tj. u ovom času osjećate. Uz svaku tvrdnju podcrtajte ili prekržite onaj broj uz odgovor koji najbolje opisuje Vaše sadašnje stanje.

Predloženi odgovori su:

- 1 = uopće ne
- 2 = malo
- 3 = dosta
- 4 = jako

Ovdje nema točnih ili netočnih odgovora pa nemojte dugo razmišljati nad pojedinim tvrdnjama, već nastojte uvijek odabrati onaj odgovor koji najbolje opisuje Vaše sadašnje stanje.

1.	Miran sam	1	2	3	4
2.	Osjećam se sigurno	1	2	3	4
3.	Osjećam se napeto	1	2	3	4
4.	Žalostan sam	1	2	3	4
5.	Opušten sam	1	2	3	4
6.	Uzbuđen sam	1	2	3	4
7.	Zabrinut sam da nešto ne pođe naopako	1	2	3	4
8.	Osjećam se odmoreno	1	2	3	4
9.	Uznemiren sam	1	2	3	4
10.	Osjećam se dobro	1	2	3	4
11.	Siguran sam u sebe	1	2	3	4
12.	Nervozan sam	1	2	3	4
13.	Nemiran sam	1	2	3	4
14.	Sav sam u grču	1	2	3	4
15.	Smiren sam	1	2	3	4
16.	Osjećam se zadovoljno	1	2	3	4
17.	Zabrinut sam	1	2	3	4
18.	Sav sam razdražen	1	2	3	4
19.	Veseo sam	1	2	3	4
20.	Osjećam se ugodno	1	2	3	4

Molim Vas provjerite da li ste odgovorili na sve tvrdnje !

6.9. Beckova skala depresivnosti

BDI – M

Na ovom upitniku nalaze se skupine tvrdnji. Molimo vas da pažljivo pročitate svaku od njih. Zatim odaberite onu tvrdnju u svakoj skupini koja najbolje opisuje kako ste se osjećali **protekli tjedan, uključujući danas**. Zaokružite broj ispred tvrdnje koju ste odabrali. Ako vam se čini da se više tvrdnji može primjeniti jednako dobro, zaokružite svaku od njih. Svakako pročitajte sve tvrdnje u pojedinoj skupini prije nego što odaberete jednu od njih.

1. 0 Nisam žalostan.
1 Osjećam se žalosno.
2 Cijelo vrijeme sam žalostan i ne mogu to prekinuti.
3 Tako sam žalostan ili nesretan da to ne mogu izdržati.
2. 0 Nisam naročito obeshrabren u pogledu budućnosti.
1 Osjećam se obeshrabren u vezi s budućnošću.
2 Osjećam da nemam što očekivati.
3 Osjećam da je budućnost beznadna i da se stvari ne mogu popraviti.
3. 0 Ne osjećam se kao promašena osoba.
1 Promašen sam više nego prosječna osoba.
2 Kad sa osvrnem na svoj život, sve što mogu vidjeti je mnogo promašaja.
3 Osjećam da sam potpuno promašena osoba.
4. 0 Jednako sam zadovoljan stvarima kao i prije.
1 Ne uživam u stvarima na način kako sam uživao prije.
2 Nemam više pravo zadovoljstvo ni u čemu.
3 Nezadovoljan sam svime i sve me gnjavi.
5. 0 Ne osjećam se naročito krivim.
1 Dobar dio vremena se osjećam krivim.
2 Veći dio vremena se osjećam prilično krivim.
3 Stalno se osjećam krivim.
6. 0 Ne osjećam da sam kažnjavan.
1 Osjećam da bih mogao biti kažnjen.
2 Očekujem da ću biti kažnjen.
3 Osjećam da sam kažnjavan.
7. 0 Ne osjećam se razočaran samim sobom.
1 Razočaran sam samim sobom.
2 Gadim se sam sebi.
3 Mrzim samog sebe.
8. 0 Ne osjećam se lošije od drugih.
1 Kritičan sam prema sebi zbog svojih slabosti ili pogrešaka.

- 2 Stalno se okrivljujem zbog svojih grešaka.
3 Okrivljujem se za sve loše što se događa.
9. 0 Uopće ne razmišljam o samoubojstvu.
1 Pomišljam na samoubojstvo, ali ne bih to mogao učiniti.
2 Želio bih se ubiti.
3 Ubio bih se kad bih imao prilike.
10. 0 Ne plaćem više nego obično.
1 Plaćem više nego ranije.
2 Sada stalno plaćem.
3 Mogao sam plakati, ali sada ne mogu iako to želim.
11. 0 Nisam razdražljiviji nego što sam bio ranije.
1 Lakše se razdražim ili naljutim nego ranije.
2 Cijelo se vrijeme osjećam razdražen.
3 Uopće me ne razdražuju stvari koje su me ranije razdraživale.
12. 0 Nisam izgubio interes za druge ljude.
1 Manje me zanimaju drugi ljudi nego ranije.
2 Velikim dijelom sam izgubio interes za druge ljude.
3 Potpuno sam izgubio interes za druge ljude.
13. 0 Donosim odluke jednako dobro kao i uvijek.
1 Odgađam donošenje odluka češće nego ranije.
2 Imam većih teškoća u donošenju odluka nego prije.
3 Ne mogu više uopće donositi odluke.
14. 0 Ne osjećam da izgledam lošije nego ranije
1 Brinem se da li izgledam star i neprivlačan.
2 Osjećam da se događaju stalne promjene u mom izgledu zbog kojih izgledam neprivlačan.
3 Vjerujem da izgledam ružno.
15. 0 Mogu raditi jednako dobro kao i prije.
1 Treba mi poseban napor da započnem nešto raditi.
2 Moram se jako prisiljavati da učinim bilo što.
3 Ne mogu raditi nikakav posao.
16. 0 Mogu spavati dobro kao inače.
1 Ne spavam kao obično.
2 Budim se 1-2 sata ranije nego obično i teško ponovo zaspim.
3 Budim se nekoliko sati ranije nego obično i ne mogu ponovno zaspati.
17. 0 Nisam umoran više nego obično.
1 Umaram se brže nego ranije.
2 Umorim se gotovo od svega.
3 Preumoran sam da učinim bilo što.
18. 0 Moj apetit nije lošiji nego obično.
1 Apetit mi nije tako dobar kao ranije.

- 2 Apetit mi je sada mnogo lošiji.
3 Uopće više nemam apetita.
19. 0 U posljednje vrijeme nisam izgubio mnogo na težini, ako sam uopće izgubio.
1 Izgubio sam više od 2.5 kg.
2 Izgubio sam više od 5 kg.
3 Izgubio sam više od 7.5 kg.
Namjerno pokušavam izgubiti na težini jedući manje: DA NE
20. 0 Nisam zabrinut za svoje zdravlje više nego obično.
1 Brinu me fizički problemi kao što su bolovi, probadanja, mučnina ili opstipacija.
2 Vrlo me brinu moji fizički problemi i teško mi je misliti na drugo.
3 Toliko me brinu moji fizički problemi da ne mogu misliti ni na šta drugo.
21. 0 Ne primjećujem nikakve promjene u svom interesu za seks.
1 Manje sam zainteresiran za seks nego ranije.
2 Moj interes za seks je sada značajno manji.
3 Potpuno sam izgubio interes za seks.

UPUTSTVO

Ovo je lista problema i tegoba na koje se ljudi ponekad žale. Pročitajte svaku od njih pažljivo i odaberite broj koji opisuje U KOJOJ VAS JE MJERI MUČILA TA TEGOBA U POSLJEDNJIH 7 DANA, UKLJUČUJUĆI DANAŠNJI DAN. Upišite taj broj u prostor desno od opisa tegobe. Nemojte preskakati navedene opise i molimo Vas da čitko napišete odgovarajući broj. Ako promijenite mišljenje potpuno izbrišite ranije upisani broj i upišite čitko novi. Pročitajte niže napisani primjer prije početka ispunjavanja liste. Ako imate ikakvo pitanje, molimo vas da pitate za objašnjenje našeg tehničara.

PRIMJER:

U KOJOJ MJERI VAS JE MUČILA OVA TEGOBA:

0 - NIMALO

1 - MALO

2 - UMJERENO

3 - PRILIČNO

4 - JAKO

1	Glavobolje	
2	Nervoza, unutrašnji nemir	
3	Ponavljanje neugodnih misli koje vas ne napuštaju	
4	Nesvjestice ili vrtoglavice	
5	Gubitak seksualnog interesa ili užitka	
6	Osjećaj da vas ostali kritiziraju	
7	Osjećaj da vam neko kontrolira misli	
8	Osjećaj da su drugi krivi za većinu vaših problema	
9	Problemi s pamćenjem	
10	Zabrinutost zbog nemarnosti ili nebrige	
11	Lako se iznervirate	
12	Bolovi u srcu ili grudima	
13	Osjećaj straha na otvorenim prostorima ili ulici	
14	Osjećaj umora ili usporenosti	
15	Želja da se okonča život	
16	Čujete glasove koje drugi ljudi ne čuju	
17	Drhtanje	
18	Osjećaj da se većini ljudi ne može vjerovati	
19	Oslabljene apetit	
20	Lako se rasplačete	
21	Osjećaj sramežljivosti ili nelagode pred osobama suprotnog spola	
22	Osjećaj da ste zarobljeni ili ulovljeni u zamku	
23	Iznenadna prestrašenost bez pravog razloga	
24	Ispadi koje ne možete kontrolirati	
25	Strah od samostalnog izlaska iz kuće	
26	Osjećaj krivnje	
27	Bol u leđima	
28	Osjećaj zakočenosti ili blokiranosti pri obavljanju raznih poslova	
29	Osjećaj osamljenosti	
30	Osjećaj tuge ili sjete	

	0-NIMALO 1-MALO 2-UMJERENO 3-PRILIČNO 4-JAKO	
31	Pretjerana zabrinutost	
32	Osjećaj nezainteresiranosti	
33	Osjećaj preplavljenosti strahom	
34	Osjećaj da vas drugi lako mogu povrijediti	
35	Osjećaj da su drugi svjesni vaših skrivenih misli	
36	Osjećaj da vas drugi ne razumiju i ne suosjećaju s vama	
37	Osjećaj neprijateljstva i nesviđanja od strane drugih ljudi	
38	Potreba da poslove radite sporo da bi bili dobro učinjeni	
39	Jako lupanje srca	
40	Mučnina ili "nervoza" u želucu	
41	Osjećaj manje vrijednosti	
42	Bolnost mišića	
43	Osjećaj da vas drugi gledaju ili pričaju o vama	
44	Problemi s usnivanjem	
45	Potreba da više puta provjerite ono što ste učinili	
46	Teškoće u donošenju odluka	
47	Osjećaj straha od putovanja vlakom ili autobusom	
48	Osjećaj nedostatka zraka	
49	Napadi vrućine ili hladnoće	
50	Potreba da izbjegavate određene stvari, radnje ili mjesta jer vas plaše	
51	Osjećaj da vam "stane mozak"	
52	Utrne vam ili vam se "odrvni" ruka ili noga	
53	Osjećaj "kugle u grlu"	
54	Osjećaj beznađa	
55	Problemi s koncentracijom	
56	Osjećaj slabosti u nekim dijelovima tijela	
57	Osjećaj napetosti ili "začahurenosti"	
58	Osjećaj težine u rukama ili nogama	
59	Razmišljanje o smrti ili umiranju	
60	Pretjerivanje u hrani	
61	Osjećaj nelagodje prema ljudima koji vas gledaju ili pričaju o vama	
62	Osjećaj da vaše misli nisu vaše nego tuđe	
63	Jaka potreba da nekog udarite, ozlijedite ili ranite	
64	Prerano buđenje	
65	Potreba za ponavljanjem iste radnje (dodirivanje stvari, premještanje, pranje ruku, brojanje)	
66	Nemiran ili poremećen san	
67	Potreba za razbijanjem stvari	
68	Ostali ne dijele vaša mišljenja i stavove	
69	Izražen osjećaj samosvijesti u društvu drugih ljudi	
70	Osjećaj nelagodje u gužvi (u kinu, prodavaonicama...)	
71	Osjećaj da vam je sve naporno	
72	Napadi panike ili užasa	
73	Osjećaj neugode kad jedete ili pijete na javnom mjestu	
74	Učestale svađe	
75	Osjećaj nervoze kad vas ostave same	
76	Drugi vam ne odaju zaslužen priznanje za vaša dostignuća ili zasluge	
77	Osjećaj usamljenosti čak i u društvu	
78	Osjećaj nemira kad morate mirno sjediti	
79	Osjećaj bezvrijednosti	
80	Osjećaj da će se nešto loše dogoditi baš vama	
81	Potreba da bacate ili udarate o predmete	
82	Strah da ne padnete u nesvijest na javnom mjestu	
83	Osjećaj da će vas drugi iskoristiti ako im to dozvolite	
84	Misli o seksu koje vas prilično smetaju	
85	Ideja da biste morali biti kažnjeni za svoje grijeh	
86	Javljanje slika i misli koje vas zastrašuju	
87	Ideja da se nešto ozbiljno događa s vašim tijelom	

	0-NIMALO 1-MALO 2-UMJERENO 3-PRILIČNO 4-JAKO	
88	Bez osjećaja bliskosti prema drugoj osobi	
89	Osjećaj krivnje	
90	Ideja da nešto "nije u redu" s vašim mozgom	

6.11. UPITNIK SUOČAVANJA SA STRESOM

Zanima nas što ljudi obično čine i što doživljavaju kada se suočavaju sa stresnim situacijama u svakodnevnom životu.

Živimo u vremenima koja obiluju napetošću i sukobima, kako unutar nas samih tako i s ljudima u našoj okolini. Ne samo tragična zbivanja, već i svakodnevne sitnice kao što su žurba, trzavice u obitelji i na radnom mjestu, dovodi do stresa - neugodnog doživljaja, odnosno stanja koje štetno djeluje na naše fizičko i mentalno zdravlje. Ljudi se razlikuju po načinima kojima se suočavaju sa stresnim situacijama. Iako različiti događaji kod istog čovjeka dovode do različitih reakcija, molimo Vas da razmislite o različitim neugodnim stresnim situacijama i o Vašim najčešćim reakcijama na takve situacije.

Na svaku tvrdnju odgovorite tako da zaokružite jedan od pet ponuđenih odgovora. Molimo Vas da odgovorite na svaku tvrdnju posebno, nezavisno od bilo koje druge tvrdnje u upitniku. Neke tvrdnje su slične, pa ipak odgovorite na svaku od njih. Ovdje nema "dobrih" i "loših" odgovora. Zato odaberite onaj koji je za Vas najtočniji, a ne onaj koji je po Vašem mišljenju točan za "većinu ljudi".

OZNAČITE ŠTO VI OBIČNO ČINITE I ŠTO DOŽIVLJAVATE U STRESNIM SITUACIJAMA U SVAKODNEVNOM ŽIVOTU. SITUACIJE SE NE ODOSE NA VRIJEME BORAVKA NA RATIŠTU.

Molimo Vas da na skali od 0 do 4 procijenite koliko se navedene tvrdnje odnose na Vas.

Na priloženim skalama brojevi znače: (0) - NIKADA se tako ne ponašam

(1) - KATKADA se tako ponašam

(2) - OBIČNO se tako ponašam

(3) - ČESTO se tako ponašam

(4) - UVIJEK se tako ponašam

1. Takve situacije nastojim iskoristiti kao vrijedna životna iskustva.	0	1	2	3	4
2. Uznemiren sam i otvoreno iskazujem svoje osjećaje.	0	1	2	3	4
3. obraćam se nekome za savjet o tome što da radim.	0	1	2	3	4
4. Svom snagom pokušavam nešto učiniti u vezi s tim problemom.	0	1	2	3	4
5. Sam sebe uvjeravam da to nije istina, da to nije moguće.	0	1	2	3	4
6. Uzdám se u boga.	0	1	2	3	4
7. Nastojim pronaći šaljivu stranu takvih situacija.	0	1	2	3	4
8. Priznajem si da to ne mogu riješiti, pa prestajem pokušavati.	0	1	2	3	4
9. Trudim se da ne reagiram prebrzo.	0	1	2	3	4
10. Razgovaram s nekim o svojim osjećajima.	0	1	2	3	4
11. Popijem alkoholno piće ili tablete za smirenje da bih se osjećao bolje	0	1	2	3	4
12. Pokušavam se priviknuti na nastale situacije.	0	1	2	3	4
13. Razgovaram s nekim kako bih se bolje snašao.	0	1	2	3	4
14. Nastojim da me ne ometaju misli i aktivnosti koje nisu u vezi sa tom situacijom.	0	1	2	3	4
15. Maštam o drugim stvarima.	0	1	2	3	4
16. Nadam se Božjoj pomoći.	0	1	2	3	4
17. Planiram različite postupke kojima bih uspio riješiti te probleme.	0	1	2	3	4
18. Prihvaćam da se to dogodilo (događa) i da se ne može promjeniti.	0	1	2	3	4
19. Ne činim ništa dok to situacije ne dozvole.	0	1	2	3	4
20. Pokušavam dobiti emocionalnu podršku od prijatelja i rodbine.	0	1	2	3	4
21. Jednostavno odustajem od pokušaja da ostvarim svoje ciljeve.	0	1	2	3	4
22. Probleme pokušavam riješiti na druge načine.	0	1	2	3	4
23. Pokušavam se opustiti, pa popijem piće ili tabletu za smirenje.	0	1	2	3	4
24. Naprosto odbijam vjerovati da se to dogodilo.	0	1	2	3	4
25. Otvoreno iskazujem svoje osjećaje.	0	1	2	3	4
26. Pokušavam takve događaje sagledati u drugom svjetlu i učiniti da izgledaju povoljnije.	0	1	2	3	4
27. Pokušavam smisliti kako se ti problemi mogu riješiti na druge načine.	0	1	2	3	4

28. Koncentriram se na rješavanje tih problema, i ako je potrebno druge stvari ostavljam po strani.	0	1	2	3	4
29. Tražim od nekog suosjećanje i razumjevanje.	0	1	2	3	4
30. Pijem ili uzimam tablete za spavanje kako bih o tim situacijama manje razmišljao.	0	1	2	3	4
31. Šalim se na račun toga.	0	1	2	3	4
32. Odustajem od pokušaja da postignem ono što želim.	0	1	2	3	4
33. Pokušavam sagledati bolju stranu takvih situacija.	0	1	2	3	4
34. Razmišljam kako na najbolji način mogu riješiti te probleme.	0	1	2	3	4
35. Pravim se kao da se ništa nije dogodilo.	0	1	2	3	4
36. Ne reagiram prebrzo da probleme još više ne otežam.	0	1	2	3	4
37. Trudim se da me druge stvari ne ometaju pri rješavanju tih problema.	0	1	2	3	4
38. Idem u kino ili gledam TV kako bih o tome što manje razmišljao.	0	1	2	3	4
39. Prihvaćam realnost takvih situacija.	0	1	2	3	4
40. Pitam ljude sa različitim iskustvima što bi oni u tim situacijama učinili.	0	1	2	3	4
41. Teško mi je i to jasno pokazujem.	0	1	2	3	4
42. Utjehu pronalazim u religiji.	0	1	2	3	4
43. Čekam pravi trenutak da uradim nešto u vezi sa tim problemom.	0	1	2	3	4
44. Ismijavam te situacije.	0	1	2	3	4
45. Sve se manje trudim oko rješavanja tih problema.	0	1	2	3	4
46. Pričam s nekim ljudima o tome kako se osjećam.	0	1	2	3	4
47. Posežem za alkoholom ili tabletama koje pomažu da prebrodim probleme.	0	1	2	3	4
48. Učim se živjeti s tim problemima.	0	1	2	3	4
49. Ostavljam po strani sve druge aktivnosti i usmjeravam se na te probleme.	0	1	2	3	4
50. Razmišljam o koracima koje valja poduzeti kako bi se ti problemi riješili.	0	1	2	3	4
51. Ponašam se kao da se to nije dogodilo.	0	1	2	3	4
52. Postupno radim ono što mislim da treba učiniti u vezi s tim problemima.	0	1	2	3	4
53. Učim iz iskustva.	0	1	2	3	4
54. Molim se bogu više nego obično.	0	1	2	3	4
55. Pojačano se bavim nekim fizičkim aktivnostima.	0	1	2	3	4
56. Ulažem dodatni napor da riješim te probleme.	0	1	2	3	4
57. Glumim sigurnost i smirenost.	0	1	2	3	4
58. Povlačim se u sebe.	0	1	2	3	4
59. Tražim novi izlaz iz tih problema.	0	1	2	3	4
60. Suzdržavam svoje osjećaje.	0	1	2	3	4
61. Izbjegavam društvo i razgovore kako bih razmislio o tom problemu.	0	1	2	3	4
62. Želim biti sam.	0	1	2	3	4
63. Pitam ljude što bih učinili na mom mjestu.	0	1	2	3	4
64. Pušim više nego obično nebi li se smirio.	0	1	2	3	4
65. Radim sve, samo da ne razmišljam o tom problemu.	0	1	2	3	4
66. Bavim se bilo kakvim aktivnostima, samo da bih se rastresao.	0	1	2	3	4
67. Skrivam svoje osjećaje.	0	1	2	3	4
68. Pravim se kao da mi to sve ništa ne znači.	0	1	2	3	4
69. Šećem po svježem zraku.	0	1	2	3	4
70. Izbjegavam kontakte sa drugim ljudima.	0	1	2	3	4
71. Nadam se da će netko drugi riješiti tu situaciju.	0	1	2	3	4

ŽIVOTOPIS

Rođena sam 1953.godine u Praputnjaku.

Osnovnu školu i gimnaziju polazila sam u Rijeci.

Diplomirala sam na Medicinskom fakultetu u Rijeci 1977.godine.

Edukacijom u okviru Instituta za grupnu analizu u Zagrebu stekla sam stupanj supervizora i edukatora iz grupne analize.

Magistrirala sam 1998.na Medicinskom fakultetu u Rijeci sa temom "Reakcija na borbeni stres".

Od 1982.godine zaposlena sam na Klinici za psihijatriju KBC Rijeka.

Od 1994. godine asistent sam na Katedri za psihijatriju i medicinsku psihologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci.

Od 1997. pročelnica sam Centra za psihotraumu Medicinskog fakulteta u Rijeci i Centra za psihološku medicinu KBC Rijeka.

Član sam nekoliko hrvatskih i međunarodnih strukovnih udruženja.

Objavila sam 24 rada u domaćim i stranim časopisima i publikacijama, većinom iz područja psihotraumatologije.

Sudjelovala sam na brojnim kongresima u Hrvatskoj i inozemstvu.

Od 1991.godine posebno područje mog interesa je psihotraumatologija.

Adresa: Fiorello la Guardia 4/III
51000 Rijeka

Lektor:
Goran Ježić

Prijevod sažetka:
Marija Mičetić

Tisak:
Digital point
Rijeka