

Posredna traumatizacija u suprugama ratnih veterana oboljelih od posttraumatskoga stresnog poremećaja

Klarić, Miro

Doctoral thesis / Disertacija

2008

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:188:526437>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-07**



Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET**

Miro Klarić

**POSREDNA TRAUMATIZACIJA U SUPRUGA RATNIH
VETERANA OBOLJELIH OD POSTTRAUMATSKOGA
STRESNOG POREMEĆAJA**

Doktorska disertacija

Rijeka, 2008.

Mentor rada: Prof. dr. sc. Tanja Frančišković

Doktorska disertacija obranjena je dana 30. 06. 2008. godine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci, pred povjerenstvom u sastavu:

1. Doc. dr. sc. Ika Rončević-Gržeta
2. Prof. dr. sc. Rudolf Gregurek
3. Prof. dr. sc. Vladimir Mićović
4. Prof. dr. sc. Tanja Frančišković

Rad ima 139 listova.

UDK 616.89-02:613.861.3 (043)

Neizmjerne mi je drago da se i na ovaj način mogu zahvaliti mentorici prof. dr. sc. TANJI FRANČIŠKOVIĆ koja mi je neposrednim uputama i savjetima nesebično pomagala u svim fazama realizacije ovog projekta.

Veliku zahvalnost dugujem i prof. dr. sc. Liljani Moro čiji su mi savjeti i podrška u najtežim trenucima ulijevali sigurnost i bili velik poticaj.

Prof. dr. sc. Igoru Kardumu iskreno se zahvaljujem na pomoći i sugestijama u tijeku obrade obilja podataka, a suradnicima na nesebičnom zalaganju u realizaciji istraživanja.

Na strpljivoj i predanoj podršci posebnu zahvalnost dugujem mojoj obitelji: Branki, Igoru i Saši, koji su vjerovali u mene i uvijek me znali strpljivo čekati.

Na kraju, želim reći HVALA i prijateljima, kao i svim dragim ljudima koji su bili uz mene za vrijeme rada na ovom projektu.

SAŽETAK

Pozadina: Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) uzrokovan ratnim traumatskim iskustvima ima učinke na sva područja života veterana. To se posebno odražava na partnerske relacije i kvalitetu braka kao i psihičko zdravlje njihovih supruga uzrokujući psihičke smetnje.

Cilj: Utvrditi kvalitetu partnerskih relacija parova oboljelih od PTSP-a, te da li supruge oboljelih veterana imaju simptome sekundarnog traumatskog stresa, simptome izgaranja i druge nespecifične psihičke simptome i kolika je u tome uloga socio-demografskih faktora, razine osobne traumatizacije i razine traumatizacije njihovih partnera .

Ispitanici i metoda: Ispitnu skupinu činilo je 154 veterana koji se zbog PTSP-a uzrokovanog ratnom psihotraumatizacijom liječe u KB Mostar, i njihovih supruga/partnerica. Kontrolnu skupinu činilo je 77 ratnih veterana koji nemaju PTSP, i njihovih supruga. Ispitanici kontrolne skupine kontaktirani su preko veteranskih udruga po snow balling metodi.

U istraživanju je korišten Opći demografski upitnik, Harvard trauma upitnik-verzija za BiH, SCL-90 upitnik, MINI, Upitnik posredne traumatizacije (PCL), upitnik kvalitete života (MANSA), Spanier-ova skala partnerske prilagodbe, Upitnik pregorijevanja u partnerskim odnosima, Upitnik tereta skrbnika i Upitnik trajne promjene osobnosti.

Rezultati: Kvaliteta partnerskih relacija supruga veterana oboljelih od PTSP-a manja je u odnosu na supruge veterana bez PTSP-a. U situacijama kada i supruga ima PTSP kvaliteta braka je još niža u odnosu na onu kada samo veteran ima PTSP.

Supruge veterana oboljelih od PTSP-a postižu statistički značajno više rezultate i na svim varijablama upitnika posredne traumatizacije (broj i intenzitet posttraumatskih simptoma i ukupni rezultat) i značajno više ih zadovoljava kriterije za dijagnozu sekundarnog traumatskog stresnog poremećaja (STSP) (75.2%:19.5%) u odnosu na supruge veterana bez PTSP-a ($\chi^2=62.38$; $ss=1$; $p < 0.001$). Također, ove ispitanice postižu značajno više rezultate i

na svim subskalama upitnika tereta skrbnika, upitniku pregorijevanja u partnerskim odnosima i trajne promjene ličnosti, a veći im je i opći psihološki distres.

Uz visoku sekundarnu traumatizaciju, supruge veterana oboljelih od PTSP-a u usporedbi sa suprugama veterana koji nemaju PTSP značajno češće imaju i neki od pratećih anksioznih i afektivnih psihički poremećaja, ili oba i visokog su i suicidalnog rizika.

Psihički simptomi kod žena čiji su muževi oboljeli od PTSP-a najbolje se mogu predvidjeti na osnovi njihove traumatizacije, a manjim dijelom na osnovi socio-demografskih pokazatelja i razine traumatizacije partnera.

Zaključak: PTSP veterana je povezan sa kvalitetom partnerskih relacija te posrednom traumatizacijom, subjektivnim i objektivnim doživljajem tereta skrbnika, pregorijevanjem u partnerskim odnosima i općim psihološkim distresom njihovih supuga.

Ključne riječi: posredna traumatizacija; supruge; PTSP; veterani; partnerski odnosi.

SUMMARY

Background: Posttraumatic stress disorder (PTSD) caused by war trauma experience has effects on every aspect veterans' lives. It particularly reflects partnership relations and marital quality as well as psychic health of their wives causing disturbances.

Aim: To establish the quality of partnership relations of couples suffering from PTSD, as well as to see whether spouses of diseased veterans have symptoms of Secondary Traumatic Stress Disorder, burnout symptoms and other nonspecific mental symptoms; and to what extent is that affected by the socio-demographic factors, level of personal traumatization and level of personal traumatization of their partners.

Participants and method: Experimental group consisted of 154 veterans who were being treated at the Clinical Hospital Mostar for PTSD caused by war psychotrauma, and their wives/partners. Control group consisted of 77 war veterans without PTSD, and their wives. Participants in the control group were contacted through veterans' associations by snowballing method.

The following instruments were used in the research: General Demographic Questionnaire, Harvard trauma questionnaire – Bosnia and Herzegovina version, SCL-90 questionnaire, MINI, PCL Questionnaire, Quality of Life Questionnaire (MANSA), Spanier's Dyadic Adjustment Scale, Partnership Burnout Questionnaire, Caretaker Burden Questionnaire and Permanent personality change questionnaire.

Results: The quality of partnership relation of the PTSD veterans' wives is lesser than wives of veterans without PTSD. In situations when wife also suffers from PTSD the marriage quality is even lesser than in situation where only the veteran has PTSD.

PTSD veterans' wives also have statistically higher scores on all variables of PCL Questionnaire (number and intensity of posttraumatic symptoms and total score). Also, significantly more of them meets the criteria for diagnosis of Secondary Traumatic Stress

Disorder (STSD) (75.2%:19.5%) in comparison with the wives of veterans without PTSD ($\chi^2=62.38$; $ss=1$; $p < 0.001$). These participants reach significantly higher results also on all subscales of Caretaker Burden Questionnaire, Partnership Burnout Questionnaire and Permanent personality change questionnaire, and their general psychological distress is higher.

Along with high secondary traumatization, the wives of PTSD veterans, in comparison to wives of veterans without PTSD, significantly more often have one of accompanying anxious and affective mental disorders, or both, and are highly suicidal.

Mental symptoms in women whose spouses have PTSD are best predicted on the basis of their traumatization, and in small part on the basis of socio-demographic indicators and level of partners' traumatization.

Conclusion: Veterans' PTSD is connected with the quality of partners' relations and secondary traumatization, subjective and objective perception of the caretaker burden, burnout in partnership relations and general psychological distress of their wives.

Key words: secondary traumatization; wives; PTSD; veterans; partnership relations.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Teorijski modeli zadovoljstva brakom i obiteljskog stresa/krize	2
1.1.1. Teorija socijalne razmjene	2
1.1.2. Bihevioralna teorija	3
1.1.3. Teorija krize	4
1.1.4. Ranjivost-stres-adaptacija model	5
1.2. Utjecaj ratne traume i PTSP-a na partnerske odnose	6
1.2.1. Utjecaj ratne traume i PTSP-a na veteranovog supružnika/partnera	8
1.2.1.1. Ljutnja i nasilje	10
1.2.1.2. Otupjelost i izbjegavanje	12
1.3. Definicija traumatskog stresora	14
1.3.1. Razvoj koncepta sekundarnog traumatskog stresa.....	14
1.3.2. Socijalni aspekt razvoja sekundarnog traumatskog stresnog poremećaja ...	15
1.4. Oblici/modeli sekundarne traumatizacije	16
1.4.1. Izgaranje («burnout»).....	17
1.4.2. Sekundarna traumatizacija	18
1.4.3. Zamor suosjećanja	18
1.4.4. Vikarijska traumatizacija (VT)	19
1.5. Razumijevanje sekundarnog traumatskog stresa supružnika	20
1.5.1. Supružnici i distalni («vikarijski») sekundarni traumatski stres	20
1.5.2. Supružnici i proksimalni («hijazmički») sekundarni traumatski stres	22
1.5.3. Supružnici i rezonantni sekundarni traumatski stres	23
1.5.4. Proces razvoja sekundarnog traumatskog stresa kod supružnika	24
1.5.4.1. Smisao traumatskog iskustva i njegovih posljedica.....	24

1.5.4.2.	Značajke emocionalne veze para suočenog s PTSP-em jednog člana	26
1.6.	Izgaranje kao sistemski traumatski stres	27
1.6.1.	Problematika i model prijenosa traume	27
1.6.1.1.	Model stresa suosjećanja	28
1.6.1.2.	Model zamora suosjećanja	30
1.6.2.	Komplikacije kod pretjerane brige supruga veterana	31
1.6.2.1.	Prekomjerna odgovornost i previše dužnosti supružnika	32
1.6.2.2.	Prekomjerna zaštita i izolacija supružnika	33
1.6.2.3.	Bračni distres i supružničko nasilje	34
1.7.	Utjecaj izlaganja borbi i PTSP-a na roditeljstvo	34
1.7.1.	Utjecaj PTSP-a veterana na razvoj djeteta	36
1.7.2.	Razvoj sekundarnog traumatskog stresa kod djece	38
2.	POZADINA ISTRAŽIVANJA.....	40
2.1.	Istraživačka pitanja-ciljevi istraživanja	41
3.	ISPITANICI I METODE	42
3.1.	Ispitanici	42
3.2.	Metoda.....	42
3.3.	Instrumenti	44
3.4.	Statistička obrada podataka	50
3.5.	Etički aspekti istraživanja.....	50
4.	REZULTATI	52
4.1.	Pouzdanost unutarnje konzistencije skala	52
4.2.	Demografske karakteristike i razlike između veterana ispitne i kontrolne skupine.....	53
4.3.	Traumatski događaji i posttraumatski simptomi na HTQ veterana.....	55
4.4.	Opći psihički simptomi na SCL-90 upitniku veterana	57

4.5. Demografske karakteristike žena ispitne i kontrolne skupine.....	58
4.6. Rezultati na Harvard trauma upitniku (HTQ)	60
4.7. Rezultati na skali sekundarne traumatizacije	60
4.7.1. Sekundarna traumatizacija žena	60
4.7.2. Sekundarni traumatski stresni poremećaj (STSP).....	61
4.8. Rezultati na skali tereta skrbnika	62
4.9. Rezultati na skali izgaranja u partnerskim odnosima, trajne promjene ličnosti i kvalitete života	62
4.10. Opći psihički simptomi na SCL-90 upitniku	63
4.11. Psihički poremećaji osovine I prema rezultatu MINI-a	64
4.12. Prediktori psihičkih simptoma u supruga veterana oboljelih od PTSP-a.....	65
4.13. Rezultati na upitniku partnerske prilagodbe ispitanica ispitne i kontrolne skupine....	67
4.14. Rezultati na upitniku partnerske prilagodbe kada oba partnera imaju PTSP	68
5. RASPRAVA	70
5.1. Demografske karakteristike veterana oboljelih od PTSP-a.....	70
5.2. Traumatsko iskustvo i posttraumatske psihičke posljedice veterana	71
5.2.1. Traumatsko iskustvo	71
5.2.2. Posttraumatski stresni poremećaj	72
5.2.3. Opći psihički simptomi	73
5.3. Demografske karakteristike žena	73
5.4. Sekundarni traumatski stres (STS), teret skrbništva, izgaranje u partnerskim odnosima i drugi nespecifični psihički simptomi u supruga veterana oboljelih od PTSP-a.....	74
5.4.1. Sekundarni traumatski simptomi.....	74
5.4.2. Teret skrbništva	76
5.4.3. Izgaranje («burnout») i zamor suosjećanja	78

5.4.4. Opći psihički simptomi supruža veterana oboljelih od PTSP-a.....	79
5.4.5. Psihički poremećaji osovine I prema rezultatima MINI-a	81
5.4.6. Trajna promjena ličnosti.....	84
5.5. Prediktori psihološkog distresa i prilagodbe supruža veterana oboljelih od PTSP-a ...	85
5.5.1. Rizični čimbenici psihološkog distresa	86
5.5.2. Rizični čimbenici promjene osobnosti i pregorijevanja.....	87
5.5.3. Prediktori zadovoljstva životom.....	88
5.6. Kvaliteta braka supruža veterana oboljelih od PTSP-a.....	90
5.7. Značajke partnerskih relacija kada oba partnera boluju od PTSP-a.....	93
6. ZAKLJUČCI	97
7. LITERATURA	99
8. PRILOZI	120
8.1. Upitnik općih demografskih podataka	121
8.2. CAGE upitnik.....	122
8.3. Harvard trauma upitnik (HTQ)-verzija za BiH	123
8.4. MINI-Međunarodni neuropsihijatrijski intervju- Hrvatska verzija (MINI International Neuropsychiatric Interview).....	127
8.5. Kratka verzija upitnika SCL-90	128
8.6. MANSA	130
8.7. Spanier-ova Skala prilagodbe partnera (Dyadic Adjustment scale-DAS)	131
8.8. Upitnik promjena osobnosti	133
8.9. Upitnik posredne traumatizacije-(PCL)	134
8.10. Upitnik procjena tereta osobe koja se brine	135
8.11. Upitnik izgaranja u partnerskim odnosima	136
9. ŽIVOTOPIS.....	137

1. UVOD

Premda se podrijetlo istraživanja ljudskih reakcija na traumatske događaje može pratiti sve od najranijih medicinskih spisa Kunusa Pyprusa, objavljenih 1900 pr. n. e. u Egiptu (1-3), oblast istraživanja traumatskog stresa je postala dominantno žarište interesa mentalnog zdravlja tek u prošla tri desetljeća. Potrebu za sustavnim proučavanjem i liječenjem traume i njezinih posljedica uvjetovalo je više čimbenika, uključujući rastuću javnu i profesionalnu svijest o dugoročnim posljedicama traumatskih događaja (4). Mnogi smatraju publikaciju trećeg izdanja Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (DSM-III) (5) prekretnicom u napretku istraživanja ove oblasti medicine (6). Ovo izdanje daje vjerodostojnost raznim teorijama i istraživačkim saznanjima o psihološkoj traumi koja su nastala iz istraživanja dugoročnih učinaka rata, talačkih kriza, silovanja, zlostavljanja u obitelji, prirodnih katastrofa, nesreća i smrti voljenih osoba. Naime, DSM-III je i formalno uključio dijagnozu posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) i otada se po prvi put zajednički simptomi koje doživljava širok spektar traumatiziranih osoba promatraju kao priznat psihijatrijski poremećaj koji se može dijagnosticirati i liječiti. To je doprinijelo da se broj stručnjaka koji rade s traumatiziranim osobama sve više povećavao, kao i broj empirijskih istraživanja koja su ovaj poremećaj nastojala rasvijetliti i učiniti vjerodostojnim. Međutim, dok se izravan učinak psihološke traume široko proučavao, sekundarni utjecaj života s pojedincem koji pati od PTSP-a je ostalo daleko manje razvijeno polje istraživanja. Tijekom zadnja dva desetljeća istraživanja su ipak prepoznala učinke PTSP-a na članove obitelji, te da su obitelji s veteranima koji pate od PTSP-a u osnovi drukčije od onih bez takvoga člana obitelji (7). Kako je jedan od glavnih čimbenika posttraumatskog oporavka upravo obitelj, razaranje i funkcionalno oštećenje ovog zaštitnog faktora, prije svega partnerskih relacija, omogućava razvoj daljnje patologije koja proizlazi iz posttraumatskih smetnji kod obaju partnera.

1.1. Teorijski modeli zadovoljstva brakom i obiteljskog stresa/krize

Zadovoljavajuće intimne veze pozitivno utječu na fizičko i psihičko zdravlje ljudi (8,9), ali je ipak utvrđeno da su važnije za zdravlje žena nego muškaraca, za koje su važniji profesionalni i društveni status (10). Većina autora navodi da treba promatrati pojedinačne odnose i promjene u obitelji, jer svaki događaj mijenja obitelj kao cjelinu (6).

Zadovoljstvo brakom predstavlja subjektivan pogled svakog partnera na brak i nije pokazatelj stvarnih karakteristika partnera i procesa u braku. Zadovoljstvo brakom uži je pojam od kvalitete braka, i ujedno je jedna od dimenzija kvalitete braka, a naglasak je na emocionalnoj komponenti procjene bračnog odnosa.

Kvaliteta braka je višedimenzionalna varijabla koja uključuje međusobnu prilagodbu partnera i zadovoljstvo brakom. Definira se kao kognitivna procjena partnera o kvaliteti njihovih bračnih odnosa. Procjena kvalitete braka pokazuje koliko je brak dobar sa stajališta supružnika u određenoj vremenskoj točki. Važno je da objektivno postoji skup karakteristika idealnoga braka u određenom društvu. U suvremenom zapadnom društvu to su na primjer: pravedna podjela obaveza, održavanje uzajamne ljubavi i poštovanja, slaganje o važnim pitanjima, zajedničko donošenje odluka i dijeljenje interesa. U definiranje bračne kvalitete uključeno je već i samo razmišljanje partnera o rastavi ili o razvodu, što je i razumljivo, jer osoba vjerojatno neće napuštati vezu ako je smatra kvalitetnom (11).

1.1.1. Teorija socijalne razmjene

Teoriju su 1959. razvili Thibaut i Kelley, a njihove je koncepte Levinger 1965. i 1979. primijenio na brak (11). Prema ovoj teoriji, međuljudske veze utemeljene su na procesu socijalne razmjene dobitaka i gubitaka između partnera. Zadovoljstvo brakom i bračni odnosi rezultanta su privlačnosti među partnerima, prepreka raskidu partnerskih odnosa i prisutnosti privlačnih alternativa. Zadovoljstvo osobe vezom moguće je procijeniti ako znamo kakvu pojedinac ima

korist od veze i njegova očekivanja. Ukoliko je nivo očekivanja iznad onog što pojedinac trenutno ima bit će nezadovoljan, a ukoliko je korist veća, bit će zadovoljan.

Standard za procjenu stabilnosti veze naziva se nivo uspoređivanja za alternative, a to je najmanja dobit koju osoba smatra da bi imala u najpovoljnijoj od alternativa. U slučaju da je taj nivo manji od onog koji osoba ima u sadašnjoj vezi, ostat će u njoj. Na osnovi tih pretpostavki izrađena je tipologija razmjene u braku. Veza je loša i stabilna ako je privlačnost veze mala, a prepreka za izlaz iz veze velika. Brak je dobar i nestabilan ako je privlačnost odgovarajuća, prepreka mala, a alternative izvan braka vrlo privlačne. Veza također može biti dobra i stabilna, te loša i nestabilna. Prema teoriji socijalne razmjene, brak završava kad je privlačnost veze mala, kad je prepreka za prekid mala, dok su alternative primamljive (11,12).

1.1.2. Bihevioralna teorija

Bihevioralna teorija usmjerena je isključivo na interakcije bračnih partnera i naglašava važnost interpersonalne razmjene specifičnih ponašanja među partnerima. Neka od tih ponašanja, poput izjava ljubavi, prihvaćanja i komplimenata, imaju nagradni karakter, dok prigovori, kritike i osuđivanje predstavljaju kaznu za partnera (11). Percepcija bračne kvalitete svakog partnera bit će veća što su češći pozitivni oblici ponašanja njegovog partnera, i obrnuto. Bračna je kvaliteta posljedica međusobnih nagrađivanja i kažnjavanja bračnih partnera tijekom dužeg razdoblja. Osnovni okvir nagrada i kazni proširen je atribucijama koje partneri pridaju međusobnom ponašanju. Način atribuiranja partnerovog ponašanja ovisi o kvaliteti bračnih odnosa. Ako je brak inače dobar, pozitivno ponašanje partnera osoba će pripisati njegovim unutarnjim i stabilnim karakteristikama, a ako je brak uglavnom loš, pozitivno ponašanje pripisat će okolnostima, tj. promjenjivim vanjskim faktorima. Negativno ponašanje partnera osoba u dobrom braku pripisat će promjenjivim, vanjskim faktorima, a osoba u lošem braku stabilnim osobinama svog partnera. Način na koji osoba atribuirava partnerovo ponašanje ovisi o povratnoj vezi između interakcija s

partnerom i osjećaja prema braku i partneru. Pozitivne interakcije tako dovode do pozitivnih osjećaja, a oni do pozitivnog atribuiranja koje poboljšava odnose.

Prednost ove teorije u odnosu na teoriju socijalne razmjene jest što brak opisuje kao dinamični fenomen u kojem su promjene česte, i objašnjava promjene procjena zadovoljstva brakom tijekom vremena. Pretpostavka teorije je da supružnici zaključuju jesu li u zadovoljavajućoj vezi na temelju interakcija u kojima razmjenjuju nagrade i kazne. Pozitivne interakcije dovode do zadovoljstva što povećava vjerojatnost novih pozitivnih interakcija. Negativne interakcije dovode do nakupljanja negativnih osjećaja, a preko novih negativnih interakcija do općeg nezadovoljstva brakom. Inzistiranje samo na interakciji supružnika predstavlja nedostatak jer širi kontekst nije uzet u obzir. Prema Karneyju i Bradburyju (11), zanemareni su uvjeti u kojima se interakcija odvija.

1.1.3. Teorija krize

Iako teorija krize prvenstveno govori o funkcioniranju obitelji, neki istraživači je primjenjuju za predviđanje uspjeha braka. Temelji se na Hillovom ABCX modelu iz 1949. koji objašnjava reagiranje obitelji na stresni događaj (11). Prema ovom modelu, stresan događaj (A) zahtijeva određenu prilagodbu. Obitelji imaju različite resurse (B) za suočavanje sa stresom i mogu postaviti različite definicije (C) stresnog događaja koje modificiraju djelovanje samog događaja. Priroda krize (X) određena je stupnjem u kojem su resursi za suočavanje sa stresom dovoljni za prevladavanje određenog stresnog događaja, određenog njegovom definicijom.

Ova teorija je doživjela niz izmjena, a najznačajniju su 1982. uveli McCubin i Patterson uključivanjem vremenske dimenzije u model (12). Razvijen je dupli ABCX model u kojem svaki originalni element ima početno značenje i značenje koje se kristalizira tijekom vremena. McCubin i Patterson smatraju da teškoće u rješavanju prvotnog stresnog doživljaja stvaraju nove stresore. Početni stupanj resursa (B) može se povećati pri nošenju s događajem, a osim početne

percepcije događaja (C) i percepcija uspješnosti suočavanja sa stresom može utjecati na ishod. Iz toga proizlazi da će parovi koji prođu više stresnih događaja vjerojatnije imati negativne bračne ishode, osim ako imaju viši stupanj resursa za suočavanje sa stresom i percepciju uspješnosti suočavanja sa stresom. Prednost je što teorije krize prilagodbu u braku povezuju s vanjskim okolnostima. Utjecaj vanjskih događaja je neizravan, preko prilagodbe supružnika na stresne situacije i izravan, preko pojedinačne percepcije takvih situacija. Teorija daje objašnjenje različitih bračnih ishoda - nemogućnost prilagodbe na stresne događaje dovodi do problema u braku. Nedostatak je što ne objašnjava koje vrste odgovora na stresnu situaciju izazivaju dobru, a koje lošu prilagodbu, niti koje varijable utječu na promjenu resursa i percepcije događaja (11,12).

1.1.4. Ranjivost-stres-adaptacija model

Nakon brojnih kritika teorija bračne kvalitete, na temelju 110 empirijskih radova iz područja bračne kvalitete Karney i Bradbury su predložili novi model objašnjenja odrednica bračne i obiteljske kvalitete. Središnju ulogu imaju elementi bihevioralnih teorija koje su jedine specificirale mehanizme promjene u braku. Tako je i prema ovom modelu kvaliteta braka pod utjecajem iskustva prikupljenog u prošlim bračnim interakcijama, a procjene bračne kvalitete utječu na ponašanje partnera u kriznim situacijama (11). Iz teorije krize preuzeta je pretpostavka da stresni događaji i poteškoće s kojima se partneri suočavaju utječu na interakciju. Način prilagodbe partnera na stres odredit će daljnji utjecaj stresa - dobra prilagodba će ga smanjiti, a loša pojačati. Iz teorija privrženosti uzeta je hipoteza da na ishod braka utječu demografski, osobni i iskustveni faktori koje pojedinac unosi u brak, a obuhvaćeni su pojmom ranjivost. Model predlaže da te trajne ranjivosti utječu na adaptaciju na stresne događaje, a i na sposobnost prilagodbe supružnika na teškoće u braku.

Iz navedenog slijedi da će parovi s dobrim mehanizmima prilagodbe u braku i s malim brojem trajnih ranjivosti, te oni koji dožive malo stresnih događaja, biti zadovoljni i imati stabilan brak.

Takvi brakovi ostat će stabilni čak i ako se supružnici suoče s velikim stupnjevima stresa. Parovi s neadekvatnim mehanizmima prilagodbe, s izraženom ranjivošću, koji se suoče s mnogo stresnih događaja, bit će nezadovoljni brakom, imat će nestabilan brak i vjerojatno će se razvesti. Parovi s izraženim trajnim ranjivostima vjerojatno će imati slabiju sposobnost prilagodbe na stresne događaje što će dodatno negativno utjecati na takve brakove. Ako je razina stresa u životu takvog para niska i ne zahtjeva visoke sposobnosti prilagodbe, brak može ostati stabilan. Trajne ranjivosti su stabilne tijekom vremena pa na temelju stupnja stresa s kojim se par suočava možemo predvidjeti kad će doći do pada u zadovoljstvu brakom.

Prednost modela je što uključuje sva tri kriterija razvojne teorije braka, čime omogućuje proučavanje promjena u stabilnosti i zadovoljstvu brakom. Varijacije u bračnim ishodima objašnjavaju se interakcijama između stresa i ranjivosti. Navodi se da procesi prilagodbe djeluju kao posrednik između efekata stresa i ranjivosti na zadovoljstvo brakom, ali nije definirano kakva je kombinacija efekata stresa i ranjivosti (aditivna ili interaktivna ili kombinacija te dvije vrste). Nedostatak modela je i što kvalitetu braka navodi kao jedini čimbenik koji utječe na stabilnost braka. Model ne uzima u obzir razlike između supružnika u doživljavanju stresa ni vanjske faktore koji mogu utjecati na odluku o razvodu, kao što su prepreke i alternative koje navodi teorija socijalne razmjene.

1.2. Utjecaj ratne traume i PTSP-a na partnerske odnose

U jednom od najranijih napora da se prepoznaju varijable koje doprinose bračnim problemima nakon rata, McCubin i sur. su ispitali ponovnu integraciju obitelji na uzorku od 48 mornaričkih obitelji ratnih zatočenika (POW) (13). Utvrđeno je da su zaštitni faktori emocionalne stabilnosti supruga za vrijeme odvojenosti bili kvaliteta partnerskih odnosa (npr. slanje pisama kući i sl.), bolja socijalna potpora srodnika i manji tekući životni stresori.

Procjena kvalitete braka prije zatočeništva partnera, razina disfunkcionalnosti za vrijeme odvojenosti i dužina braka značajno su doprinijeli većoj različitosti u uspjehu reintegracije nego bilo koja varijabla koja se zasebno uzima. Zasebno uzeto, duljina braka bila je najviše povezivana s kvalitetom obiteljske reintegracije, što sugerira da stabilni partnerski odnosi prije traume predviđaju najmanje problema u posttraumatskoj reintegraciji partnera. Zanimljivo je zapaziti da baš ova studija, vođena u godini suprugova zatočeništva, nije prepoznala jačinu traume ili prisutnost psihijatrijskih simptoma kod veterana, kao što je predvidjela emocionalnu disfunkciju kod žena. Riggs i sur. su usporedili duševnu bol u partnerskoj vezi kod 50 parova u kojima je kod veterana dijagnosticiran PTSP i parova kod kojih veterani nisu imali PTSP (14). Svi parovi su opisani kao intimni i bili su ili vjenčani ili su živjeli zajedno najmanje godinu dana. Rezultati su pokazali da je 70% PTSP parova iznijelo duševnu bol u vezi u usporedbi s 30% parova bez PTSP-a, te da je jačina te boli povezana s jačinom PTSP simptoma.

Uz emocionalne poteškoće, teret partnera veterana oboljelih od PTSP-a često je i egzistencijalne naravi. Nacionalna reprezentativna studija Savocina i Rosenhecha, koja je koristila podatke iz Nacionalnog pregleda vijetnamske generacije ratnih veterana, pokazala je da su veterani s PTSP-om 8,5 puta češće nezaposleni u odnosu na veterane bez PTSP-a, a i kada imaju zaposlenje, imaju u prosjeku 16% manju satnicu u odnosu na veterane bez PTSP-a (15). Stoga bi i briga za materijalnu dobrobit obitelji vrlo često mogla biti prepuštena partnerici.

Najvažniju studiju obitelji ratnih veterana zapravo je propisao američki kongres 1983., koji je pozvao na studiju vijetnamskih veterana i „procjenu dugoročnih učinaka poslijeratnih psiholoških problema među veteranima i njihovim obiteljima». Studija je obuhvatila 3.016 vijetnamskih veterana koji su uspoređivani s neratnim veteranima i onima koji uopće nisu bili veterani. Među saznanjima je i da oko 30,6% muškaraca i 26,0% žena veterana Vijetnamskog rata imaju ili su imali PTSP u jednom razdoblju svoga života, te da oko 15,2% svih muškaraca i 8,5% svih žena

ima trenutni PTSP. Intervjuirane su također 474 partnerice vijetnamskih veterana. Njih su pitali da «opišu svoje vlastite probleme, kao i probleme djece». Istraživački tim je u svom izvješću naveo da nije mogao jasno obraditi problematiku uzroka i posljedice, odnosno, dokazati uzrokuje li PTSP obiteljsko izgaranje ili je suprotno. Međutim, razlike između supružnika veterana s i bez PTSP-a sugeriraju da izvor bračnog i obiteljskog neslaganja može vrlo lako biti PTSP i problemi vezani uz njega. Studija je otkrila da obitelji veterana kojima je dijagnosticiran PTSP u odnosu na obitelji veterana bez PTSP-a, imaju više bračnih problema i problema ponovne prilagodbe, više obiteljskog nasilja i bihevioralnih problema kod djece, veći im je pesimizam i psihološki distres, a imaju i niže životno funkcioniranje i subjektivni doživljaj dobrostanja (16). Ova uznemirujuća otkrića ne samo da su konzistentna s ostalim istraživanjima fokusiranim na obitelji vijetnamskih veterana (17-19), nego su također paralelna s otkrićima kod obitelji veterana Izraelskog rata (6,20-22).

1.2.1. Utjecaj ratne traume i PTSP-a na veteranova supružnika/partnera

Da bi procijenili emocionalne reakcije žena na povratak njihovih partnera nakon šestogodišnjeg ratnog razdoblja, Mikulincer i sur. su usporedili supruge veterana kod kojih je dijagnosticirana borbena stresna reakcija (CSR) sa suprugama veterana bez CSR-a (23). Supruge veterana s CSR-om retrospektivno su prijavile osjećaje tjeskobe, usamljenosti, neprijateljstva, simptome somatizacije i manjak optimizma odmah nakon partnerovog povratka iz rata. Uočena bračna intimnost u vrijeme partnerova povratka bila je vezana uz više optimizma, manje tjeskobe i manje neprijateljstva odmah nakon rata, kao i manje psihopatologije i somatizacije u šest godina nakon rata. Ovi autori sugeriraju da proces sekundarne traumatizacije supругa počinje odmah po izlaganju supругa traumatskim stresnim simptomima. Solomon i sur. su utvrdili da životne poteškoće supругama izraelskih veterana s PTSP-om stvaraju supругove epizode napada i emocionalna rezerviranost, previše odgovornosti za blagostanje djece, održavanje supругovog

psihološkog zadovoljstva, odgovornost za financijske potrebe obitelji i nedostatak spolne intimnosti (24). Solomon i sur. su u studiji 205 žena ratnih veterana Libanonskog rata, pokušali razdvojiti relativne «zasluge» CSR-a i PTSP za njihovo psihološko stanje (22). Sam CSR je bio vezan uz somatizaciju, dok je PTSP doprinio paranoji, osjetljivosti i neprijateljstvu, te slabim socijalnim vezama. Takvo socijalno disfunkcioniranje uključivalo je usamljenost, loše bračno i obiteljsko zadovoljstvo i narušenu socijalnu mrežu. One žene kod čijih muževa je dijagnosticiran i PTSP i CSR, općenito su pokazivale najveću duševnu bol (somatizaciju, depresiju, opsesivno-kompulsivne probleme, tjeskobu, paranoju, osjetljivost i neprijateljstvo). Supruge veterana s PTSP-om doživjele su trajniju emocionalnu bol u usporedbi s boli koju su iznijele žene ratnih veterana bez PTSP-a. Rezultat je indikativan da su CSR i PTSP neovisno i zajedno povezani s raznolikošću psihosocijalnih posljedica i slabim mentalnim zdravljem žena.

U studijama u kojima su se uspoređivali veterani vijetnamskog rata s i bez PTSP-a, također su nađene visoke razine stresa i problema s prilagodbom među partnerima čiji su supružnici imali PTSP. Alessi i sur. su utvrdili da su supruge veterana oboljelih od PTSP-a u prosjeku doživljavale više duševne boli i konflikata, s većom nemogućnošću da se nose s ovim problemima u odnosu na supruge veterana bez PTSP-a (25). One su također bile tjeskobnije, osjetljivije, slabije prilagođene i zatvorenije, te češće nezadovoljne i cinične. Slični rezultati su dobiveni u ispitivanju tereta i psihološke boli u partnerica veterana s kroničnim PTSP-om koje je proveo Calhoun sa suradnicima (17). Rezultati ovog istraživanja su utvrdili da su partnerice veterana s PTSP-om doživjele više depresije, tjeskobe, neprijateljstva i opsesivno-kompulsivnih simptoma, te da su imale slabiju psihološku prilagodbu nego partnerice veterana bez PTSP-a. Također je utvrđeno da intenzitet PTSP simptoma oboljelog i razina interpersonalnog nasilja povećavaju psihološki teret partnera. Beckham i sur. su u svojoj studiji također utvrdili da je

jačina PTSP-a bila i prosječno i očekivano vezana uz značajan teret i psihološku bol među suprugama veterana vijetnamskog rata s PTSP-om (19).

Jordan sa suradnicima je koristio uzorak iz zajednice da bi usporedio razinu duševne boli kod supruga vijetnamskih veterana s i bez PTSP-a (18). Ovi autori su otkrili da su žene veterana s PTSP-om prijavile značajno više bračnih problema, više nasilja od strane veterana, više autoagresije, niže razine sreće i životnog zadovoljstva i više demoralizacije u usporedbi sa ženama veterana bez PTSP-a.

Ove studije podržavaju teoriju da su supruge veterana oboljelih od PTSP-a populacija koja je u riziku od razvoja različitih psihičkih poremećaja, i sugeriraju da se utjecaj veteranovog mentalnog zdravlja širi na njegovu obitelj .

Otkrića i izraelskih i američkih studija općenito sugeriraju da PTSP veterana doprinosi nesreći njihovih partnerica i njihovom slabom psihološkom blagostanju. Kao osobito problematične za obitelji, istraživanja su prepoznala dvije komponente simptoma unutar PTSP-a: a) erupciju ljutnje i nasilja veterana, i b) veteranovu emocionalnu otupjelost i povlačenje u sebe.

1.2.1.1. Ljutnja i nasilje

Kvalitativne diskusije o utjecaju ljutnje traumatiziranih veterana su među najranijim radovima koji su proučavali njihove obitelji. Williams je u tim izvješćima uočio da unutar obitelji veterana koje su tražile liječenje, 50% žena ima značajna psihička oštećenja koja najčešće slijede nakon zlostavljanja (26). Za razliku od kroničnog zlostavljanja u obitelji koje se često navodi u općoj literaturi, Williams je zaključio da veterani mogu počinuti samo jednu ili dvije ekstremno nasilne epizode zlostavljanja, koje obično iniciraju i ubrzaju traženje liječenja. Druga istraživanja su opisala kroničnu atmosferu nasilja u veteranskim obiteljima, prije svega prema njihovim partnericama. Frederikson i sur. su opsežno ispitali pet supruga vijetnamskih veterana s Novog Zelanda kod kojih je dijagnosticiran PTSP (27). Opisi tih žena su sugerirali da su ljutnja i nasilje

partnera u velikoj mjeri bili dio njihove svakodnevnice, i da žive dan za danom u strahu od prijetnji koje podrazumijevaju i fizičko nasilje. Također su izvijestile da je ljutnja kod veterana uključivala raznolikost meta, i da nije uvijek bila izravno usmjerena na supruge i djecu. U istraživanju obitelji veterana oboljelih od PTSP-a Bechkam i sur. su utvrdili da je 57% veterana s PTSP-om prijavilo šest ili više nasilnih djela unutar prethodne godine, u usporedbi s 0% veterana bez PTSP-a (28). Članovi njihovih obitelji su također ocijenili veterane s PTSP-om značajno nasilnijima nego one bez PTSP-a. Ovo otkriće sugerira da razina PTSP-a može biti izravno vezana uz druge specifične socijalne i osobne probleme kako oboljelih od PTSP-a, tako i članova njihovih obitelji. Rosenheck i Thomson su opisali zatvoren krug obiteljskog nasilja koji je pokrenut epizodom nasilja veterana, nakon čega je slijedio nedostatak komunikacije, što je vodilo još većem nasilju (29). Tijekom vremena, obitelji počinju gledati na veterana kao na izvor sveukupne agresije i disfunkcioniranja unutar obitelji. Ovaj krug obično kulminira nekim vrstama kriza, poput pokušaja samoubojstva ili rastave braka.

Nasilne impulse vezane uz borbu istraživači su ispitivali i iz perspektive veterana. Solomon u svojoj studiji zaključuje da agresija u kontekstu rata može biti prilagodljiva i primjerena. Međutim, agresivne impulse koji su vjerojatno pojačani ratnim iskustvima, teško je uskladiti u svakodnevnom životu tijekom razdoblja mira. Gerilski rat u kojem se pojedinci svih godina i spolova dovode u realnu prijetnju, može otežati veteranima vraćanje povjerenja u druge, uključujući i supruge i djecu (24). Horowitz i Solomon su sugerirali da veterani mogu smatrati nasilje i sukobe održivom solucijom svog ponašanja, i da neki mogu imati zadovoljstvo od svojih nasilnih djela, čak i dok doživljavaju stvarnu krivnju nakon koje slijedi izljev ljutnje (30). Strah i krivnja nad nasilnim impulsima su djelovali i tijekom borbenih situacija (31), i djeluju u miru, u okviru obiteljskog sustava (30). Pokušaji da se ovi impulsi kontroliraju mogu izazvati

izbjegavanje određenih uloga i aktivnosti, i mogu utjecati na veteranovu sposobnost izvršavanja obiteljskih obveza.

U predviđanju nasilja u veteranskim obiteljima, empirijske studije su ispitale relativan utjecaj izlaganja borbi naspram PTSP-a. Petrik i sur. su istražili hipotezu da ratno iskustvo samo po sebi muškarce čini sklonijima nasilnom ponašanju (32). Rezultati ovog istraživanja sugeriraju da samo ratno iskustvo nema jak utjecaj na uporabu nasilja prema partnericama. Carroll i sur. su u svojoj usporedbi vijetnamskih veterana koji su tražili liječenje također našli da su neprijateljstvo i fizička agresija različiti između skupina s i bez PTSP-a, i da je razlika u očekivanom smjeru (33). Jordan i sur. su usporedili partnerice veterana s PTSP-om s partnericama veterana bez PTSP-a, i otkrili da partnerice veterana s PTSP-om prijavljuju više nasilja od strane veterana i da su one nasilnije (18). Ovi podaci sugeriraju da je prisutnost PTSP-a, prije nego izlaganje borbi, povezano s povišenim razinama neprijateljstva i fizičkog nasilja. Miller i Veltkamp također ukazuju na obiteljski stres koji nastaje uslijed veteranovih simptoma ponovnog proživljavanja i nasilnih djela (34). Takav stres može destabilizirati obiteljsku dinamiku i može voditi do neprilagođenih vještina nošenja sa stresom, i time doprinijeti razmjerima krize (35,36).

1.2.1.2. Otupjelost i izbjegavanje

Većina istraživanja o funkcioniranju bračnih veza su prepoznala da je sposobnost uključenja u komunikaciju sastavni dio općeg zadovoljstva bračnog para, i da emocionalno izražavanje igra ključnu ulogu u razvoju i održavanju bliskih i intimnih veza (37,38). Bez ključnog, emocionalnog dijela komunikacije, kao očekivana pratnja pojavljuje se dvosmislenost. Rezultat toga su sve učestalija i veća odvajanja, izolacija, sukobi i povlačenje.

Kliničari i istraživači su prepoznali emocionalnu otupjelost, koja je sastavni dio PTSP-a, kao glavni i često primarni čimbenik koji ometa kvalitetno funkcioniranje partnerske veze (29,31,39,40). Sputana intimnost i izražajnost veterana oboljelog od PTSP-a, ograničeno

izražavanje emocija i nedostatak samorazotkrivanja, doprinose bračnom neskladu i sprječavaju veteranovo puno ujedinjenje u obiteljski sustav (14,41,42). Veteranima koji uz to pate i od krivnje preživljavanja, teško je ponovno izgraditi bliske i intimne odnose s članovima svoje obitelji (31).

Rosenheck i Thomson su opisali međusobno djelovanje simptoma emocionalne otupjelosti i izbjegavanja u obiteljskom životu veterana (29). Svakodnevna veteranova izolacija stvara emocionalnu prazninu i ozbiljan funkcionalni gubitak oca i muža. Potreba veterana da izbjegne iritirajući stimulans je zbunjujuća i iscrpljujuća za članove obitelji. Ova razdoblja izbjegavanja i povlačenja često prate i epizode dramatičnog ponovnog proživljavanja traume ili izljevi ljutnje. To članovima obitelji onemogućava ikakvo predviđanje događaja, i ostavlja obitelj u strahu od sljedeće tirade neželjenih prisjećanja ili noćnih mora. Normalne tenzije i napetosti unutar obitelji veterani doživljavaju kao nedopustive, što ih vodi u sve veću izolaciju. Kako veteran postaje sve više izoliran, on također postaje i nesretan zbog svog neuspjeha u odgovoru na tradicionalne obveze vezane uz njegovu ulogu u obitelji.

U svojoj kvalitativnoj studiji žena veterana, Frederikson i sur. su također ispitali utjecaj simptoma otupjelosti i izbjegavanja (27). Svaki veteran je navodno zadržao autoritet i dominantnost u domaćinstvu. Njegovo emocionalno i bihevioralno povlačenje je spriječilo razvoj prave komunikacije, privrženosti i povjerenja između veterana i ostalih članova obitelji. U ovom uzorku žene i djeca su došli do uvjerenja da veterani uopće nisu marili za njih. Emocionalno povlačenje, više od bilo kojeg drugog simptoma, dovelo je žene do toga da zatraže razvod ili rastavu.

Solomon je zaključila da parovi nakon povratka veterana često smatraju nemogućim ponovno izgraditi modele prijeratnih veza (24). Tipično je da u odsutnosti muža, žena kao jedina glava kućanstva, dobije više neovisnosti i postaje upornija. Ova promjena, na početku često donesena iz

nužde, može biti toliko duboka da se žena jednostavno ne može vratiti u prethodno stanje funkcioniranja, čak i ako želi. U isto vrijeme postoji pritisak na veterana da nastavi mnoge od svojih prijeratnih odgovornosti i uloga, uključujući financijske, seksualne, roditeljske itd. Tijekom ovog razdoblja reintegracijskog stresa, veteran još uvijek pokušava da se prilagodi građanskom životu i ne uviđa obiteljske konceptualne promjene koje je i on sam iskusio. Takva dinamika još više pojačava međuljudsko povlačenje vezano uz PTSP veterana.

1.3. Definicija traumatskog stresora

Formiranjem dijagnostičkih kriterija i klasifikacijom stresom uzrokovanih stanja, nastojala se definirati i trauma kao specifični stresor koji može uzrokovati poremećaje. Pod utjecajem novih spoznaja i činjenica iz oblasti psihotraumatologije, definicija traume se s vremenom mijenjala. Tako se u DSM-III klasifikaciji pod traumom označava prepoznatljiv stresor koji uzrokuje značajne psihičke simptome kod gotovo svake osobe (5). Ova neprecizna i široka definicija nastoji se bolje odrediti u DSM-III-R klasifikaciji gdje je trauma definirana kao događaj koji nadilazi uobičajena ljudska iskustva i koji je gotovo uznemirujući za svakoga (43). To može biti prijetnja fizičkom ili psihičkom integritetu individue, prijetnja članovima obitelji ili prijateljima, nagla destrukcija doma ili zajednice, a također osoba može biti svjedok ranjavanja ili smrti uslijed nesreće ili napada. DSM-IV proširuje definiciju traume i opisuje traumu kao događaj u kojem je osoba bila izložena stvarnoj ili prijetećoj smrti, ozbiljnom ranjavanju ili prijetnji fizičkom integritetu, svom osobnom ili neke druge osobe, a da je pri tome reakcija osobe uključivala intenzivan strah, bespomoćnost ili užas (44).

1.3.1. Razvoj koncepta sekundarnog traumatskog stresa

Iako kriteriji za traumatski događaj (Kriterij A) u DSM-III i DSM-III-R (5,43), a posebno u DSM-IV i ICD-10 (44) jasno sugeriraju da se ljudi mogu traumatizirati izravno i neizravno, mali broj stručnjaka je prepoznao ovu pojmovnu enigm. U izvješću pregleda članaka vezanih uz

traumu, a citiranih u Psihološkim sažetcima, Blake i sur. su 1992. potkrijepili stajalište da se od nastanka pojma PTSP-a literatura o traumi značajno povećala (45). Međutim, Blakeovo izvješće, kao i većina drugih dotadašnjih izvješća, ukazivalo je na činjenicu da se i nakon više od desetljeća uporabe, dijagnoza PTSP-a uglavnom koristila za ljude izložene jednim od mnogih tipova traumatskih događaja, a isključivala one koji su traumatizirani neizravno ili sekundarno. Među prvima koji je isticao da je broj "žrtava" nasilnog kriminala, nesreća i drugih traumatskih događaja groteskno podcijenjen, jer se isključuju obitelji i prijatelji žrtve, bio je Charles R. Figley (7). Međutim, da se stvori okvir i uzme u obzir najmanje proučavan i najmanje shvaćen aspekt traumatskog stresa, sekundarni traumatski stres (STS), bilo je potrebno više od desetljeća primjene pojma PTSP-a i dvije revizije DSM-a.

1.3.2. Socijalni aspekt razvoja sekundarnog traumatskog stresnog poremećaja

Iz raznih izvora je potvrđeno da je socijalna potpora jedan od najvećih resursa za borbu sa stresom, pa tako i s traumom, i da ima veliku ulogu u procesu ozdravljenja (46-48). Socijalna potpora podrazumijeva prirodnu pojavu potpore koju pružaju obitelj, prijatelji i poznanici koji brinu o primarnoj žrtvi traume (6,49-52). Sredinom sedamdesetih godina prošlog stoljeća Mileti i sur. (53) su skrenuli pozornost da katastrofe, ne samo da pogađaju individualni, nego i druge razine ljudskog sustava (obiteljski, uža i šira socijalna zajednica), a Figley (54) je među prvima ispitao obiteljski sustav u situaciji traumatizacije jednoga člana. Figley je analizirao čimbenike socijalne potpore (emocionalna briga, utjeha, ljubav, ohrabrenje, savjetovanje, društvo i konkretna pomoć) i zaključio da djeluju kao «protuotrov» stresnim poremećajima (55). Također je primijetio da su članovi obitelji i drugi pomagači kroz svoju empatiju postali ranjivi, i da su mogli razviti sekundarni traumatski stresni poremećaj.

1.4. Oblici/modeli sekundarne traumatizacije

Kako bi se opisali negativni učinci sekundarne traumatizacije osoba u bliskoj vezi s primarnim žrtvama traume, u proteklih četvrt stoljeća ovaj fenomen je nazivan različitim nazivima. Ovi nazivi se najčešće povezuju s "cijenom brige" za druge koji emocionalno pate (7). Izgaranje, distres psihologa i kontratransfer također se koriste za opisivanje nekih fenomena koji uključuju STS reakcije kada je riječ o terapeutima koji liječe psihotraumatizirane osobe (56). Među više desetaka radova u ovom općem području ovaj fenomen se naziva sekundarna traumatizacija (3,57,58), "ko-viktimizacija" (59), indirektna viktimizacija (60), traumatski kontratransfer (61), i kontaktna viktimizacija (62).

U pokušaju da opišu efekte koje traumatski rad može imati na psihoterapeute, McCann i Pearlman su skovali izraz "vikarijska traumatizacija"(60). Opis afektivnog procesa u kojem "jedna osoba dok promatra drugu osobu proživljava emocionalne reakcije usporedne sa stvarnim ili očekivanim osjećajima te osobe", Miller i sur. su nazvali emocionalnom zarazom (63). Drugi izrazi koji se izgleda preklapaju s STS-om ili STSP-om, a odnose se na bliske osobe traumatiziranih, uključuju: krize obitelji vezane uz silovanje (64), efekti blizine ratnih veterana na partnerice (65), transgeneracijski efekt traume (66), potreba za obiteljskom "detoksikacijom" od ratnog traumatskog stresa (29), i "sindrom spasitelja"(67). Iako ovi pojmovi nisu uspjeli imenovati sve aspekte problema bliske veze sa žrtvama traumatskih događaja, njihovo prepoznavanje ipak uvažava specifične efekte sekundarne traumatizacije (60). Četiri termina su postala uvriježena i popularna: *izgaranje*, *sekundarna traumatizacija*, *zamor suosjećanja* i *vikarijska traumatizacija* (68).

1.4.1. Izgaranje («burnout»)

Iz pretrage po PsycINFO, čini se da je izgaranje («burnout») najstariji od ovih koncepata kojeg je u znanstvenu literaturu uveo Herbert J. Freudenberger 1974. u svojoj klasičnoj studiji izgaranja zaposlenika ("Staff Burnout") (69). Ubrzo nakon toga, Christina Maslach, sociopsiholog, objavila je prvu u nizu studija čiji je cilj bio podijeliti i rafinirati značenje i mjerenje koncepta izgaranja (70).

Izgaranje se najčešće povezivalo s nagomilavanjem stresora koji uništavaju pojedinačne visoke ideale, motivaciju i posvećenost određenoj oblasti, profesiji, karijeri ili poslu. Prema Pinesu i Aronsonu izgaranje je stanje fizičke, emocionalne i mentalne iscrpljenosti koje uzrokuje dugoročna uključenost u emocionalno zahtjevne situacije (71). Izgaranje je više proces nego nepromjenjivo stanje, koji počinje postupno i progresivno se pogoršava (70-72). U opsežnom pregledu empirijskog istraživanja o simptomima izgaranja, Kahill (73) je identificirao pet kategorija simptoma:

- a) Fizički simptomi (zamor i tjelesna iscrpljenost, problemi sa spavanjem, određeni somatski problemi kao što su glavobolje, želučano-crijevne smetnje, pad imuniteta);
- b) Emocionalni simptomi (razdražljivost, tjeskoba, depresija, krivnja, osjećaj bespomoćnosti);
- c) Bihevioralni simptomi (agresija, bešćutnost, pesimizam, obrambenost, cinizam, zloraba supstancija);
- d) Simptomi vezani za posao (slabo obavljanje posla, često izbjivanje s posla, stalni umor, zloraba odmora na poslu, davanje otkaza);
- e) Relacijski simptomi (površna komunikacija s..., nesposobnost koncentracije i usredotočenja na ..., te povlačenje od ..., a potom dehumaniziranje, intelektualiziranje i sl.).

1.4.2. Sekundarna traumatizacija

Sekundarna traumatizacija nastaje kao rezultat bliske emocionalne povezanosti i brige o nekome tko pokazuje simptome PTSP-a, ili pak kao rezultat saznanja ili svjedočenja o traumatskom događaju koji je doživjela neka nama značajna osoba. Sekundarni traumatski stres (STS) je definiran kao prirodno posljedično ponašanje i emocije nastale kao rezultat saznanja o traumatskom događaju koji je doživjela nama značajna osoba, ili stres nastao kao posljedica pomaganja ili želje da se pomogne traumatiziranoj osobi ili osobi koja pati (6,7,74). Suprotno od izgaranja koje se javlja postupno i koji je rezultat emocionalne iscrpljenosti, STS se može pojaviti naglo bez naznake upozorenja. Nagomilavanja STS-a koji vodi ka emocionalnoj iscrpljenosti i emocionalnom izgaranju predstavlja Sekundarni traumatski stresni poremećaj (STSP) koji je Figley sažeo u izraz «*cijena brige za nekoga*» (7). STSP se manifestira simptomima sličnima kao kod PTSP-a, uključujući i ponovno proživljavanje događaja, konstantnu pobuđenost, izbjegavanje prisjećanje na događaj, kao i otupljenje u osjećajima i djelovanju. To je trenutak u kojem se članovi obitelji povlače emocionalno ili fizički, ili na oba načina, na različito vremensko razdoblje. Najdrastičniji utjecaj izgaranja u obiteljima je prekid obiteljskih veza uslijed napuštanja, razvoda ili rastave, što rezultira oslabljenim ili nikakvim međusobnim kontaktom (6,7).

1.4.3. Zamor suosjećanja

Iako su STS i STSP najnoviji i najegzaktniji opisi onoga što se stotinama godina promatra i karakterizira kod pomagača osoba koje pate, prema Figleyu, najprikladniji naziv za ovaj fenomen je zamor suosjećanja (7). Ovaj termin je prvi put upotrijebio Johnson 1992. u raspravi o izgaranju među medicinskim sestrama, ne isključujući i druge osobe koje u okviru svoje djelatnosti doživljavaju STS i STSP (75). Hrvatski enciklopedijski rječnik *suosjećanje* definira

kao osjećaj sažaljenja za drugoga koji je pogođen patnjom ili nesrećom, i dijeljenje njegove tuge i žalosti (76). Antonimi ovog termina obuhvaćaju "*nemilosrdnost*" i "*ravnodušnost*".

U srži teorije i koncepta nastanka zamora suosjećanja leži empatija i izloženost patnji drugoga. Ako nema empatije prema drugome, ili se ne izlažemo traumatiziranim ljudima, ne bismo trebali brinuti o pojavi zamora suosjećanja. Posebno rizične skupine da razviju zamor suosjećanja su skrbnici i profesionalci koji svakodnevno rade s traumatiziranim ljudima (6,7). Ova posebna osjetljivost se može pripisati mnogim razlozima, a većina ih je povezana s činjenicom da su skrbnici i terapeuti uvijek okruženi iznimno intenzivnim čimbenicima koji izazivaju traumu. Kao rezultat toga, bez obzira koliko se trudili da ju izbjegnu, pomagači osoba koje pate bivaju uvučeni u taj intenzitet.

1.4.4. Vikarijska traumatizacija (VT)

Vikarijska traumatizacija (VT) karakterizira kumulativne efekte rada s preživjelima raznih traumatskih događaja, poput silovanja, incesta ili obiteljskog nasilja (77). VT je način uokvirivanja emocionalnih, fizičkih, i duhovnih transformacija koje su iskusili djelatnici (terapeuti, istraživači, socijalni radnici, odvjetnici) koji rade s traumatiziranim osobama. Povezani pojmovi uključuju *gubitak suosjećanja* i *sekundarni traumatski stres (STS)* (78,79).

Rad s traumatiziranim klijentima može utjecati na djelatnike na mnoge očite i neprimjetne načine. Uporni osjećaji straha i ranjivosti, poteškoće u vjerovanju drugima, nametljive misli o nasilju, osjećaj nemoći da napravi promjenu u životu svojih klijenata, te cinički pogled na svijet, su primjeri ovog transformativnog procesa (77,80,81). Djelatnici i žrtve često iskuse paralelne emocionalne reakcije.

1.5. Razumijevanje sekundarnog traumatskog stresa supružnika

Par služi kao kamen temeljac za obitelj, osnovna je jedinica reprodukcije, intime i ljubavi (82). Supružnici su zbog posebno bliske, često emocionalno jake prirode supružničke veze, obično pod velikim rizikom efekata STS-a. Interaktivna priroda supružničkog odnosa, kulturološke norme, očekivanja, osjećaj obveze, sve zajedno doprinosi prijemčivosti supružnika na stres onog drugog. U suprotnosti s neposrednim doživljajem traumatskog stresa, STS rezultat je nastojanja pružatelja potpore da razumije i „emocionalno se poveže“ s primarnom žrtvom traume. Osoba pogođena STS-om ima potrebu da razumije i predvidi ponekad nepredvidivo ponašanje i emocionalno stanje žrtve koja pati od PTS-a.

STS može biti rezultat **izravne**, (*tj., proksimalne, «hijazmičke»*), ili **neizravne** (*tj., distalne, «vikarijske»*) izloženosti primarnoj viktimizaciji jednoga supružnika (54). Također, supružnici mogu doživjeti i jednu vrstu **rezonantne** sekundarne traumatske stresne reakcije u kojoj se STS-a reakcija jednog partnera ponaša kao okidač STS-ne reakcije drugoga partnera.

1.5.1. Supružnici i distalni («vikarijski») sekundarni traumatski stres

Distalni («vikarijski») STS posljedica je viktimizacije koja nastaje iz „događaja u mašti“ (54,83). Sastoji se od sekundarnih efekata emotivne brige za supružnika koji se nalazi u potencijalnoj životnoj opasnosti, fizički je udaljen i nije u redovitom kontaktu s partnerom. Kod distalnog STS-a nema načina da se potvrdi zdravlje i dobrostanje supružnika, čak može biti i nemoguće odrediti je li uopće živ. Supružnici koji se bore s distalnim STS-om proživljavaju nesigurnost sudbine njihova supružnika, reorganizacije njihova života i života djece, te njihove veze s drugima čija potpora možda i nije bila ono što su očekivali (84,85). Pozadinske teme distalnog STS-a su nemoć i nesigurnost. Budući da ne mogu doprijeti do svoga partnera, supružnici pokazuju potrebu da znaju i shvate kroz što prolaze njihovi partneri i je li partner uopće živ i na sigurnom. U nastojanju da razumije kroz što supružnik prolazi, sekundarno

afektirani partner može prizvati slike onoga kroz što prolazi supružnik koji je nestao, a na osnovi dostupnih, nedovoljnih i vjerojatno netočnih informacija koje može dobiti. K tomu, informacije su često nepotpune ili kontradiktorne, što dovodi do dodatne napetosti. Figley i McCubbin su utvrdili da su obitelji američkih taoca doživjele više stresa nego mnogi sami taoci, prvenstveno jer su dobivale zbunjujuće i kontradiktorne informacije (86). Solomon je također opisala kako tehnološki napredak, posebno televizija, mogu donijeti informacije najstrašnije vrste u živote obitelji, koja nema izravnu komunikaciju sa svojim bližnjim na bojišnici i često ne zna gdje se nalazi (24). Ako je informacija nepotpuna, supružnici će crpiti informacije iz drugih izvora. Supruge vojnika koji su služili u "Operaciji Just Cause" u Panami kombinirale su ono što su znale o Vijetnamskom ratu s medijskim izvješćima o aktivnostima u Panami. Ishod ovoga je bila povećana tjeskoba i depresija, u nekim slučajevima praćena ponavljajućim noćnim morama o ranjenom ili ubijenom suprugu (87). U studiji vijetnamskih zarobljenika i njihovih supruge, Hunter je otkrio da su i supruge i njihovi zarobljeni muževi pokazivali sličan model prilagodbe (88). Oni su opisali početni psihološki šok i otupljenje, nakon kojeg je slijedilo razdoblje pobuđenosti i povećane pozornosti na detalje, iza čega je slijedilo podugačko razdoblje depresije, i završavalo se jakom željom, „da se nastavi dalje“. U drugim slučajevima vojnika nestalih u vojnim akcijama, supruge su u početku tugovale i oplakivale smrt svoga supruga, no kasnije bi saznale da nisu mrtvi, te da se vraćaju kući svojim obiteljima. Među navedenim emocijama supruga bile su tjeskoba, strah, frustracija, ljutnja i krivnja uslijed početnog napuštanja supruga (89).

Utjecaj distalnog STS-a ovisan je o broju čimbenika koji su uključeni u stresnu situaciju, kao što je dužina trajanja odvojenosti, osjećaji bespomoćnosti, stupanj neizvjesnosti i opasnosti u kojoj se nalazi supružnik, količini i vjerodostojnosti dostupnih informacija, i vlastitim iskustvima. Ako se

nestali supružnik vrati, distalni STS može utjecati na daljnju supružničku vezu i vjerojatno će utjecati na bilo koji proksimalni STS koji se pojavi (90).

1.5.2. Supružnici i proksimalni («hijazmički») sekundarni traumatski stres

Proksimalni («*hijazmički*») STS je posljedica svakodnevnog kontakta partnera koji pruža potporu s traumatski afektiranim i izmijenjenim partnerom. Pružanje potpore osobi koja je prošla kroz traumatsko iskustvo može imati snažno i potresno djelovanje na osobu koja pokušava pružiti tu potporu, a to osobito može biti teško supružniku (91). Kontakt sa supružnikom tijekom njegove manifestacije simptoma PTSP-a može uzeti svoj danak ili umanjiti sposobnosti drugoga supružnika. Partner koji je doživio traumatski događaj možda neće biti voljan o tome razgovarati sa supružnikom, istodobno se ponašajući promjenjivo i nepredvidivo. Također, pružatelj potpore može biti izložen simptomima PTSP-a a da i nije shvatio njihov uzrok (90). Krajnji ishod može biti prekinuta veza oboljelog od PTSP-a sa supružnikom koji je pokušao pružiti potporu, ali je umjesto toga završio izgaranjem, psihološki oslabljen i nezadovoljan.

U nacionalnoj studiji vijetnamskih veterana i njihovih partnerica, Kulka i sur. su utvrdili da partnerice vijetnamskih veterana s PTSP-om imaju više problema nego partnerice vijetnamskih veterana bez PTSP-a (16). One su navele da nisu toliko sretni i zadovoljni; imale su više općeg distresa, čak i osjećaj kao da će doživjeti živčani slom. Također su navele veću društvenu izolaciju i veće obiteljsko nasilje. U kvalitativnoj studiji koju je proveo Maloney šest žena partnerica vijetnamskih veterana jeavelo da su njihove panične epizode potaknute okidačima sličnima onima kod njihovih muževa poput „zvuka helikoptera, iznenadne buke, pucnjave, mirisa i zvuka proljetne kiše, pogleda na maglu, susreta s orijentalnim osobama, i mirisa jake vlage“. Također su navele da sanjaju o Vijetnamu (92). Kao i u drugim studijama, njihove veze sa supružnicima su bile okarakterizirane smanjenom intimnošću. Patience Mason iskoristila je vlastito iskustvo i iskustvo drugih partnerica vijetnamskih veterana u opisivanju pratećih

dugotrajnih simptoma partnerica vijetnamskih veterana s PTSP-om (93). Najčešći simptomi bili su: bijes na supruga ili na vojsku; somatske tegobe poput bolova u leđima i glavobolja; nepovjerenje u druge; hiperpobuđenost, posebno u vezi s nečim što bi moglo uznemiriti njihove muževe; depresija i pomisli na samoubojstvo; osjećaji preplavljenosti zadatkom, odnosno osjećaj nemoći da se obavi zadatak; emocionalna otupjelost i krivica. Također je primijetila da je tim ženama bilo teško zaspati, a kad bi to uspjele, imale su noćne more u kojima su sanjale da su u Vijetnamu, ili bi sanjale o groznim stvarima izvan njihove kontrole koje se događaju članovima obitelji, posebno njihovoj djeci. Matsakis je također identificirala žene u svojim skupinama potpore koje su imale simptome PTSP-a poput nesanice, lake isprepadanosti i sanjanja da su u Vijetnamu (94). Ove žene su se osjećale izoliranima, bespomoćnima, i pretjerano opreznima kad bi bile u blizini svojih nasilnih muževa, posebno u kontekstu zaštite vlastite djece. Coughlan i Parkin su primijetili da partnerice vijetnamskih veterana s PTSP-om oponašaju simptome svojih partnera (95). Ovi simptomi su naglašavali i druge probleme žena i onemogućavali ih da razriješe vlastite stresne reakcije ili da pruže potporu svojim muževima (26,65,96). Solomon je također utvrdila da i kod izraelskih vojnika nakon povratka s bojišnice postoje problemi s obiteljskom reintegracijom, što rezultira dodatnim stresom bračnog partnera i umanjenom sposobnošću pružanja potpore (24).

Premda je većina dosadašnjih istraživanja STS-a koncentrirana na partnerice vijetnamskih i izraelskih veterana, proksimalni STS se zasigurno javlja u drugim situacijama, kao na primjer nakon silovanja (97-99) ili kriminalne viktimizacije (100).

1.5.3. Supružnici i rezonantni sekundarni traumatski stres

U situaciji kad su sekundarno afektirani traumatiziranom osobom koja im je oboma značajna, supružnici također mogu doživjeti STS i u paru. Nalazeći se u situaciji da pokušavaju razumjeti i pružiti potporu osobi koja je za njih bitna, oni mogu uvidjeti da umjesto da se mogu

„osloniti jedno na drugo“ zapravo mogu pridonijeti stresu koji osjećaju. U procesu sličnom onome što su Cornwell i sur. označili kao *"rezonantno tugovanje"*, partneri će biti pogođeni nezavisno jedno od drugoga, no u isto vrijeme njihovo ponašanje bit će okidač drugome supružniku, „pokrećući drugoga“ (101,102). Rezonantni STS među roditeljima primijećen je u slučajevima ozbiljno hendikepirane djece, kao i u slučajevima silovanja kćeri (90,102). Bračna veza roditelja može biti pod velikim pritiskom budući da se svaki partner nosi s vlastitim simptomima STS-a, kao i sa supružnikom.

1.5.4. Proces razvoja sekundarnog traumatskog stresa kod supružnika

Sekundarne traumatske stresne reakcije (STSR) supružnika su rezultat njihove potrebe da daju smisao traumatskom iskustvu i njegovim posljedicama, dok istodobno rade na održavanju stabilne i funkcionalne veze sa svojim partnerom. Krajnji rezultat ovoga može biti da sekundarno afektirani supružnik preuzima na sebe previše obveza i odgovornosti umjesto svoga partnera. Naime, nastojanja da se zaštiti primarno traumatizirani supružnik mogu rezultirati i pretjeranom zaštitom i izolacijom supružnika.

1.5.4.1. Smisao traumatskog iskustva i njegovih posljedica

Ljudi stvaraju vlastitu osobnu stvarnost koja je načinjena od „...*predodžbi, uvjerenja i očekivanja*“ od sebe i svijeta koja omogućavaju individui da dade smisao svome iskustvu“ (103). Janoff-Bulman je ustvrdila da doživljaj traumatskog stresa narušava tri osnovne predodžbe koje su zajedničke većini ljudi (104). Njezine studije su pokazale da to uključuje vjerovanje u osobnu neranjivost, percepciju svijeta koji ima smisao i red, i pozitivan pogled na sebe. Iako kada govori o ovim predodžbama i efektima traume, Janoff-Bulman misli na neposrednu traumatizaciju, slični procesi se odvijaju i kod supružnika pogođenih STS-om. Kroz traumatsko iskustvo muža ili žene, oni shvaćaju da su ranjivi, da svijet može biti besmislen i kaotičan, i da to što je netko dobra osoba nije zaštita od zla. Rosenthal i sur. su zamijetili da su ove predodžbe zajedničke unutar

obitelji, i kada jedan član obitelji doživi traumu, narušavaju se uvjerenja svih članova (105). Budući da takva pojava pogađa interakciju para, kad se osnovna uvjerenja dovedu u pitanje kod sekundarno afektiranog supružnika ili njegovog partnera, partnerov osobni svijet predodžbi bit će destabiliziran. Da bi ponovno dobio osjećaj stabilnosti, svaki parter mora naći smisao i stvoriti neku vrstu objašnjenja, osobnu „iscjeljujuću“ teoriju koja će mu dozvoliti da se prilagodi izmijenjenoj stvarnosti (58,106). Takva „iscjeljujuća“ teorija služila bi kao pojašnjenje traumatskog iskustva primarne žrtve i njezinog posljedičnog ponašanja, kao i reakcije sekundarno afektiranog partnera, a služila bi i da se objasni buduće ponašanje. Da bi „iscjeljujuća“ teorija funkcionirala za oboje, mora postojati njihovo preklapanje i mora pomoći pozitivnoj interakciji između partnera. U ovom modelu, partneri su povezani i međusobno ovisni. Način na koji utječu jedno na drugoga je izgrađivanje izmijenjene stvarnosti nakon traume. Oni su sposobni razmotriti i validirati obostrane poglede na ono što se dogodilo, što se događa i što će se dogoditi (107,108). Ako je njihovo subjektivno viđenje potvrđeno, dobiva status objektivne istine, tj., ono što percipiraju postaje stvarnost, jer bliska, značajna osoba to vidi na taj način (109). Ako to nije slučaj, onda oni preispituju vlastite i tuđe percepcije, a stvaranje objektivne stvarnosti je otežano (110). Ako partner ne dobije izravnu povratnu informaciju od drugoga partnera, on može sam pokušati tumačiti njegovo ponašanje, što može dovesti do još veće konfuzije (111). Žene vijetnamskih veterana su navele da sumnjaju u sebe kad vide da njihovi muževi imaju probleme, a oni to negiraju (93). Postupci partnera mogu biti pogrešno protumačeni kao sasvim suprotni njegovim namjerama. Tako npr., u situaciji rezonantnog STS-a, muž može izbjegavati pokazivanje jakih emocija da bi pomogao svojoj supruzi. Umjesto da ovo smatra pomaganjem, supruga može smatrati dokazom njegove hladne i nebrižne prirode, što rezultira izbjegavanjem i izolacijom (112). Druga situacija se može pojaviti ako primarna žrtva priča o svom iskustvu. U nastojanju da preradi informaciju i rasvijetli događaj, emocionalni sustav supružnika time može

biti preplavljen. Rezultat je da se supružnik osjeća opterećeno, čime je osjetljiviji na sekundarni traumatski stresni poremećaj (103).

1.5.4.2. Značajke emocionalne veze para suočenog s PTSP-em jednog člana

Nakon traumatskog iskustva, supružnik ima važnu ulogu ublažavanja manifestacije PTSP-a kod primarne žrtve (113). Budući da je partnerska veza već emocionalno nabijena veza, prirodno je nastojanje da se partner koji pruža potporu „emotivno poveže“ s patnjom žrtve, čime se otvara i prema opasnostima STS-a (3,6,7).

Da bi razumjeli doživljaj traumatskog stresa supružnika i da bi znali kad i kako mu pomoći, supružnik koji pruža potporu mora „posuditi“ slike i sjećanja svoga partnera. McCann i Pearlman su opisali sekundarnu traumatizaciju terapeuta koji su pokušali suosjećati s klijentima koji su imali PTSP na način da su se preopterećivali i na neki način preuzimali njihova sjećanja (103). Ovo im je omogućilo da bolje služe svojim klijentima, ali ih je i stavilo pod rizik da «zaborave» da su te slike tuđe, njima samo imaginarne, te da na taj način preuzmu ta sjećanja kao svoja vlastita. Oni su predložili da terapeuti zadrže emocionalnu distancu u svrhu zaštićivanja sebe od ovih sjećanja. Corcoran je slično predložio za izbjegavanje izgaranja (114). Međutim, za supružnike je ovo održavanje emocionalne distance, općenito govoreći, nemoguće. Supružnici su međusobno ovisni, emocionalno i komunikacijski. Emocionalno se isključiti nije ni društveno prihvatljiva metoda nošenja s nečijom nevoljom. Stoga, dodatni osjećaj predanosti, obveze i ljubavi, a u nekim slučajevima i straha i osjećaja opasnosti u drugima, stvara vjerojatnost da će supružnici razviti STSR ili STSP (115-117).

U nastojanju da podupre supružnika u nevolji i suosjeća s njim, osoba koja pokušava pružiti potporu često preuzima partnerove slike i sjećanja kao svoja vlastita. Krajnji je rezultat da pružatelj potpore posredno doživljava traumu primarno traumatiziranog partnera. Sekundarno afektirani supružnik koji je preplavljen ovim posuđenim sjećanjima može početi izbjegavati

svoga supružnika, negirati problem, ili biti emocionalno preplavljen (6,103). Ovo, uz emocionalnu otupjelost primarne žrtve PTSP-a, može dovesti do osjećaja otuđenja među parterima (29,96,118,119).

Drugi aspekt emocionalno-intimne veze para jest njihova seksualna veza. Seksualni problemi mogu doprinijeti općem pritisku u vezi. Veteranima koji se vraćaju iz rata seksualni nagon može biti umanjen, dok se njihove žene mogu osjećati odbačenima i nevoljenima (26). Žene koje su razgovarale s Kuenningom opisale su svoje muževe vijetnamske veterane ili kao previše zahtjevne ili kao nezainteresirane (96). I drugi su primijetili sličnu promjenu u seksualnoj vezi parova vijetnamskih veterana (93,94).

1.6. Izgaranje kao sistemski traumatski stres

Oblast psihotraumatologije nenamjerno je ignorirala veliki segment psihotraumatiziranih ljudi: obitelj i ostale pružatelje potpore primarnim „žrtvama“ traume Ignorirani su oni koji su patili uslijed posljedica traume koju su proživjeli njihovi voljeni (6,120). Kako je ranije već rečeno, postoji nekakva vrsta prijenosa traume sa žrtve na pružatelje potpore. Ovaj fenomen je opisan kao „stres suosjećanja“, a najnegativnija posljedica ovoga stresa rezultira „zamorom suosjećanja“ (7,75). Premda danas znamo mnogo više nego ranije o najmanje poznatom traumatskom stresu – stresu suosjećanja i zamoru suosjećanja – ipak najbitnije pitanje ostaje problematično. Kako to da se psihološko i emocionalno uzbuđenje prouzročeno traumatskim stresom za one u opasnosti također primjećuje kod onih koji se brinu za njih? Potrebno je bilo objasniti kako je traumatski materijal dospio tu i kako ga se može ukloniti.

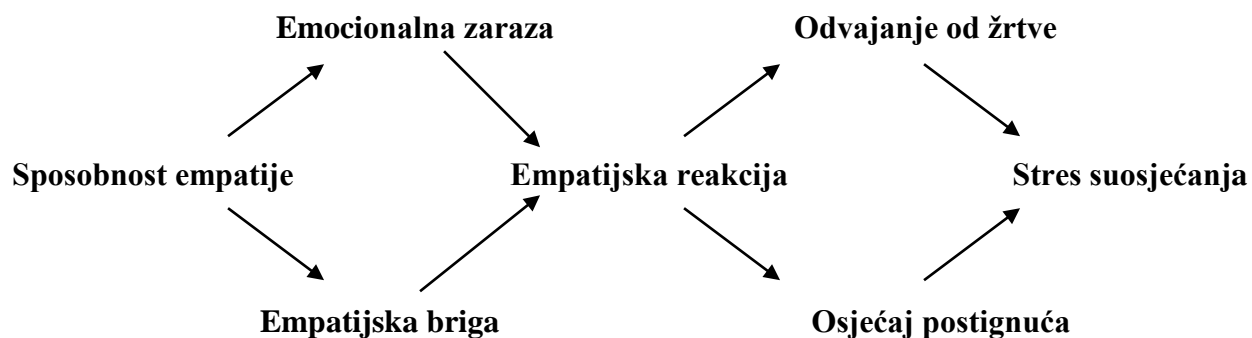
1.6.1. Problematika i model prijenosa traume

Model prijenosa traume koji je osmislio C. Figley navodi da su članovi sustava u nastojanju da shvate člana koji proživljava traumatski stres, motivirani izraziti empatiju naspram žrtve (6,7). Pružatelji potpore pokušavaju sami dati odgovor na pet pitanja žrtve traume: *Što se*

dogodilo? Zašto se to dogodilo? Zašto sam postupio tako u tom trenutku? Zašto se otada ponašam tako kako se ponašam? Ako se to dogodi opet, hoću li imati snage da se opet nosim s tim? Ljudi koji im pružaju potporu pokušavaju sami odgovoriti na ova pitanja za žrtvu da bi shodno tomu promijenili njezino ponašanje. Pa ipak, u procesu stvaranja nove informacije član sustava doživljava emocije koje su iznenađujuće slične emocijama žrtve. To uključuje vizualnu imaginaciju žrtvinih traumatskih iskustava popraćenu simptome koji su izravan rezultat te vizualizacije, izlaganja simptomima žrtve, ili i jedno i drugo (3,6,120). Ovaj model je koncipiran na osnovi istraživanja traumatiziranih obitelji i teorijskih postavki koje su doprinijele razumijevanju traumatskog stresa, međuljudskih veza i izgaranja na poslu. Model navodi da u sekundarnom traumatskom stresu "izgaranje" nastaje s jedne strane uslijed sposobnosti empatije pojedinca i njegove angažiranosti u pomoći primarnoj žrtvi traume, a s druge uslijed nesposobnosti da nađe olakšanje/odmor kroz prekid emotivnog angažmana, i doživljaj zadovoljstva što pomaže osobi koja pati.

1.6.1.1. Model stresa suosjećanja

Figleyev model prijenosa traume (*Slika 1*) ilustrira kako je stres suosjećanja funkcija šest varijabli koje su u međusobnoj interakciji (6). Stres suosjećanja je definiran kao stres povezan s izlaganjem osobi koja pati. Empatijska sposobnost definirana je kao sposobnost da se zamijeti bol drugih. Ujedno, to je često i karakteristika koja vodi ljude da izaberu ulogu profesionalnog pomagača. Ova sposobnost je usko povezana s individualnom prijemčivošću na emocionalnu zarazu, koja je definirana kao proživljavanje osjećaja patnika uslijed provođenja vremena u njegovu društvu. To je slično osjećaju „usisanosti u emocije žrtve“. Ovo je osnova emocije suosjećanja s drugim. Kad smo član obitelji ili druge vrste intimne ili čvrste međusobne veze, doslovce osjećamo bol drugih. Mnogo toga je povezano s identificiranjem s osobom koja pati, i s osjećajem da smo i mi mogli biti na njezinu mjestu.



Slika 1. *Model stresa suosjećanja*

Sposobnost empatije je također povezana s empatijskom brigom koja je definirana kao motivacija za aktivnosti s ciljem pružanja pomoći. Bez motivacije da se reagira na člana obitelji koji pati, pomagač ne čini ništa, bez obzira na njegovu sposobnosti da reagira i stupanj do kojeg je izložen patnji člana obitelji. Nedostatak zabrinutosti je jasan pokazatelj izgaranja tog člana obitelji. I sposobnost empatije i emocionalna zaraza odgovorni su za razinu do koje se osoba trudi da smanji patnju primarne žrtve traume. Taj trud je empatijska reakcija. Ona je definirana kao prava, emocionalno ljekovita reakcija, a ogleda se u odgovarajućem tonu glasa, tajmingu, temperamentu i riječima – koja korak po korak pomaže članu obitelji koji pati.

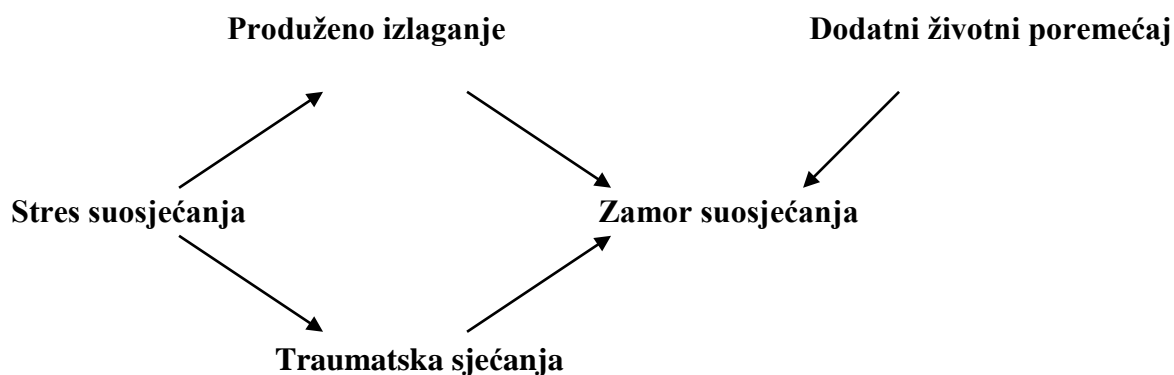
Pokušaji da se pomogne osobi koja pati imaju različite oblike, i pristupa im se u potpuno subjektivnom smislu, i od strane pomagača i od strane onoga kojemu se pomaže. Dva činitelja imaju posebnu važnost u povećanju ili smanjenju stresa suosjećanja. Prvi je „*osjećaj postignuća*“ koji predstavlja stupanj do kojeg je pomagač zadovoljan svojim trudom da pomogne članu obitelji koji treba pomoć. Drugi činitelj je „*odvajanje od člana obitelji koji pati*“. To je osjećaj da ste uradili sve što se moglo uraditi za dobro svih, i da niste primorani na razmišljanje o patnji člana obitelji. Znači, "oslobađanje" od boli koja je potrebna za suosjećanje. Stupanj stresa suosjećanja koji se doživi povezan je sa stupnjem do kojeg se član obitelji može odvojiti i osjećati zadovoljan svojim doprinosom (osjećaj postignuća). Istodobno, da bi smanjili stres, neki

članovi obitelji precjenjuju svoj osjećaj postignuća i/ili psihološki se distanciraju više nego je to potrebno. To su također pokazatelji izgaranja člana obitelji. Obrnuto, oni koji dožive vrlo malo stresa suosjećanja, ali su ipak izloženi enormnoj emocionalnoj zarazi i imaju znatnu empatičnu sposobnost i zabrinutost, nalaze osjećaj zadovoljstva u svojoj empatičnoj reakciji. Oni vjeruju da su otklonili patnju i imaju osjećaj postignuća, ili su pak sposobni izbjeći identificiranje s poteškoćama žrtve, i stoga su učinkoviti u psihološkom distanciranju. Osjećaj postignuća je zadovoljstvo u smanjenju patnje, a isključenje je fizičko i emocionalno odvajanje od osobe koja pati.

1.6.1.2. Model zamora suosjećanja

Ova druga komponenta modela prijenosa traume (*Sliku 2*) ilustrira kako je zamor suosjećanja funkcija četiri varijable koje međusobno djeluju. Zamor suosjećanja definiran je kao stanje psihosomatske iscrpljenosti i socijalne disfunkcije, a posljedica je produženog izlaganja stresu suosjećanja i svemu što on pobuđuje. To je oblik izgaranja. U obiteljima ovo može dovesti do obiteljskog konflikta, prekida komunikacije, čak i potpunog razdvajanja (6).

Produženo izlaganje znači osjećaj odgovornosti i brige o žrtvi i njezinoj patnji tijekom dužeg vremenskog razdoblja ili trajno. Osjećaj produženog izlaganja povezan je s nedostatkom olakšanja od tereta odgovornosti, nesposobnosti da se smanji stres suosjećanja.



Slika 2. Model zamora suosjećanja

Traumatska sjećanja izazvana su stresom suosjećanja i produženim izlaganjem. Ova sjećanja su traumatske naravi i stimuliraju simptome PTSP-a i povezanih reakcija, kao što su depresija i opća tjeskoba. U obitelji ovo može značiti da se roditelji prisjećaju traumatskih iskustava iz djetinjstva, koja su potaknuta trenutnim životnim krizama njihove djece (3,6,54). Zamor suosjećanja je neizbježan ako skrbnik, uz ova tri faktora i s takvim enormnim stresorima, doživi i dodatni životni poremećaj kao rezultat npr. bolesti, promjene životnog stila, društvenog statusa, ili profesionalnih ili osobnih odgovornosti. To može biti posljednja kap u čaši koja vodi ka izgaranju, a posebno ka zamoru suosjećanja. S druge strane, takve životne krize mogu biti važan medijator ostalim stresorima. Veći poremećaj u životu skrbnika može odvesti do situacije da skrbnik koji je imao tendenciju davanja pomoći drugima, ne samo prestane davati pomoć, nego je počinje i sam primati. U toj situaciji, član obitelji ne samo da izbjegava obiteljsko izgaranje (zamor suosjećanja), nego podnosi još jedan životni izazov s potrebom pomoći članova obitelji, uključujući i one koji su do tada primali pomoć od njega.

1.6.2. Komplikacije kod pretjerane brige supruga veterana

S obzirom na očekivanja supružnika, ali i socijalnog okruženja, kada je jedan supružnik u poteškoćama, drugi se osjeća obveznim pružiti mu potporu. Dok je kod mnogih parova njihov supružnik jedan od nekoliko primarnih izvora socijalne potpore (117), partneri sa STS-om se mogu promatrati kao glavni ili jedini izvor potpore svom traumatiziranom partneru (120-122). Imati supružnika koji pati od PTSP-a je potresno i razorno. Zanemarujući osobno iskustvo i potrebe, pružatelj potpore se mora nositi sa svojim supružnikom i reagirati na njegove potrebe, predviđajući značenje događaja i njihov emocionalni utjecaj na supružnika. To može dovesti do preopterećenja supružnika koji pruža potporu i doprinijeti njegovom sekundarnom traumatskom stresu. Kako supružnici egzistiraju unutar interaktivnog, međusobno ovisnog sustava, ako jedan supružnik mora neprestano pružati potporu, a da zauzvrat istu ne dobiva, u konačnici, ta osoba

može postati bespomoćna (120,122). Kronični osjećaji bespomoćnosti i nesigurnost upravo i jesu osnovni emocionalni doživljaj supruga partnera oboljelih od PTSP-a. Nakon početne krize, od njih se očekuje da preuzmu mnoge odgovornosti umjesto oboljelog supružnika, da se ponašaju kao glavni ili jedini pružatelji potpore, a uz to, i da se nose sa svojim emocijama koje se javljaju kao reakcija na situaciju.

1.6.2.1. Prekomjerna odgovornost i previše dužnosti supružnika

Scaturo i Hardoby su pisali o „blokirajućim patologijama“ kod parova gdje je jedno patilo od PTSP-a (119), a Mason je opisala vlastito ponašanje i ponašanje ostalih supruga vijetnamskih veterana kao "suovisno", tj., supruge preuzimaju odgovornost rješavanja problema oboljelih supružnika (93). Krivnja, nisko samopoštovanje i strah su im bili jaki motivi da preuzmu ulogu „odgovorne osobe“, kao i mješavina osjećaja odgovornosti prema partneru, djeci i drugima (65,95), ili pak „negovatelja“ obitelji (24). Slično tome, muški partneri žrtava silovanja mogu osjećati odgovornost prema žrtvi i pretjerivati u njezinoj zaštiti, ponekad ju gurajući na rub bespomoćnosti (98). Do koje mjere će partner preuzeti ovu odgovornost, uvjetovano je stupnjem njegove naobrazbe, stupnjem posvećenosti vezi, voljnosti da se bori s poteškoćama i njegovim osobnim promjenama u tijeku nošenja s problemima (90).

Budući da se na žene često gleda kao na čuvarice doma (a nerijetko i one same na sebe tako gledaju), da bi održale emotivnu klimu u obitelji, one su posebno podložne preuzimanju većine, ako ne i svih obveza i odgovornosti (65,93,95). Time žena ne samo da povećava svoj stres, nego i pripomaže svom partneru u pasivizaciji unutar obitelji. Njezina nastojanja da ispuni uloge, koje tradicionalno pripadaju mužu, on može smatrati dokazom da ga ona smatra nesposobnim (24,123). S druge strane, i on sam svojom pasivnošću i napuštanjem tih uloga doprinosi takvoj novonastaloj obiteljskoj preraspodjeli uloga (124). Ako uz to u obitelji ima i djece, žena ih može pokušati zaštititi od imaginarne ili stvarne prijetnje od strane supruga (93,94). K tomu, ona

također može pokušati pomoći svojoj djeci da razumiju nepredvidljivo ponašanje partnera koji pati od PTSP-a. U bilo kojem slučaju, njezino nastojanje da razumije i objasni ponašanje svog partnera, doprinosit će njezinu vlastitom stresu. Krivnja može biti motivirajuća snaga koja leži ispod njezinih nastojanja da kompenzira za svog oboljelog partnera (65). Ona se može osjećati nemoćnom da ga promijeni, a on ju može smatrati uzrokom problema. Sve ovo u konačnici može doprinijeti povećanom animozitetu, smanjenoj potpori ili čak raskidu braka.

1.6.2.2. Prekomjerna zaštita i izolacija supružnika

Zbog čestih poteškoća svojstvenih za razgovor o traumi i njezinim posljedicama, supružnici će pokušati izbjegavati situacije u kojima se dotiče ta tematika. Mason je opisala svoju ulogu poticatelja muževljeva PTSP-a pokušavajući ga zaštititi i prilagoditi mu se, a da mu nije zapravo pomogla da se nosi sa svojim problematičnim sjećanjima (93). Ona je otkrila da su isto radile žene i ostalih vijetnamskih veterana oboljelih od PTSP-a. Primarne žrtve se mogu izolirati od drugih, čak i od supružnika, jer im je previše bolno pričati o događaju. Možda su prije u prošlosti to pokušavali, pa ako je supružnik na to reagirao sa šokom ili užasno, možda nisu mogle prihvatiti to odbacivanje. S druge strane, sekundarna žrtva se može umoriti od slušanja priče o događaju ili joj čak može biti nelagodno da vidi supružnika da je ranjiv. Partner bi tada žrtvu traume možda poticao „da ostavi to iza sebe“ i „da nastavi sa životom“, čime umanjuje spremnost žrtve da dijeli emocije s njim (112). Što god da bila motivacija, ovo prekomjerno šticeenje smanjuje njihovu sposobnost da komuniciraju jedno s drugim. A ipak, efektivna komunikacija je esencijalna za uspješno funkcioniranje udvoje (120,125). Stoga, izbjegavanjem međusobne interakcije, oba partnera se na kraju mogu osjećati izolirana i bez potpore. Ako supružnici nisu sposobni provjeriti i potvrditi svoju stvarnost sa supružnikom koji pati od PTSP-a, mogu očekivati od drugih da to učine. Ali, potpora često izostaje. Parovi gdje jedan partner pati od PTSP-a često su društveno izolirani. Supružnik s PTSP-om može sprječavati partnera da se

viđa s drugima (92,126). Supružnici sa STS-om mogu osjećati da drugi ne mogu razumjeti kroz što oni prolaze, a vanjska društvena mreža možda i ne želi čuti za njihove probleme. K tomu, supružnici posredno pogođeni traumom mogu se osjećati da nemaju pravo tražiti potporu od drugih, ili da vide supružnikovu potrebu za potporom važnijom od svoje. Mala količina dostupne potpore ili predodžba o vlastitoj slabosti - «nisam bila sposobna da pomognem svom partneru» - može ih sprječavati da dobiju potrebnu pomoć, što doprinosi njihovu osjećaju bespomoćnosti i usamljenosti.

1.6.2.3. Bračni distres i supružničko nasilje

Kad jedan partner ima PTSP, njegovi zahtjevi od drugoga partnera su iznimno visoki. Supružničko nasilje ili prijetnja nasiljem žrtve PTSP-a naspram svoga supružnika je često prisutna u takvim vezama (16,65,93,96). Zloporaba droga i alkohola kod jednog ili oba partnera je također potencijalni problem, kao što su i ostala ovisnička i kompulzivna ponašanja (93). Supruge partnera oboljelih od PTSP-a moraju se nositi s jako nepredvidljivim mužem koji može prijetiti ili postati nasilan. One bi stoga mogle patiti od STS-a uslijed nastojanja da suosjećaju s traumatskim iskustvom svoga muža, dok istodobno prolaze i kroz vlastiti PTSP koji je rezultat supružnikova nasilja (92).

1.7. Utjecaj izlaganja borbi i PTSP-a na roditeljstvo

Iskustvo ratnih veterana u podizanje djece Haley je u svom kliničkom izviješću opisala kao odgođeni stresor (127). Naime, ona je iznijela teoriju da veterani dok se odvajaju od svog ratnog, tj. nasilnog ponašanja, mogu imati poteškoće u prepoznavanju dječje agresivnosti koja je prikladna određenoj dobi djeteta. Nedostatak razlikovanja može rezultirati izbjegavanje interakcija s djetetom, pretjeranim reakcijama ili prevelikom zaštitom djeteta. Harkness je također utvrdio da je roditeljstvo kod veterana okarakterizirano kontroliranjem, pretjeranom zaštitom i zahtjevnim vezama s djecom (128). Razvoj takve bliskosti i zamršene veze između

veterana i njihove djece potvrđen je i u drugim studijama (29,129,130). Nekontrolirana retrospektivna studija koju je vodila Rosenheck istaknula je raznolikost pojedinih obiteljskih situacija i veza djetete-otac, kao i simptomatologije kao posljedice tih odnosa (29). U toj studiji Rosenheck je ispitala odraslu djecu veterana II svjetskog rata s PTSP-em. Nitko od ispitanika do svoje adolescencije nije znao da im je otac patio od posljedica rata. Ipak, procijenili su da je 4-5 dnevnih obiteljskih promjena bilo usredotočeno na veteranovu razdražljivost, agresivnost, depresiju i povlačenje. Općenito, članovi obitelji veterane su smatrali impulzivnima i ljutima, ali ne i sklonima zlostavljanju. Odrasla djeca sjećala su se očevih noćnih mora, emocionalnih ispada, razdoblja plača i nepredvidivog ponašanja. Ovi simptomi su bili neobjašnjeni i doprinosili su obiteljskoj atmosferi straha, opreza i osjećaja krivnje. Članovi obitelji trudili su se da stanje zadrže istim i osjećali su se kao da hodaju po rubu. Djetetovo razumijevanje ili poznavanje očevih poteškoća bilo je povezano sa spoznajnom razvojnom dobi djeteta, ali i sa stupnjem do kojeg je veteran zadržavao svoje ratno iskustvo tajnim, i majka dijelila informaciju. Opis veza rangiran je od zamršenih i intenzivno emocionalnih, do rezerviranih i distanciranih.

U australskoj studiji, Davidson i Mellor su ispitali utjecaj PTSP-a na funkcioniranje obitelji vijetnamskih veterana (131). Rezultati studije indiciraju da veterani s PTSP-om uočavaju da je njihova obitelj manje učinkovita u rješavanju problema i da je manje sposobna odgovoriti na probleme nego što to čine obitelji veterana bez PTSP-a ili civila. Slično tome, veterani s PTSP-om svoje obitelji su procijenili kao neizravne, nejasne, u stilu komunikacije manje zdrave, te manje zainteresirane i uključene u živote drugih članova obitelji, nego što je to slučaj kod veterana bez PTSP-a i civila. Odgovori djece također su indicirali višu razinu obiteljskog disfunkcioniranja unutar obitelji veterana s PTSP-om. Što se tiče općeg funkcioniranja, djeca veterana s PTSP-om su ocijenila svoje obitelji na kliničkoj razini disfunkcioniranja, djeca veterana bez PTSP-a na granici kliničke razine funkcioniranja, a djeca civila kao funkcionalne.

Ovi rezultati sugeriraju da su simptomi PTSP-a vezani uz obiteljsko disfunkcioniranje koje može biti ometano umanjenom sposobnošću veterana za roditeljsku ulogu.

U studiji vijetnamskih veterana s PTSP-om i njihovih sposobnosti stvaranja veza s djecom, Ruscio, Weathers, King i King su utvrdili da simptomi emocionalne otupjelosti, odvajanje i izbjegavanje umanjuju veteranovu sposobnost uključivanja u normalnu interakciju s djecom, koja je neophodna za razvijanje značajne veze (132). Rezultati ove studije potvrđuju da PTSP-simptomi izravno utječu na veteranovu sposobnost da bude roditelj.

1.7.1. Utjecaj PTSP-a veterana na razvoj djeteta

U analizi intervjua partnerica vijetnamskih veterana, Kulka i sur. su opisali i niz obiteljskih poteškoća povezanih s PTSP-om veterana, uključujući i one s djecom (133). Djeca veterana s PTSP-om u usporedbi s djecom veterana bez PTSP-a su pokazivala sveobuhvatnije i ozbiljnije probleme ponašanja, dok specifični problemi nisu prijavljeni. Ovo potvrđuje i nalaz studije Bechkama i sur. koji su utvrdili da djeca veterana s PTSP-om imaju češće probleme s autoritetima, depresijom, ljutnjom, hiperaktivnošću, emocionalnom boli i osobnim vezama (28). Također, ova djeca su nasilnija, imaju više smetnji ponašanja i češće koriste droge. Davidson i sur. su proučavali obiteljska psihijatrijska oboljenja vijetnamskih i korejskih veterana te veterana Drugog svjetskog rata kod kojih su dijagnosticirani PTSP, depresija i alkoholizam, koje su usporedili s kontrolnim uzorkom obitelji veterana bez tih oboljenja (134). Otkrili su da su djeca veterana s PTSP-om (23%) primila više psihijatrijskih tretmana nego djeca kontrolne grupe (0%). Ova djeca su najčešće pokazivala simptome anoreksije i hiperaktivnosti, i imali su ozbiljnije poteškoće u obrazovanju i ponašanju.

U studiji odrasle djece veterana Drugog svjetskog rata oboljelih od PTSP-a, Rosenheck je utvrdio da neka odrasla djeca imitiraju očevo ponašanje, dok druga stalno pokušavaju zadržati stabilnost i izbjeći narušavanje sklada (29). Nekoliko djece je imalo i noćne more vezane uz ratne doživljaje

njihovih očeva. U izvješću kliničkih iskustava s djecom veterana oboljelih od PTSP-a, Rosenheck i Nathan su opisali djecu kao depresivnu, unesrećenu i da pokazuju osjećaje sumnje u same sebe (135). Ta djeca su često impulzivno reagirala i demonstrirala bijes. Jacobsen sa sur. također je klinički promatrao djecu PTSP veterana koja su zbog manifestne psihopatologije bila uključena u grupnu terapiju (136). Djeca koja su pokazivala agresivna ponašanja u društvenim situacijama nisu se mogla povezati u parove na način prikladan njihovim godinama, niti u moduliranom stresu doći do pomoći od skrbnika, a kada su se suočila s psihološkim stresorima, pokazivala su ozbiljniju regresiju. Harkness je utvrdio da djeca ratnih veterana često manifestiraju poteškoće u akademskoj karijeri, dijadnim vezama i emocionalnoj regulaciji (130). Harkness je ipak istakao da se uzrokom depresije, tjeskobe, hiperaktivnosti, delikvencije, slabe socijalizacije i akademskih poteškoća, kod većine djece veterana s PTSP-om prije može smatrati nasilje u obitelji nego PTSP. Iz pregleda literature koja se tiče veza između vijetnamskih veterana i njihove djece, Ancharoff i sur. su zaključili da je za djecu vijetnamskih veterana tipično da pokazuju poteškoće u jednom ili više područja funkcioniranja, ali da nema utvrđenog dijagnostičkog kriterija da prepozna ovu sekundarno traumatiziranu djecu (137). Ova se djeca u kliničkim prikazima često drukčije predstavljaju nego primarno traumatizirana djeca, ako se zapravo uopće klinički i predstavljaju. Rosenheck i Nathan su usporedili funkcioniranje djece vijetnamskih veterana s onima viđenim kod djece osoba koje su preživjele Holokaust i utvrdili mnoge zajedničke karakteristike (135). Ove sličnosti su nametnule pitanje je li roditeljsko izlaganje specifičnoj traumi, u ovom slučaju borbi, ili PTSP kod roditelja, ono što se smatra problemima u odgajanju djece i njihovom razvoju unutar ovih obitelji. Caselli i Motta su utvrdili da su PTSP i izlaganje borbi odgovorni za 34% različitosti u problemima ponašanja kod djece, dok je PTSP sam odgovoran za 31% razlika (138). Autori su zaključili da PTSP pouzdano predviđa manifestaciju i usvajanje ponašanja djeteta, iako više doprinosi modelima manifestacije ponašanja nego

njegovom usvajanju. Harkness u svojoj studiji ipak nije pronašao značajnu vezu između intenziteta simptoma PTSP-a kod očeva i ponašanja djece (128). Rosenheck i Fontana su utvrdili da je iskustvo sudjelovanja u ratnim strahotama u Vijetnamu bilo vezano uz kasnije smetnje ponašanja njihove djece, a da veteranov PTSP može biti neizravni faktor u ovoj vezi (139). Ovi istražitelji pretpostavljaju da učešće u ratnim strahotama može narušiti kasniju sposobnost veterana u ulozi roditelja, što rezultira smetnjama u ponašanju kod djece.

1.7.2. Razvoj sekundarnog traumatskog stresa kod djece

Djeca žrtava traume mogu proživljavati simptome svojih roditelja ili bliskih osoba iako sama nisu prošli kroz traumu. Djeca mogu razviti sekundarni traumatski stres prilikom izravnog ili neizravnog svjedočenja traumi roditelja, braće i sestara ili prijatelja. Svjedočenje traumatskom događaju odnosi se na viđenje ili jednostavno imanje spoznaje da je voljena osoba doživjela traumu. Roditeljska reakcija može igrati važnu ulogu u djetetovu iskustvu, ponekad određujući njegovu reakciju na traumatski događaj, čak i u slučaju izravno traumatizirane djece. Ova zapažanja naglašavaju interpersonalnu prirodu traume i mogu pomoći u objašnjavanju prijenosa posttraumatskog stresa na potomke koji su bili pošteđeni izravnog traumatskog iskustva (140-142). Ancharoff i sur. su ponudili četiri moguća mehanizma prijenosa kroz koje trauma roditelja postaje i trauma djeteta (137). Prvo, oni sugeriraju da šutnja može pospješiti proces prijenosa. Dijete osjeća roditeljsku krhkost i ostaje tiho, da izbjegne bilo kakav podražaj koji bi za roditelja mogao biti uznemirujući. Šutnja postaje barijera između roditelja i djeteta i dijete se osjeća nesposobnim da traži pomoć ili utjehu od roditelja. Drugo, oni prepoznaju i pretjerano iznošenje detalja traumatskog iskustva kao mehanizam za prijenos traume. Ovaj se proces prvenstveno javlja kada roditelj pokušava objasniti djetetu traumu do sitnih detalja. U takvim situacijama dijete prije postaje užasnuto nego upućeno. Treći mehanizam prijenosa je prepoznavanje, a javlja se kada je dijete kontinuirano izloženo posttraumatskim simptomima roditelja. Proces

oblikovanja i prepoznavanja može uzrokovati da dijete usvoji ili oponaša simptome roditelja. Konačno, autori sugeriraju da je i rekonstruiranje mehanizam prijenosa traume roditelja na dijete. Ovaj proces obuhvata uključ enje ili poticanje djeteta da sudjeluje u rekonstrukciji traume roditelja. U takvim situacijama dijete se može osjećati traumatizirano ili kao da je ono bilo počinitelj. Na kraju, autori su zamijetili da na djetetovu manifestaciju problema mogu utjecati višestruki faktori, kao što su jačina roditeljske traume, intenzitet posttraumatskih simptoma, prisutnost traumatskih podsjetnika, stupanj do kojeg se izmijenio djetetov pogled na svijet i opažanje osobne sigurnosti i integriteta.

2. POZADINA ISTRAŽIVANJA

BiH je prošla kroz dugogodišnje razdoblje ratnog razaranja koje je ostavilo iza sebe teške, kompleksne i umnogome još uvijek nesagledive posljedice. Zbog same prirode i karaktera proteklog rata, u Mostaru je i civilno stanovništvo bilo izloženo izrazito velikim traumatskim događajima, a oni koji su preživjeli najstrašnije traumatske događaje zapravo su višestruko traumatizirani s gubitcima kao suštinom patnje, bilo bliskih osoba, doma, materijalnih dobara ili socijalnog statusa. Stoga je neosporno da je kronični ratni stres ostavio osobite psihičke posljedice ne samo na ratne veterane, nego i na civilno žensko stanovništvo, što sve usložnjava posttraumatsku psihijatrijsku sliku i patnju. Klinička iskustva upućuju da su psihičke posljedice utoliko veće što je razina ratne i poslijeratne traumatizacije veća. Kada oba partnera boluju od PTSP-a, što je nerijetko i za očekivati s obzirom na masovnu psihotraumatizaciju kojoj su bili izloženi svi žitelji Mostara tijekom proteklog rata, to bi moglo značajno utjecati na partnerske relacije, ali i oporavak od posttraumatskih smetnji.

Za pretpostaviti je da je kvaliteta partnerskih relacija kod parova kada je partner obolio od PTSP-a lošija nego kada nije obolio. Ako oba partnera boluju od PTSP-a, stanje je vjerojatno još kompleksnije i gore. Također je za pretpostaviti da su supruge veterana s PTSP-om razvile psihičke smetnje nakon godina zajedničkog života s oboljelim suprugom i da ćemo kod njih naći znakove izgaranja, sekundarnog traumatskog stresa, ali i druge psihičke simptome i poremećaje. Ako i same imaju PTSP, onda je za očekivati veće psihičke smetnje. Za očekivati je i da će ove smetnje ovisiti o stupnju osobne i partnerove traumatizacije, težini partnerove bolesti, posebice simptoma pojačane pobuđenosti i emocionalnog umrtvljenja, te slabijim uvjetima življenja.

Sva ta zbivanja traže razvijanje preventivnih i kurativnih strategija zaštite i unaprjeđivanja mentalnog zdravlja za cijelo stanovništvo primjereno sadašnjoj situaciji, u ovom slučaju obiteljima koje su obično višestruko ratom i u poraću traumatizirane.

2.1. Istraživačka pitanja-ciljevi istraživanja

Ova studija pokušala je postići svoju svrhu odgovarajući na sljedeća pitanja:

1. Kakva je kvaliteta partnerskih relacija kod parova s oboljelim članom u odnosu na parove čiji članovi jesu traumatizirani, ali nemaju PTSP?
2. Koje su značajke partnerskih relacija kada oba partnera boluju od PTSP-a?
3. Imaju li supruge/partnerice oboljelih od PTSP-a simptome sekundarnog traumatskog stresa, simptome izgaranja i druge nespecifične psihičke simptome uslijed traumatskih iskustava koje su proživjeli njihovi partneri?
4. Imaju li supruge/partnerice traumatiziranih osoba s PTSP-om izraženije psihičke poremećaje u usporedbi sa suprugama/partnericama traumatiziranih osoba koje nemaju PTSP?
5. Ovisi li manifestacija psihičkih simptoma u supruge/partnerica osoba s PTSP-om o stupnju traumatizacije oboljelog partnera, osobnom stupnju traumatizacije, težini partnerove bolesti, specifičnim simptomima PTSP-a ili sociodemografskim čimbenicima?

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ispitanici

Ispitnu skupinu činila su 154 veterana, koji se zbog PTSP-a uzrokovanog ratnom psihotraumatizacijom liječe u okviru psihijatrijske službe KB Mostar, te njihove partnerice/supruge. Uključujući kriterij za veterane ispitne skupine bila je dijagnoza PTSP-a uslijed ratne traume i postojanje bilo bračne ili izvanbračne partnerske veze, a isključujući kriterij je bilo postojanje bolesti ovisnosti o alkoholu i liječenje zbog psihičkih smetnji bilo kada prije rata.

Kontrolnu skupinu činilo je 77 ratnih veterana koji nemaju PTSP, nastanjenih u Zapadnohercegovačkoj i Hercegovačko-neretvanskoj županiji, i njihove supruge/partnerice. Uz uvjet da nemaju PTSP, isključujući kriterij i za ovu skupinu također je bilo postojanje bolesti ovisnosti o alkoholu i liječenje zbog psihičkih smetnji bilo kada prije rata.

Pri formiranju ispitne skupine svi veterani u tretmanu zbog ratnog PTSP-a, koji su zadovoljavali ulazne kriterije, po redu javljanja na pregled su zamoljeni za sudjelovanje u istraživanju, a za formiranje kontrolne skupine veterani su kontaktirani preko veteranskih udruga po «snow balling» metodi (143).

3.2. Metoda

Formiranje ispitne i kontrolne skupine prolazilo je kroz nekoliko faza. Prema podacima iz medicinske dokumentacije za muške pacijente s klinički utvrđenom dijagnozom PTSP-a i bez anamnestičkih podataka o predratnom liječenju radi psihičkih poremećaja, prvo je utvrđeno imaju li bračnu ili izvanbračnu partnersku vezu. Ispitanike koji su imali bračnu ili izvanbračnu partnersku vezu, voditelj istraživanja i njegovi suradnici su po redu javljanja upoznali o svrsi istraživanja i dobili su Obavijesti o ispitivanju, a kod onih koji su prihvatili sudjelovanje,

primijenjen je i CAGE upitnik (144) kojim je utvrđeno postojanje ovisnosti o alkoholu. Ako je CAGE rezultat bio negativan, ispitanik je dobio primjerak Obavijesti o ispitivanju i Suglasnost za sudjelovanje i za suprugu, te nakon što je i supruga proučila Obavijest o istraživanju i oba partnera potpisali Suglasnost i iste dostavili voditelju istraživanja ili njegovim suradnicima, dobili su bateriju testova koja se sastojala od samoprocjenskih skala koje su ispitanici ispunjavali kod kuće. Nakon što su ispunili kompletnu bateriju testova, ispitanici su kontaktirali voditelja istraživanja ili njegove suradnike, te su se prema dogovoru javljali na Psihijatrijski odjel KB Mostar i iste dostavili, kada je urađen i semi-strukturirani psihijatrijski intervju za utvrđivanje postojanja određenih dijagnostičkih kriterija psihičkih poremećaja osovine I, koji su ispitanici radili s istraživačima.

Pri formiranju ispitne skupine kontaktirano je 248 pacijenata od kojih je, prema rezultatu CAGE upitnika, 37 zadovoljavalo kriterije za ovisnost o alkoholu, i oni su isključeni iz daljnjeg istraživanja. Nakon kontakata supruga, još 57 ispitanika ili njihovih partnerica nije potpisalo suglasnost za sudjelovanje u istraživanju, te je konačan uzorak ispitne skupine činilo 154 para.

Ispitanici kontrolne skupine regrutirani su preko udruga ratnih veterana kao početne točke, i nadalje «snow balling» metodom (143), a činilo ju je 77 parova.

I ovdje je formiranje uzorka teklo kroz nekoliko faza. Po prethodnom dogovoru s predstavnicima udruga ratnih veterana Hercegovačko-neretvanske (dvije udruge, HVO-a i Armije BiH) i Zapadnohercegovačke županije, voditelj istraživanja je u jednokratnoj posjeti udrugama, gdje se veterani inače dnevno okupljanju, kontaktirao zatečene veterane, podijelio im Obavijesti o istraživanju i objasnio cilj istraživanja, te ih zamolio za sudjelovanje. Također ih je zamolio da i svojim suborcima koji su u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici, uruče unaprijed pripremljene Obavijesti o ispitivanju i zamole i njih za sudjelovanje.

Veterani koji su prihvatili sudjelovanje u istraživanju, telefonski su kontaktirali voditelja istraživanja ili njegove suradnike i po dogovoru javljali se na Psihijatrijski odjel KB Mostar, ili bi istraživač odlazio u dogovoreno vrijeme u njihovu udrugu. U kontaktu s istraživačem svaki od sudionika je zamoljen da svojim bliskim suborcima koji su oženjeni ili su u izvanbračnoj vezi uruči Obavijest o ispitivanju i zamoli ih da i oni sudjeluju u istraživanju.

Kod osoba koje su prihvatile sudjelovanje i potpisale Suglasnost za sudjelovanje, kao prvi screen test primijenjen je HTQ upitnik (145). Ispitanici koji su prema HTQ prijavili ratnu traumu, ali nisu zadovoljavali kriterije za PTSP, prošli bi CAGE upitnik (144) za utvrđivanje ovisnosti o alkoholu. Ispitanici s negativnim rezultatom (nisu ovisni o alkoholu) uključeni su u daljnje istraživanje, te su uz njihov pristanak kontaktirane i njihove supruge/partnerice kojima je također uručena Obavijest o ispitivanju. Ako su i one prihvatile sudjelovanje u istraživanju te oba partnera potpisala Suglasnost za sudjelovanje, kod oboje bi bila primijenjena ista baterija testova i po istim principima kao kod ispitne skupine.

Od 96 kontakata 12 ispitanika (12.5%) je prema HTQ zadovoljilo kriterije za PTSP i oni su isključeni iz daljnjeg istraživanja, a od preostalih 84 još ih je 7 (8.3%) zadovoljilo kriterije za ovisnost o alkoholu, te su i oni isključeni. Na kraju, kontrolnu skupinu činilo je 77 veterana.

3.3. Instrumenti

Da bi se dobili osnovni demografski podaci za potrebe ovog istraživanja, strukturiran je Opći demografski upitnik

Za utvrđivanje postojanja ovisnosti o alkoholu veterana korišten je *CAGE upitnik* (144).

Razina traumatizacije i prisustvo posttraumatskih simptoma ispitana je primjenom *Harvard trauma upitnikom-verzija za BiH* (Harvard Trauma Questionnaire - HTQ) (145), i to njegovim prvim i četvrtim modulom.

Psihički poremećaji osovine I prema DSM-IV dijagnostičkim kriterijima ispitani su *MINI-em* - Međunarodni neuropsihijatrijski intervju-Hrvatska verzija (International Neuropsychiatric Interview) (146).

Za utvrđivanje postojanja općih psihičkih simptoma korištena je kratka verzija *SCL-90-R* (Brief Symptom Inventory-BSI) upitnika (147).

Kvaliteta života i socijalne podrške ispitana je uz pomoć *MANSA* upitnika (Manchester Short Assessment of Quality of Life) (148).

Kvaliteta partnerskih/bračnih odnosa utvrđena je *Spanier-ovom skalom prilagodbe partnera* (Dyadic Adjustment scale-DAS) (149).

Postojanje simptoma trajne promjene ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja ispitano je *Upitnikom trajnih promjena osobnosti* strukturiranim za potrebe ovog istraživanja.

Kod ispitanica ispitne i kontrolne skupine uz navedene upitnike još su primijenjeni:

Za utvrđivanje sekundarnog utjecaja traume na supruge/partnerice traumatiziranih veterana korišten je *Upitnik posredne traumatizacije* (PTSD checklist civilian version-PCL) (150).

Opterećenost suprug a pomaganjem i kontaktom s traumatiziranim partnerima ispitana je *Upitnikom procjena tereta (opterećenosti) skrbnika* (Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden) (151).

Fizičke, emocionalne i bihevioralne posljedica kumulativnog utjecaja stresa kao posljedice intenzivnog i dugotrajnog kontakta sa traumatiziranim članom obitelji utvđene su *Upitnikom pregorijevanja u partnerskim odnosima* (Maslach Burnout Inventory) (152).

- **Opći upitnik** strukturiran za potrebe ovog istraživanja sadržavao je demografska pitanja o ispitaniku: ime i prezime, dob i spol, broj brakova, dužina braka, obrazovanje, status zaposlenja, ekonomski status, broj djece, kronične bolesti.

- **Upitnik za autodijagnostiku alkoholizma** (CAGE upitnik) je mjerni instrument za utvrđivanje zlouporabe i ovisnosti o alkoholu. Čine ga četiri pitanja (C-«cut down»- *smanjiti*; A-«annoyed»-*ometan*; G-«guilty»-*kriv*; E-«eye opener»-*otvarač za oči*) na koja treba odgovoriti s «da» ili «ne». Ako osoba srednje životne dobi potvrdno odgovori samo na dva od postavljenih pitanja, riječ je o problemskom potrošaču ili alkoholičaru. U mlađim dobnim skupinama indikativan je i jedan pozitivan odgovor (144).
- **HTQ** je mjerni instrument koji se odnosi na različite traumatske doživljaje i emocionalne tegobe za koje se smatra da su izravno udružene s traumom. Sastoji se od 4 dijela, a u ovom istraživanju koristila bi se:
 - Lista mogućih traumatskih događaja (dio I) i
 - Lista pitanja koja se odnose na psihosocijalne tegobe uzrokovane traumom (dio IV).
 Instrumenti su nastali suradnjom Harvardskog programa za izbjegličku traumu s udruženjima za zaštitu mentalnog zdravlja i stručnjacima iz BiH i Hrvatske 1998. (Harvard Trauma Manual Bosnia-Herzegovina Version, Produced by the Harvard Program in Refugee Trauma). HTQ se koristi u formi intervjua.
 - **Lista mogućih traumatskih događaja** sadrži pitanja o traumatskim događajima i doživljajima kojima su stanovnici BiH bili izloženi tijekom različitih faza rata (za vrijeme trajanja rata, u vrijeme izbjeglištva i u poslijeratnom razdoblju). Sadrži 46 mogućih traumatskih događaja na koje ispitanik odgovara samo s «da» ili «ne». Ovaj dio se ne boduje.
 - **Lista pitanja koja se odnose na psihosocijalne tegobe uzrokovane traumom** uključuje 40 iskaza koji se odnose na tegobe. Prvih 16 iskaza je izvedeno iz DSM-IV kriterija za PTSP. Ovi simptomi grupirani su oko tri pojave: ponovno proživljavanje traumatskog doživljaja, izbjegavanje, te psihološka pobuđenost. Iskazi od 17-40 se odnose na ispitanikovu

percepciju utjecaja traume na njegovu sposobnost funkcioniranja u svakodnevnom životu. Raspon odgovora na svako pitanje uključuje četiri kategorije odgovora («*nimalo*», «*malo*», «*prilično*», «*vrlo jako*»), koji se boduju od 1-4). Ukupni rezultat je srednja vrijednost za svih 40 iskaza, dok je rezultat za PTSP srednja vrijednost prvih 16 iskaza (145).

- **MINI-Međunarodni neuropsihijatrijski intervju** (International Neuropsychiatric Interview)- Hrvatska verzija - je prijevod i prilagodba semi-strukturiranog psihijatrijskog intervjuja za utvrđivanje mentalnih poremećaja osovine I baziranih na DSM-IV i MKB-10 dijagnostičkim kriterijima pri čemu za procjenu postojanja određenog dijagnostičkog kriterija postoje opcije odgovora «*da*» ili «*ne*» koje daje ispitanik (146).
- **Kratka verzija upitnika SCL-90-R** (Brief Symptom Inventory-BSI, Derogatis i sur. 1983.) je samoprocjenska skala za utvrđivanje postojanja općih psihijatrijskih simptoma. Sastoji se od 53 čestice tj. pobrojena simptoma. Rezultira s tri globalna indikatora distresa te rezultatima na 9 subskala: somatizacija, opsesivno-kompulzivni problemi, interpersonalna osjetljivost, depresivnost, tjeskobnost, hostilnost, fobična tjeskoba, paranoidne ideacije i psihoticizam Svaka čestica se procjenjuje u pet stupnjeva («*nimalo*», «*malo*», «*umjereno*», «*prilično*» i «*vrlo jako*»), koji se boduju od 0-4) (147).
- **MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life)** je upitnik kvalitete života i socijalne potpore. Ona sadrži 16 pitanja od kojih četiri ispituju objektivnu kvalitetu života, dok ih dvanaest ispituje zadovoljstvo životom kao cjelinom, poslom, financijskom situacijom, prijateljstvom, slobodnim aktivnostima i razonodom, smještajem, osobnom sigurnošću, ljudima s kojima ispitanik živi, obitelji i zdravljem. Zadovoljstvo se ocjenjuje na sedam-stupanjskoj ljestvici koja je rangirana od 1 (ne može biti gore) do 7 (ne može biti bolje), na osnovi čega se izračuna opći rezultat subjektivne kvalitete života (148).

- **Spanierova Skala prilagodbe partnera** (Dyadic Adjustment scale-DAS) sadrži 32 čestice. Odgovori se daju najčešće na skali od 5 stupnjeva koji se odnose na čestinu, a neka su pitanja dihotomna. Ispred svake skupine pitanja navedeno je značenje pojedine skalne procjene koje sudionici zaokružuju kao odgovor na pojedino pitanje. Autori skale faktorskom su analizom dobili 4 faktora pa je skala podijeljena na 4 subskale.
 - **Subskala slaganje para** sastoji se od 13 čestica čiji se sadržaj odnosi na čestinu slaganja partnera oko religije, prijatelja, rođaka, filozofije života, a odgovori se daju na skali od 6 stupnjeva čestine slaganja s rasponom od 0-5.
 - **Subskala zadovoljstvo brakom** sadrži 10 čestica koje se odnose na razmišljanje o rastavi, žaljenje zbog vjenčanja, povjerenje i slično, a odgovori se daju na skali od 6 stupnjeva čestine s rasponom od 0-5.
 - **Subskala kohezija para** obuhvaća 5 čestica na skali od 5 stupnjeva čestine s rasponom od 0-4 ili 6 stupnjeva čestine, a odnosi se na zajedničko provođenje slobodnog vremena.
 - **Subskala afektivna ekspresivnost** sastoji se od 4 čestice koje se odnose na izražavanje emocija i seksualne odnose. Dvije su čestice pritom dihotomne s mogućim odgovorima "da" i "ne", a dvije na skali od 6 stupnjeva čestine slaganja.

Rezultat u upitniku može se izraziti kao zbroj bodova svih odgovora ili kao rezultat na pojedinim skalama (149).

- **Upitnik trajne promjene osobnosti** sadrži šest pitanja kojima je obuhvaćena kognitivna, emocionalna i duhovna transformacija osoba nakon katastrofalnih traumatskih doživljaja. Na pitanja ispitanici daju odgovore s «da» ili «ne», a na osnovi broja pozitivnih i negativnih odgovora izračunava se ukupni rezultat koji predstavlja stupanj trajne promjene osobnosti.
- **Upitnik posredne traumatizacije (PCL)** je prijevod i prilagodba samo-raportirajuće skale za utvrđivanje simptoma sekundarnog traumatskog stresa (STS). Skalu čine 17 izjava koje

odgovaraju središnjim 17 simptomima PTSP-a nabrojanim u DSM-IV (32). Za svaki odgovor žene su pitane jesu li ili nisu imale simptome kroz zadnjih par mjeseci. Umjesto da se pitanje o traumatskom iskustvu odnosi na njih same, one su pitane o ratnom traumatskom iskustvu njihovih muževa. Npr. "Javljaju li Vam se slike ili misli vezane za ranjavanje, zarobljeništvo (tj. traumatsko iskustvo) Vašeg muža". Raspon odgovora na svako pitanje uključuje pet kategorija odgovora (*nimalo, malo, umjereno, poprilično i ekstremno*) koji se boduju od 1-5. Učestalost i intenzitet sekundarne traumatizacije se procjenjuje prema broju i intenzitetu prisutnih simptoma zadnjih par mjeseci (150).

- **Upitnik procjene tereta (opterećenosti) skrbnika** (Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden) je mjerni instrument za utvrđivanje na koje aspekte života i koliku opterećenost pričinjava pomaganje i kontakt s osobom o kojoj se brinete. Sastoji se od 14 pitanja od kojih šest pitanja ispituje objektivni teret skrbnika, a po četiri pitanja teret subjektivnih zahtijeva i subjektivnog doživljaja stresne preopterećenosti. Raspon odgovora na svako pitanje uključuje pet kategorija odgovora («*mного manje*», «*malo manje*», «*jednako*», «*malo više*», «*mного više*»). U računanju rezultata odgovori na šest pitanja uključenih u mjere objektivnog tereta skrbnika boduju se od 5-1 (*mного manje-5, mnogo više-1*), a po četiri pitanja uključena u mjere subjektivnih zahtijeva i subjektivnog doživljaja stresne preopterećenosti boduju se od 1-5 (*mного manje-1, mnogo više-5*). Rezultati objektivnog tereta iznad 23, subjektivnih zahtijeva iznad 15 i subjektivnog doživljaja stresne preopterećenosti iznad 13.5 mogu se smatrati kao prilično visoki (151).
- **Upitnik izgaranja** (Maslach Burnout Inventory) u partnerskim odnosima nakon traumatizacije partnera je prilagodba Maslachove samo-raportirajuće skale načinjene za utvrđivanje simptoma izgaranja terapeuta. Pitanja se odnose na emocionalne, kognitivne, bihevioralne i somatske posljedice za koje je opisano da se mogu javiti u bliskim relacijama s

traumatiziranim osobama. Skala se sastoji od 30 pitanja na koja se daju odgovori s «*da*» ili «*ne*», a zbroj pozitivnih odgovora ukazuje na stupanj izgaranja (152).

3.4. Statistička obrada podataka

Za sve korištene upitnike najprije je izračunata pouzdanost tipa unutarnje konzistencije koja je izražena Cronbachovim alpha koeficijentom. Nakon toga su za sve mjere izračunati osnovni deskriptivni statistički parametri (aritmetička sredina, standardna devijacija, broj i postotak pojedinih odgovora).

Za ispitivanje razlika između dviju skupina ispitanika na kontinuiranim varijablama izraženima na intervalnoj razini korišten je t-test za nezavisne uzorke, dok je za ispitivanje razlika na nominalnim varijablama korišten hi-kvadrat test. Razlike između triju skupina ispitanika izračunate su jednosmjernom analizom varijance, pri čemu je kao post-hoc test korišten LSD test. Za predviđanje rezultata na različitim kriterijskim varijablama s pomoću skupova prediktorskih varijabli korištena je regresijska analiza.

3.5. Etički aspekti istraživanja

Svi ispitanici dobili su pismenu **Obavijest za ispitanike** u kojoj im je predočena svrha i postupak istraživanja, a po potrebi dobili su i dodatno usmeno pojašnjenje. Nakon toga od ispitanika je zatražena njihova suglasnost za sudjelovanje u istraživanju koju su ispitanici koji su prihvatili sudjelovanje dali svojim potpisom na za to načinjen formular suglasnosti.

Sudjelovanje u istraživanju bilo je dragovoljno, a ispitanici su se slobodno mogli povući iz svake faze istraživanja, bez navođenja razloga i bez ikakvih posljedica. Također, za vrijeme istraživanja ispitanici su mogli zatražiti dodatnu terapijsku ili medicinsku intervenciju koja im je bila pružena u okviru Psihijatrijske službe KB Mostar.

Osobni podatci ispitanika obrađivani su elektronički, a glavni istraživač i njegovi suradnici pridržavali su se interne procedure za zaštitu osobnih podataka. Podatci o ispitaniku u bazu

podataka uneseni su s pomoću koda i prema inicijalima. Pristup dokumentaciji mogli su imati samo predstavnici Etičkog povjerenstva KB Mostar i Etičkog povjerenstva Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci.

Istraživanje je provedeno u skladu sa svim primjenljivim smjericama čiji je cilj bio osigurati pravilno provođenje i sigurnost osoba koje sudjeluju u ovom znanstvenom istraživanju, uključujući Osnove dobre kliničke prakse i Helsinšku deklaraciju.

4. REZULTATI

4.1. Pouzdanost unutarnje konzistencije skala

Provjera pouzdanosti unutarnje konzistencije (Cronbach alpha) primijenjenih skala za žene i muškarce (*Tabela br. 1*) pokazuje da su svi primijenjeni upitnici visoke pouzdanosti.

Tabela 1. *Provjera pouzdanosti primijenjenih upitnika za žene i muškarce*

Mjere	Pouzdanost (Cronbach-alpha)	
	Žene	Muškarci
HTQ-traumatski doživljaji	0.891	0.893
HTQ-posttraumatskog simptomi (DSM-IV)	0.957	0.965
HTQ- percipirana osobna funkcionalnost	0.953	0.958
HTQ-ukupan rezultat	0.975	0.977
Scl-anksioznost	0.878	0.903
Scl-somatizacija	0.891	0.897
Scl-psihoticizam	0.759	0.818
Scl-paranoidna ideacija	0.782	0.847
Scl-opsesivno-kompulzivni	0.849	0.906
Scl-hostilnost	0.787	0.852
Scl-fobije	0.860	0.828
Scl-depresija	0.861	0.900
Scl-interpersonalna osjetljivost	0.799	0.859
DAS-slaganje para	0.931	0.940
DAS-zadovoljstvo para	0.878	0.872
DAS-kohezija para	0.825	0.804
DAS-afektivna ekspresivnost	0.653	0.578
DAS-ukupni	0.955	0.953
MANSA	0.873	0.885
Teret skrbnika-objektivni	0.880	-
Teret-subjektivnih zahtijeva	0.906	-
Teret-subjektivnog stresa	0.904	-
PCL-upitnik posredne traumatizacije	0.956	-
Upitnik pregorijevanja u partner. odnosima	0.923	-
Upitnik promjena osobnosti	0.862	0.872

Prvo su prikazane demografske karakteristike i razlike između ispitne i kontrolne skupine, posebno za muškarce a posebno za žene na svim mjerenim varijablama.

4.2. Demografske karakteristike i razlike između veterana ispitne i kontrolne skupine

T-testom za nezavisne uzorke testirane su razlike između ispitne i kontrolne skupine s obzirom na dob.

Tabela 2. *Distribucija veterana ispitne i kontrolne skupine prema životnoj dobi*

Skupina-muški	N	Životna dob M±SD	t	P
Ispitna skupina	154	49.31 ± 9.07	1.32	0.188
Kontrolna skupina	77	47.36±11.23		

Između ispitanika ispitne i kontrolne skupine nema značajne razlike s obzirom na životnu dob (t=1.32; p=0.188).

Hi-kvadrat testom testirane su razlike između ispitne i kontrolne skupine na ostalim sociodemografskim varijablama.

Tabela 3. Socio-demografske karakteristike i razlike između ispitne i kontrolne skupine

Karakteristika	Broj (%) muškaraca		χ^2	P
	Ispitna skupina (n=154)	Kontrolna skupina (n=77)		
Obrazovanje			5.846	0.054
Osnovna škola	14 (9,1)	1 (1,3)		
Srednja škola	105 (68.2)	53 (68.8)		
VŠ/Fakultet	35 (22.7)	23(29.9)		
Radni status			25.607	<0.001
Zaposlene	44 (28.6)	48 (62.3)		
Nezaposlene	32 (20.8)	8 (10.4)		
Povremeno radi	34 (22.1)	6 (7.8)		
U mirovini	44 (28.6)	15 (19.5)		
Ekonomski status			12.937	0.002
Nizak	43 (27.9)	6 (7.8)		
Srednji	92 (59.7)	56 (72.7)		
Dobar	19 (12.3)	15 (19.5)		
Brak			1.219	0.544
Prvi	144 (93.5)	74 (96.1)		
Drugi	8 (5.2)	3 (3.9)		
Treći	2 (1.3)	0 (0)		
Dužina braka			5.649	0.130
Do 10 godina	23 (14.9)	18 (23.4)		
10-20 godina	43 (27.9)	25 (32.5)		
20-30 godina	58 (37.7)	18 (23.4)		
Preko 30 godina	30 (19.5)	16 (20.8)		
Broj djece			1.548	0.671
Nema djece	6 (3.9)	4 (5.2)		
Jedno	18 (11.7)	13 (16.9)		
Dvoje	76 (49.4)	34 (44.2)		
Troje i više	54 (35.1)	26 (33.8)		
Kronične bolesti			17.988	<0.001
Boluju	69 (44.8)	12 (15.6)		
Ne boluju	85 (55.2)	65 (84.4)		

Dobivena je granično značajna razlika među skupinama u odnosu na obrazovanje (hi-kvadrat=5.85; ss=2; p=0.054), a značajna razlika u odnosu na radni status (hi-kvadrat=25.61; ss=3; p<0.001); ekonomski status (hi-kvadrat=12.94; ss=2; p=0.002) i kronična tjelesna oboljenja (hi-kvadrat=17.99; ss=1; p<0.001). U ispitnoj skupini ima više ispitanika s osnovnom školom, više ih je nezaposleno, koji povremeno rade i koji su u mirovini, te niskog ekonomskog statusa i s

kroničnim tjelesnim oboljenjima, dok ih u kontrolnoj skupini ima više sa VŠS/VSS, zaposlenih, i s osrednjim i dobrim ekonomskim statusom.

4.3. Traumatski događaji i posttraumatski simptomi na HTQ veterana

Razlike između ispitne i kontrolne skupine testirane su t-testom za nezavisne uzorke.

Tabela 4. Rezultati Harvard trauma upitnika (HTQ) i razlike između ispitne i kontrolne skupine

HTQ	Rezultat (aritmetička sredina±SD)		t	P
	Ispitna skupina (n=154)	Kontrolna skupina (n=77)		
Ukupan broj traumatskih događaja	13.33±6.63	8.45±5.61	5.66	<0.001
Simptomi posttraumatskog stresnog poremećaja	2.61±0.63	1.41±0.39	15.29	<0.001
Simptomi percipirane osobne funkcionalnosti	2.25±0.58	1.37±0.31	12.49	<0.001
Ukupan rezultat traumatskih simptoma	2.40±0.57	1.38±0.33	14.50	<0.001

Na svim varijablama proizašlim iz Harvard upitnika postoje značajne razlike među skupinama.

Ispitanici ispitne skupine postigli su značajno više rezultate na ukupnom broju traumatskih događaja, simptomima posttraumatskog stresnog poremećaja, percipirane osobne funkcionalnosti i ukupnom rezultatu traumatskih simptoma.

Hi-kvadrat testom testirane su razlike u broju ispitanika ispitne i kontrolne skupine s obzirom na pojedine kategorije posttraumatskog stresnog poremećaja koje proizlaze iz rezultata Harvard trauma upitnika.

Tabela 5. *Simptomi posttraumatskog stresnog poremećaja prema rezultatima Harvard trauma upitnika u veterana ispitne i kontrolne skupine*

PTSP simptomi	Broj (%) žena		χ^2	P
	Ispitna skupina (n=154)	Kontrolna skupina (n=77)		
PTSP prisutan	89 (58.2)	0(0)	74.506	<0.001
PTSP simptomi prisutni, ali ne i PTSP	64 (41.8)	72 (96.0)		
Bez posttraumatskih simptoma	0(0)	3 (4.0)		
Missing	1	2		

Dobivena je značajna razlika među skupinama (hi-kvadrat=74.506; ss=2; p < 0.001). U ispitnoj skupini ima više veterana s PTSP-om, a u kontrolnoj onih sa simptomima PTSP-a.

4.4. Opći psihički simptomi na SCL-90 upitniku veterana

Tabela 6. *Prisutnost općih psihičkih simptoma prema rezultatima SCL-90 upitnika u veterana ispitne i kontrolne skupine*

Scl-simptomi	Rezultat (aritmetička sredina±SD)		t	P
	Ispitna skupina (n=154)	Kontrolna skupina (n=77)		
Anksioznost	8.74±5.60	1.84±2.65	12.66	<0.001
Somatizacija	10.53±6.27	3.36±4.13	10.36	<0.001
Psihoticizam	4.85±4.28	0.61±1.27	11.29	<0.001
Paranoidne ideje	8.76±4.64	3.00±3.02	11.32	<0.001
Opsesivno kompul. simpt.	9.45±5.51	2.52±3.68	11.33	<0.001
Hostilnost	6.82±4.63	1.91±2.48	10.48	<0.001
Fobična anksioznost	5.34±4.31	0.79±1.50	11.71	<0.001
Depresivnost	7.72±5.57	1.13±2.22	12.77	<0.001
Interpersonalna osjećajnost	5.31±4.12	1.12±2.11	10.20	<0.001
GSI	1.36±0.79	0.32±0.37	13.57	<0.001
PST	34.45±13.91	11.80±10.11	14.07	<0.001
PSDI	1.96±0.60	1.34±0.79	6.07	<0.001

GSI-prosječan intenzitet svih simptoma; **PST**-ukupni broj simptoma; **PSDI**-prosječan intenzitet prisutnih simptoma

Na svim subskalama i ukupnim rezultatima SCL-90 upitnika ispitanici ispitne skupine postižu statistički značajno više rezultate nego ispitanici kontrolne skupine.

4.5. Demografske karakteristike žena ispitne i kontrolne skupine

T-testom za nezavisne uzorke testirane su razlike između ispitne i kontrolne skupine s obzirom na dob.

Tabela 7. *Distribucija ispitanica ispitne i kontrolne skupine prema životnoj dobi*

Skupina	N	Životna dob M±SD	t	P
Ispitna	154	45.08 ± 9.30	0.46	0.649
Kontrolna	77	44.40±11.19		

Nema statistički značajne razlike između ispitanica ispitne i kontrolne skupine s obzirom na životnu dob (t=0.46; p=0.649).

Hi-kvadrat testom testirane su razlike između ispitne i kontrolne skupine na ostalim socio-demografskim varijablama. Opisani su oni hi-kvadrat testovi na kojima su dobivene značajne razlike.

Tabela 8. Demografske karakteristike ispitanica ispitne i kontrolne skupine

Karakteristika	Broj (%) žena		χ^2	P
	Ispitna skupina (n=154)	Kontrolna skupina (n=77)		
Obrazovanje			11.05	0.004
Osnovna škola	20 (13.0)	9 (11.7)		
Srednja škola	108 (70.1)	40 (51.9)		
VŠ/Fakultet	26 (16.9)	28 (36.4)		
Radni status			4.89	0.180
Zaposlene	56 (36.4)	38 (49.4)		
Nezaposlene	72 (46.8)	31 (40.3)		
Povremeno radi	15 (9.7)	3 (3.9)		
U mirovini	11 (7.1)	5 (6.5)		
Ekonomski status			17.51	<0.001
Nizak	40 (26.0)	5 (6.5)		
Srednji	96 (62.3)	51 (66.2)		
Dobar	18 (11.7)	21 (27.3)		
Brak			4.035	0.133
Prvi	152 (98.7)	74 (96.1)		
Drugi	2 (1.3)	1 (1.3)		
Treći	0 (0)	2 (2.6)		
Dužina braka			4.682	0.197
Do 10 godina	22 (14.3)	18 (23.4)		
10-20 godina	46 (29.9)	24 (31.2)		
20-30 godina	56 (36.4)	19 (24.7)		
Preko 30 godina	30 (19.5)	16 (20.8)		
Broj djece			3.294	0.349
Nema djece	7 (4.5)	4 (5.2)		
Jedno	17 (11.0)	15 (19.5)		
Dvoje	77 (50.0)	33 (42.9)		
Troje i više	53 (34.4)	25 (32.5)		

Rezultati hi-kvadrat testa pokazuju da se ispitanice ispitne i kontrolne skupine statistički značajni razlikuju s obzirom na obrazovanje ($\chi^2=11.05$; ss=2; p=0.004) i ekonomski status ($\chi^2=17.51$; ss=2; p<0.001). U ispitnoj skupini ima više žena sa srednjom stručnom spremom i s niskim ekonomskim statusom, a u kontrolnoj onih s višom i visokom stručnom spremom i dobrim ekonomskim statusom.

4.6. Rezultati na Harvard trauma upitniku (HTQ)

Tabela 9. Rezultati HTQ-a i razlike između ispitanica ispitne i kontrolne skupine

HTQ	M±SD		t	P
	Ispitna (n=154)	Kontrolna (n=154)		
Ukupan broj traumatskih događaja	8.82±5.87	6.65±5.83	2.66	.008
Simptomi posttraumatskog stresnog poremećaja	2.33±0.71	1.52±0.52	8.93	<0.001
Simptomi percipirane osobne funkcionalnosti	2.03±0.60	1.40±0.45	8.17	<0.001
Ukupan rezultat traumatskih simptoma	2.15±0.62	1.44±0.67	8.77	<0.001

Na svim varijablama proizašlim iz Harvard upitnika postoje značajne razlike među skupinama. Ispitanice ispitne skupine postižu značajno više rezultate na ukupnom broju traumatskih događaja, simptomima posttraumatskog stresnog poremećaja, percipiranoj osobnoj funkcionalnosti i ukupnom rezultatu traumatskih simptoma.

4.7. Rezultati na skali sekundarne traumatizacije

Razlike između ispitne i kontrolne skupine testirane su t-testom za nezavisne uzorke.

4.7.1. Sekundarna traumatizacija žena

Tabela 10. Rezultati upitnika posredne traumatizacije ispitanica ispitne i kontrolne skupine

PCL rezultat	Rezultat (aritmetička sredina±SD)		t	P*
	Ispitna skupina (n=153)	Kontrolna skupina (n=77)		
Broj simptoma	12.15±4.61	4.31±4.91	11.90	<0.001
Intenzitet simptoma	2.44±0.82	1.34±0.44	11.01	<0.001
Ukupni rezultat	41.42±13.93	22.73±7.42	11.01	<0.001

Ispitanice ispitne skupine u odnosu na kontrolnu postižu statistički značajno više rezultate na svim rezultatima upitnika posredne traumatizacije (broj i intenzitet posttraumatskih simptoma i ukupni rezultat).

4.7.2. Sekundarni traumatski stresni poremećaj (STSP)

Hi-kvadrat testom testirana je razlika u čestini žena s STSP-om između obje skupine.

Tabela 11. Sekundarni traumatski stresni poremećaj u ispitanica ispitne i kontrolne skupine

STSP	Broj (%) žena		χ^2	P
	Ispitna skupina (n=153)	Kontrolna skupina (n=77)		
Zadovoljavaju kriterije za STSP	115 (75.2)	15 (19.5)	62.38	<0.001
Ne zadovoljavaju kriterije za STSP	38 (24.8)	62 (80.5)		

Dobivena je značajna razlika (hi-kvadrat=62.38; ss=1; p < 0.001). U ispitnoj skupini ima značajno više žena sa STSP-om nego u kontrolnoj skupini.

4.8. Rezultati na skali tereta skrbnika

Tabela 12. Rezultati upitnika tereta skrbnika ispitanica ispitne i kontrolne skupine

Teret osobe koja se brine	Rezultat (aritmetička sredina±SD)		t	P
	Ispitna skupina (n=153)	Kontrolna skupina (n=77)		
Objektivni teret skrbnika	24.33±3.52	19.35±4.29	9.39	<0.001
Teret subjektivnih zahtijeva	14.84±3.20	10.39±3.10	10.07	<0.001
Teret subjektivnog doživljaja stresne preopterećenosti	16.89±2.26	11.17±3.22	15.64	<0.001

Ispitanice ispitne skupine u odnosu na kontrolnu postižu statistički značajno više rezultate na svim subskalama upitnika tereta skrbnika (objektivni teret, teret subjektivnih zahtijeva i teret subjektivnog doživljaja stresne preopterećenosti).

4.9. Rezultati na skali izgaranja u partnerskim odnosima, trajne promjene ličnosti i

kvalitete života

Tabela 13. Rezultati upitnika izgaranja, trajne promjene osobnosti i kvalitete života ispitanica ispitne i kontrolne skupine

Izgaranje, trajna promjena ličnosti i kvaliteta života	Rezultat (aritmetička sredina±SD)		t	P
	Ispitna skupina (n=154)	Kontrolna skupina (n=77)		
Izgaranje	12.42±7.18	4.60±5.01	8.57	<0.001
Trajna promjena ličnosti	3.12±2.01	1.19±1.94	6.95	<0.001
Kvaliteta života	75.81±11.35	86.17±8.19	-7.14	<0.001

Ispitanice ispitne skupine u odnosu na kontrolnu postižu statistički značajno više rezultate na upitniku izgaranja i trajnoj promjeni ličnosti, a manje na upitniku kvalitete života.

4.10. Opći psihički simptomi na SCL-90 upitniku

Tabela 14. *Prisutnost općih psiholoških simptoma prema SCL-90 upitniku ispitanica ispitne i kontrolne skupine*

SCL-simptomi	Rezultat (aritmetička sredina±SD)		t	P
	Ispitna skupina (n=154)	Kontrolna skupina (n=77)		
Anksioznost	8.95±5.56	3.14±4.02	8.17	<0.001
Somatizacija	10.99±6.36	5.01±5.34	7.08	<0.001
Psihoticizam	4.58±4.29	0.97±2.27	6.91	<0.001
Paranoidne ideje	7.42±4.35	3.12±3.22	7.69	<0.001
Opsesivno-kompulzivni simpt.	8.84±5.23	3.62±3.70	7.82	<0.001
Hostilnost	5.39±3.93	1.75±2.44	7.43	<0.001
Fobična anksioznost	5.72±4.82	1.97±3.44	6.10	<0.001
Depresivnost	7.29±5.26	1.78±2.92	8.55	<0.001
Interpersonalna osjećajnost	5.05±3.91	1.61±2.23	7.15	<0.001
GSI	1.29±0.74	0.47±0.52	8.76	<0.001
PST	32.94±14.03	15.29±11.85	9.48	<0.001
PSDI	1.96±0.63	1.33±0.60	7.33	<0.001

GSI-prosječan intenzitet svih simptoma; **PST**-ukupni broj simptoma; **PSDI**-prosječan intenzitet prisutnih simptoma

Na svim subskalama i ukupnim rezultatima SCL-90 upitnika ispitanice ispitne skupine postižu statistički značajno više rezultate nego ispitanice kontrolne skupine.

4.11. Psihički poremećaji osovine I prema rezultatu MINI-a

Hi-kvadrat testom testirane su razlike između ispitne i kontrolne skupine na svim varijablama MINI upitnika. Opisani su oni hi-kvadrat testovi na kojima su dobivene značajne razlike.

Tabela 15. Psihička oboljenja osovine I prema rezultatu MINI-a u ispitanica ispitne i kontrolne skupine

Psihički poremećaji osovine I (MINI)	Broj (%) žena		χ^2	P
	Ispitna skupina (n=154)	Kontrolna skupina (n=77)		
Sadašnja depresivna epizoda	57 (37.0)	6 (7.8)	20.65	<0.001
Prošla depresivna epizoda	53 (34.4)	3 (3.9)	24.40	<0.001
Dep. ep. s melankoličnim ob.	46 (29.9)	3 (3.9)	19.20	<0.001
Distimija	41 (26.6)	8 (10.4)	7.15	.007
Rizik od samoubojstva	30 (19.5)	3 (3.9)	8.95	.003
Hipomanična epizoda	2 (1.3)	0	.06	.802
Manična epizoda	3 (1.99)	1 (1.3)	.00	1.000
Panični por. bez agorafobije	11 (7.1)	2 (2.6)	1.23	.267
Panični por. s agorafobijom	20 (13.0)	2 (2.6)	5.28	.022
Agorafobija sadašnja	3 (1.9)	1 (1.3)	.000	1.000
Socijalna fobija	3 (1.9)	1 (1.3)	.000	1.000
Opsesivno-kompulzivni por.	12 (7.8)	2 (2.6)	1.61	.205
PTSP-sadašnji	51 (33.1)	5 (6.5)	18.39	<0.001
Ovisnost o alkoholu	1 (0.6)	0 (0)	.00	1.000
Zloupotreba alkohola	0 (0)	1 (1.3)	.13	.723
Ovisnost o psihoaktivnih sup.	0	0	-	-
Zloupotreba psihoaktivnih sup.	0	0	-	-
Psihотиčni poremećaj sadašnji	7 (4.5)	3 (3.9)	.000	1.000
Psihottični poremećaj kronični	10 (6.5)	4 (5.2)	.01	.922
Porem. rasp. sa psihot. obiljež.	9 (5.8)	4 (5.2)	.00	1.000
Anorexia nervosa	2 (1.3)	2 (2.6)	.03	.858
Bulimia nevosa	5 (3.2)	0 (0)	1.25	.263
Anorexia nerv.-prežd. tip	10 (6.5)	1 (1.3)	2.02	.156
Generalizirani anksiozni por.	97 (63.0)	24 (31.2)	19.58	<0.001
Antisocijalni porem. ličnosti	2 (1.3)	3 (3.9)	.64	.424

Među ispitanicama ispitne skupine statistički značajno više njih zadovoljava kriterije za dijagnozu sadašnje depresivne epizode ($\chi^2=20.65$; $ss=1$; $p<0.001$), prethodnu depresivnu epizodu ($\chi^2=24.40$; $ss=1$; $p<0.001$), depresivnu epizodu s melankoličnim obilježjima ($\chi^2=19.20$; $ss=1$; $p<0.001$), distimiju ($\chi^2=7.15$; $ss=1$; $p=0.007$), češće su suicidalne ($\chi^2=8.95$; $ss=1$; $p=0.003$), kriterije za dijagnozu paničnog poremećaja s agorafobijom ($\chi^2=5.28$; $ss=1$; $p=0.022$), PTSP ($\chi^2=18.39$; $ss=1$; $p<0.001$) i generalizirani anksiozni poremećaj ($\chi^2=19.58$; $ss=1$; $p<0.001$).

4.12. Prediktori psihičkih simptoma u supruge veterana oboljelih od PTSP-a

Nizom stupnjevitih regresijskih analiza ispitano je kako socio-demografski faktori, razina osobne traumatizacije i razina traumatizacije njihovih partnera predviđa psihičke simptome žena čiji su muževi oboljeli od PTSP-a. Kao **kriterijske varijable** korišteni su: globalni indeksi općih psihičkih simptoma SCL-90 upitnika (*PST-ukupni broj simptoma*, *PSDI-prosječan intenzitet prisutnih simptoma* i *GSI-prosječan intenzitet svih simptoma*), trajna promjena ličnosti, izgaranje u partnerskim odnosima i zadovoljstvo životom (MANSA).

Kao **prediktorske varijable** korišteni su: obrazovanje i ekonomski status žena, dužina braka, broj djece, religioznost, kronična oboljenja, broj i intenzitet simptoma sekundarne traumatizacije, broj traumatskih događaja i ukupan rezultat na traumatskim simptomima žena, te ukupan broj traumatskih događaja, ukupan rezultat na traumatskim simptomima i prosječan intenzitet svih općih psihičkih simptoma mjerenih SCL-90 upitnikom (GSI) njihovih partnera. Dobiveni rezultati su sumirani u Tabeli br. 16 (za svaku kriterijsku varijablu prikazani su samo statistički značajni prediktori).

Tabela 16. Prediktori psihološkog distresa i prilagodbe supruga veterana oboljelih od PTSP-a

KRITERIJSKE VARIJABLE	PREDIKTORSKE VARIJABLE	BETA	R	R ²
SCL-PST-ukupni broj simptoma	Traumatski simptomi-žene ST -intenzitet	0.67*** 0.34***	0.78***	0.61
SCL-PSDI-prosječan intenzitet prisutnih simptoma	Traumatski događaji-žene Traumatski simptomi-žene ST -intenzitet	-0.23 0.38*** 0.48***	0.55***	0.30
SCL-GSI-prosječan intenzitet svih simptoma	Traumatski događaji-žene Traumatski simptomi-žene ST -intenzitet	-0.17 0.66*** 0.26*	0.78***	0.61
*Trajna promjena ličnosti	Traumatski simptomi-žene Teret skrbnika	0.59*** 0.26***	0.64***	0.41
*Izgaranje u partnerskim odnosima	Traumatski simptomi-žene Teret skrbnika	0.59*** 0.20**	0.70***	0.48
*Zadovoljstvo životom (MANSA)	Ekonomski status Traumatski događaji-žene Traumatski simptomi-žene ST-intenzitet Traumatski događaji-muškarci	0.20** -0.19* -0.45*** -0.45*** -0.16*	0.72***	0.51

p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001

Rezultati regresijskih analiza pokazuju da se sve kriterijske varijable mogu značajno predvidjeti na osnovi ovog skupa prediktorskih varijabli. Proporcija varijance koju mogu objasniti korištene prediktorske varijable za sve je kriterijske varijable visoka i kreće se od 30 % (za SCL-PSDI) do 61% (za SCL-GSI i SCL-PST).

Promjenu osobnosti i izgaranje u partnerskim odnosima značajno predviđaju traumatski simptomi kod žena i teret skrbnika. Što je intenzitet traumatskih simptoma veći i što je veći teret skrbnika, više su izražene i promjene osobnosti te izgaranje u partnerskim odnosima.

Zadovoljstvo životom žena značajno predviđaju varijable ekonomski status, traumatski događaji-žene, traumatski simptomi-žene, posredna traumatizacija-intenzitet i traumatski događaji-muškarci. Zadovoljstvo životom žena čiji su muževi oboljeli od PTSP-a to je veće što im je bolji

ekonomski status, te ako su i one i njihovi muževi doživjeli manje traumatskih događaja, ako one imaju manje traumatskih simptoma i manji intenzitet posredne traumatizacije.

Dakle, može se zaključiti da se psihički simptomi kod žena čiji su muževi oboljeli od PTSP-a najbolje mogu predvidjeti na osnovi njihove traumatizacije, a manjim dijelom na osnovi socio-demografskih pokazatelja i razine traumatizacije partnera.

4.13. Rezultati na upitniku partnerske prilagodbe ispitanica ispitne i kontrolne skupine

Tabela 17. *Rezultati subskala i ukupni rezultat partnerskih odnosa ispitanica ispitne i kontrolne skupine*

Partnerski odnosi	Rezultat (aritmetička sredina±SD)		t	P
	Ispitna skupina (n=154)	Kontrolna skupina (n=77)		
Slaganje para	46.89±11.62	56.91±7.908	-6.80	<0.001
Zadovoljstvo para	33.64±7.68	40.73±6.36	-6.99	<0.001
Kohezija para	12.56±5.28	17.64±4.74	-7.12	<0.001
Afektivna ekspresivnost	9.23±2.32	11.68±1.93	-7.95	<0.001
Ukupni rezultat	102.32±23.78	126.95±17.69	-8.04	<0.001

Ispitanice ispitne skupine u odnosu na kontrolnu postizu niže rezultate na svim subskalama i na cjelokupnom upitniku.

4.14. Rezultati na upitniku partnerske prilagodbe kada oba partnera imaju PTSP

Prvo su na osnovi rezultata HTQ-a identificirane žene ispitne i kontrolne skupine koje zadovoljavaju kriterije za PTSP (*Tabela br. 18*), čime su u ispitnoj skupini formirane dvije podskupine: **A-1** skupina u kojoj partner ima PTSP, a partnerica nema (n=92) i **A-2** skupina u kojoj oba partnera imaju PTSP (n=62) (*Tabela br. 19*). Pet parova u kontrolnoj skupini kod kojih partnerica ima PTSP, a partner nema isključena su iz daljnje analize.

Jednosmjernim analizama varijance izračunate su razlike između ovih triju skupina ispitanika na svim varijablama DAS upitnika.

Tabela 18. *Prisutnost PTSP-a prema rezultatima Harvard trauma upitnika u ispitanica ispitne i kontrolne skupine*

PTSP	Broj (%) žena		χ^2	P
	Ispitna skupina (n=154)	Kontrolna skupina (n=77)		
Zadovoljavaju kriterije za PTSP	62 (40.3)	5 (6.5)	26.81	<0.001
Ne zadovoljavaju kriterije za PTSP	92(59.7)	72 (93.5)		

Tabela 19. *Prikaz parova u tri novoformirane skupine prema prisutnosti PTSP-a kod ispitanica ispitne i kontrolne skupine*

Skupine ispitanika	N	%
Muškarci s PTSP-om, žene bez PTSP-a- A1	92	39.8
Muškarci i žene s PTSP-om- A2	62	26.8
Muškarci i žene bez PTSP-a- B	72	31.2
UKUPNO	226	97.8
Missing system	5	2.2

Tabela 20. Razlike u rezultatima subskala i ukupnom rezultatu upitnika partnerske prilagodbe parova s PTSP-om i bez PTSP-a

DAS-žene	M±SD			F	P
	muškarci s PTSP-om, žene bez PTSP-a (n=92) - A1	muškarci i žene s PTSP-om (n=62) - A2	muškarci i žene bez PTSP (n=72) - B		
Slaganje para	49.09±11.03	43.94±11.84‡	57.39±7.79	29.06	<0.001
Zadovoljstvo para	35.22±6.82	31.49±8.37‡	41.04±6.15	31.26	<0.001
Kohezija para	13.05±5.21	11.90±5.31	17.70±4.73*	25.54	<0.001
Afekt. ekspresivnost	9.71±2.24	8.59±2.31‡	11.86±1.81	41.45	<0.001
Ukupno	107.06±22.18	95.92±24.65‡	128.00±17.18	39.17	<0.001

‡ Sve tri skupine značajno se razlikuju u srednjoj vrijednosti. LSD test (P<0,05).

* Muškarci i žene bez PTSP-a značajno se razlikuju od ostale dvije skupine. LSD test (P<0,001).

Na svim analiziranim varijablama dobivene su značajne razlike između triju skupina ispitanika.

Naknadne analize u kojima su uspoređivani pojedini parovi skupina (LSD test) pokazali su da osim na varijabli kohezija para, na svim preostalim varijablama skupina **A2** postiže značajno niže rezultate od obje preostale skupine, dok skupina **A1** postiže značajno niže rezultate od skupine **B**.

Na varijabli kohezija para skupina **B** postiže značajno veće rezultate od obje preostale skupine, dok između skupina **A1** i **A2** nema značajne razlike.

5. RASPRAVA

U ovom radu pratimo kako kronični PTSP veterana pogađa njihove supruge/partnerice, obiteljske veze, i psihološku prilagodbu supruga na veteranovo oboljenje. Kako su u istraživanju sudjelovali veterani i njihove supruge/partnerice, svaki dio ispitivanja imao je svoje specifične značajke koje su međusobno povezane, te je rasprava radi preglednosti podijeljena u dva dijela. U prvom dijelu prikazana je ratna traumatizacija veterana i posttraumatske psihičke posljedice s kojima se veterani nose, a u drugom, razmjere posredne traumatizacije i psihološkog distresa supruga, i kako se to sve odražava na partnerske odnose.

5.1. Demografske karakteristike veterana oboljelih od PTSP-a

Između dvije skupine nema statistički značajne razlike u odnosu na životnu dob ispitanika (49.31 ± 9.07 ; 47.36 ± 11.23). Ovaj podatak je važan zbog toga što s obzirom na dob ne postoje nikakve dvojbe u mogućoj interpretaciji drugih rezultata. Naime, životna dob je u izravnom i značajnom uzajamnom odnosu s drugim socio-demografskim varijablama koje su uz ratnu traumatizaciju važni prediktori PTSP-a (153,154).

U ispitnoj je skupini statistički značajno više ispitanika s osnovnom školom, više ih je nezaposleno, koji povremeno rade i koji su u mirovini, te niskog ekonomskog statusa i s kroničnim tjelesnim oboljenjima. U kontrolnoj skupini više je ispitanika s višim i visokom obrazovanjem, više ih je zaposlenih, i s osrednjim i dobrim ekonomskim statusom (*Tabela br.3*). Za ovaj nalaz se može reći da je i očekivan. Naime, dok su obrazovanje, zaposlenost i ekonomski status međusobno povezani, istodobno predstavljaju i snažne prediktore PTSP-a (153,154). Niže obrazovan veteran je u značajnoj mjeri predisponiran i većoj izloženosti ratnoj traumatizaciji, što također ima izravnu vezu s većom učestalošću PTSP-a kod ovih veterana (16).

Kada je u pitanju profesionalna sposobnost, ona je kod veterana oboljelih od PTSP-a značajno reducirana. Imajući u vidu značajke njihovih smetnji, posebno teškoće koncentracije i pojačanu

pobuđenost, ne začuđuje da oboljeli veterani teže nalaze posao i lakše ga gube. Nacionalna reprezentativna studija Savocina i Rosenhecha također pokazuje da su vijetnamski veterani s PTSP-om 8,5 puta češće trenutačno nezaposleni u odnosu na veterane bez PTSP-a, a i kada imaju zaposlenje, imaju u prosjeku 16% manju satnicu u odnosu na veterane bez PTSP-a (15). Uz to, PTSP je rijetko jedino oboljenje koje se javlja i često ga prate psihička i tjelesna komorbidna oboljenja (155-158), što sve usložnjava i umanjuje radnu sposobnost veterana. Stoga i ne začuđuje da je oboljelih veterana više u mirovini i da su slabijeg ekonomskog statusa, a što se posljedično odražava i na socijalne relacije, kvalitetu života i unutar obiteljske veze i obiteljsku dinamiku (18,155,159).

5.2. Traumatsko iskustvo i posttraumatske psihičke posljedice veterana

5.2.1. Traumatsko iskustvo

Traumatski događaji predstavljaju opasnost za život, tjelesni integritet, čak i za zdrav razum. Nasilje kao što je rat, može transformirati pojedinčev život na dubok način, uključujući i to kako njegovo tijelo funkcionira, kako razmišlja i gleda na svijet i njegove opasnosti, te kako se odnosi prema drugim ljudima i kakvu interakciju ima s njima.

Nalaz ovog istraživanja ukazuje da su veterani oboljeli od PTSP-a doživjeli značajno više ratnih traumatskih iskustava (13.3:8.5) (*Tabela br.4*) u odnosu na veterane koji nisu oboljeli.

Stope PTSP-a u osoba izloženih borbi dokazano variraju u zavisnosti od prirode i intenziteta borbenih iskustava (16). Brojne studije promatraju mjerno-reakcijsku vezu između težine traume i PTSP-a i neosporno je utvrđeno da su obilježja traume redovito razlog velike različitosti u broju, intenzitetu i dužini trajanja PTSP simptomima (16,160,161). Ratno zatočeništvo prikazano je kao stresni događaj povezan s izloženošću posttraumatskim stresnim reakcijama većeg intenziteta, uspoređujući zarobljenike s ratnim veteranima koji nisu bili zatočeni (162). Eugdah i sur. utvrdili su da 84% ratnih zarobljenika koje su držali Japanci u nekim razdobljima svog života

zadovoljava kriterije za PTSP, a 59% ih zadovoljava trenutne kriterije i 45-50 godina nakon traume, (163). Sutker i sur. izvješćuju o stopi PTSP-a od 70% među ratnim zarobljenicima Drugog svjetskog rata 50 godina nakon zarobljeničtva (164). Pored značajki žestine stresa, povijest prethodnog izlaganja žarištu traume i kroničnom stresu je također potencijalan rizični čimbenik PTSP-a (165,166).

5.2.2. Posttraumatski stresni poremećaj

Prema rezultatima Harvard trauma upitnika, veterani s klinički utvrđenom dijagnozom PTSP-a i nakon višegodišnjeg liječenja imaju značajno izraženije posttraumatske simptome i veću percipiranu osobnu nefunkcionalnost u odnosu na veterane koji su također iskusili značajnu ratnu traumatizaciju, ali nisu oboljeli od PTSP-a (*Tabela br.4*).

Važno je zamijetiti da su i kod 96.0% veterana kontrolne skupine prisutni neki od simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja, iako ne i dovoljno za dijagnozu PTSP-a (*parcijalni PTSP*), te da ih je samo 4% bez posttraumatskih simptoma (*Tabela br.5*). Ovaj nalaz u značajnoj mjeri potvrđuje složenost i dugotrajnost efekata traume prisutnih na psihičkom, socijalnom, interpersonalnom i biološkom planu ličnosti (167). Nalaz ukazuje i na različite razine prilagodbe na proživljene traumatske događaje ove kategorije ratnih veterana. Uz nižu, ali ipak značajnu ratnu traumatizaciju i ovih veterana, svakako da njihovoj boljoj prilagodbi doprinose i predtraumatski i posttraumatski zaštitni čimbenici. Naime, utvrđeno je da veterani bez kliničke dijagnoze PTSP-a (kontrolne skupine) imaju višu naobrazbu, da ih je više zaposleno i da su boljeg ekonomskog statusa, što sve predstavlja zaštitne čimbenike razvoja PTSP-a (168,169). Nalaz je u korelaciji s rezultatima niza drugih studija psihičkih posljedica vojnih i civilnih trauma koje su utvrdile pozitivnu vezu između prirode i intenziteta traume, prethodnih traumatskih iskustava i psihičkih posljedica (168-170), i podržava utvrđenu značajnost predtraumatskih i posttraumatskih čimbenika za razvoj i održavanje PTSP-a (153,154,168,169).

5.2.3. Opći psihički simptomi

Utvrđeno je da veterani s PTSP-om u odnosu veterane bez PTSP-a imaju značajno više općih psihičkih simptoma mjerenih SCL-90 upitnikom, koji su većeg intenziteta, a veća su im i sva tri globalna indeksa (*Tabela br.6*).

Ovaj je nalaz sukladan s nalazima drugih istraživanja psihičkih posljedica traume koji ukazuju na širok spektar posttraumatskih posljedica (156,171), kao i činjenicu da je PTSP rijetko jedini psihološki poremećaj koji je trenutno prisutan među traumatiziranim pojedincima (16,172). Prema podacima iz literature, trenutni PTSP je kompliciran od strane drugih poremećaja u 50-90% slučajeva, među kojima su anksiozni poremećaji, depresija, somatizacija, neprijateljsko ponašanje, problemi u vezama, te zloraba alkohola i droga među vodećima (153,172).

Nalaz ovog istraživanja također potvrđuje čvrstu vezu između PTSP-a i prevalencije komorbidnih značajnih psihičkih poremećaja i simptoma, i ukazuje da u velikog broja traumatiziranih sama dijagnostička kategorija PTSP-a ne opisuje na odgovarajući način punu veličinu psihološkog distresa i njihove patnje, a time i patnje njima bliskih osoba.

5.3. Demografske karakteristike žena

Između ispitanica ispitne i kontrolne skupine nema statistički značajne razlike s obzirom na životnu dob (45.08 : 44.40), broj i dužinu braka i broj djece (*Tabela br.7*). Međutim, u ispitnoj skupini ima više žena sa srednjom stručnom spremom i niskim ekonomskim statusom, a u kontrolnoj s višom i visokom stručnom spremom i dobrim ekonomskim statusom (*Tabela br.8*). Kada je u pitanju životna dob i stručna naobrazba ispitanica, može se reći ona prati strukturu muških ispitanika koji su i bili polazna točka u formiranju uzorka. Niža stručna naobrazba djelomično može doprinijeti i njihovom niskom ekonomskom statusu. Međutim, svakako da u većoj mjeri tome doprinosi oboljenje i profesionalna nefunkcionalnost njihovih partnera, što je utvrđeno i u drugim istraživanjima (6,15).

5.4. Sekundarni traumatski stres (STS), teret skrbnništva, izgaranje u partnerskim odnosima i drugi nespecifični psihički simptomi u supruga veterana oboljelih od PTSP-a

5.4.1. Sekundarni traumatski simptomi

Utvrđeno je da supruge veterana oboljelih od PTSP-a u odnosu na supruge veterana koji nemaju PTSP imaju značajno veći broj sekundarnih traumatskih simptoma koji su većeg intenziteta i veći im je ukupni rezultat sekundarnog traumatskog stresa (*Tabela br.10*). Dok prema DSM-IV kriterijima 75.2% ispitanica ispitne skupine zadovoljava kriterije za dijagnozu sekundarnog traumatskog stresnog poremećaja (STSP), kod kontrolne skupine njih 19.5% zadovoljava kriterije za dijagnozu STSP-a (*Tabela br.11*).

Ovaj rezultat je u korelaciji s pronalascima drugih istraživanja sekundarne traumatizacije supruga ratnih veterana koja također pokazuju da supruge veterana s PTSP-om imaju više emocionalnih problema i psihološkog distresa u odnosu na supruge veterana bez PTSP-a (17-25,173-178). Nalaz također ukazuje da supruge veterana u velikoj mjeri inkorporiraju posttraumatske simptome svojih partnera kao svoje, prema Figleyu, zbog posebno bliske, emocionalno jake prirode supružničke veze (6,54). To se odrazilo i na visoku učestalost STSP-a kod obje skupine ispitanica, iako očekivano i značajno veću kod žena čiji partneri boluju od PTSP-a.

Istraživanja sekundarne traumatizacije supruga hrvatskih veterana s PTSP-om su utvrdila 30-40% učestalost STSP (173). Rezultati ovog istraživanja ne samo da su sukladni s gornjim, nego ih po učestalosti STSP-a značajno i premašuju. Razlog tomu treba tražiti prije svega u velikoj primarnoj traumatizaciji žena lokalne zajednice, što je u ranijem (179), kao i u ovom istraživanju i utvrđeno. Kako je STSP kao sindrom identičan PTSP-u, osim što posredna izloženost traumatskom događaju kroz blizak kontakt s primarnom žrtvom predstavlja kriterij «A», i što su simptomi STSP-a obično manjeg intenziteta (7), mogućnost preklapanja simptoma primarne i sekundarne traumatizacije je velika. U procesu sličnom onome što su Cornwell i sur. označili kao

"*rezonantno tugovanje*", partneri su pogođeni nezavisno jedno od drugoga i uzajamno (101). U takvoj situaciji ponašanje jednog supružnika okidač je drugom, što dovodi do podržavanja simptoma u oba partnera.

U visokoj učestalosti STSP-a ispitanica kontrolne skupine u kojih je intenzitet simptoma ipak manji, uz posttraumatske simptome koje ima i većina njihovih partnera, ali koji ipak nisu dovoljni za dijagnozu PTSP-a, i njihove traumatizacije koja nije bila mala, značajnu ulogu imaju i efekti tzv. distalnog (vikarijskog) sekundarnog traumatskog stresa. Distalni STS je posljedica viktimizacije koja nastaje iz „događaja u mašti“, a sastoji se od emotivne brige za osobu koja se nalazi u potencijalnoj životnoj opasnosti, fizički je udaljena i nije u redovitom kontaktu s nama (83). Zbog prirode rata u BiH, većina ispitanica kontrolne skupine bila je u izbjeglištvu ili mjesecima odsječena i bez ikakvih informacija o svom partneru. Budući da je više od 70% ispitanica i u tijeku rata bilo u braku, izloženost ovom obliku stresa je bila velika.

STS reakcije supružnika su rezultat njihove potrebe da daju smisao traumatskom iskustvu i njegovim posljedicama, dok istodobno rade na održavanju stabilne i funkcionalne veze sa svojim partnerom. Nakon traumatskog iskustva, supružnik ima važnu ulogu ublažavanja manifestacije PTSP-a kod primarne žrtve (113). Supružnici su međusobno ovisni, emocionalno i komunikacijski (115). Interaktivna priroda supružničkog odnosa, kulturološke norme, očekivanja, osjećaj obveze, sve zajedno doprinosi prijemčivosti supružnika na stres onog drugog. Emocionalno isključiti se nije ni društveno prihvatljiva metoda nošenja s nečijom nevoljom (116,117), a posebno ne veteranovom. Stoga, dodatni osjećaj predanosti, obveze i ljubavi, a u nekim slučajevima i straha i osjećaja opasnosti u drugima, stvara vjerojatnost da će supružnici razviti STS ili STSP.

STSP se manifestira simptomima sličnima kako kod PTSP-a, uključujući i ponovno proživljavanje događaja, konstantnu pobuđenost, izbjegavanje prisjećanje na događaj, kao i

otupljenje u osjećajima i djelovanju. U nastojanju da podupre supružnika u nevolji i suosjeća s njim, osoba koja pokušava pružiti potporu često preuzima partnerove slike i sjećanja kao svoja vlastita. Krajnji je rezultat da pružatelj potpore posredno doživljava traumu primarno traumatiziranog partnera. Sekundarno afektirani supružnik koji je preplavljen ovim posuđenim sjećanjima može početi izbjegavati svoga supružnika, negirati problem, ili biti emocionalno preplavljen (103). Ovo, uz emocionalnu otupjelost primarne žrtve PTSP-a, može dovesti do osjećaja otuđenja među parterima (96,119).

5.4.2. Teret skrbništva

Rezultat istraživanja ukazuje da je opterećenost supruge veterana s PTSP-om u svim aspektima njihova života (objektivni teret, teret subjektivnih zahtijeva i teret subjektivnog doživljava stresne preopterećenosti) značajno veća u odnosu na supruge veterane bez PTSP-a (*Tabela br.12*). Ovaj nalaz je u korelaciji s nalazima drugih istraživanja utjecaja PTSP-a veterana na njihove obitelji (6,17,19) i ukazuje da su supruge oboljelih veterana uz emocionalne poteškoće izložene i nizu drugih problema.

Teret skrbnika je generaliziran jednako i kao objektivni teret povezan s brigom za pojedinca s kroničnim oboljenjem (npr. financijske poteškoće, napete susjedske veze) i kao subjektivni teret (npr. odgovori skrbnika, afektivne reakcije) povezan s ovim zahtjevima (180). Podatci iz literature ukazuju da je konceptualizacija kroničnog PTSP-a kao tereta za partnera identična s rezultatima studija koje prikazuju štetne učinke psihijatrijskih poremećaja na one koji žive s njima (181,182). Veterani s kroničnim PTSP-om uz osobnu patnju imaju ne manje poteškoće i u relacijskim odnosima, uključujući probleme s obiteljskom kohezijom, razotkrivanjem samog sebe, spolnom intimnošću, te izražavanjem emocija, neprijateljstva i agresije (19,28,20,). Kao rezultat toga i partneri veterana s PTSP-om suočavaju se s brojnim značajnim stresorima povezanim sa životom i brigom za partnera s kroničnim oboljenjem uključujući krizu odnosa,

preraspodjelu obiteljskih uloga, društvenu izolaciju, financijske probleme, trzavice u obiteljskom sustavu i prilagodbu na klinički tijek oboljenja (183,184).

U studiji modeliranoj da ispita potencijalni teret povezan s brigom za veterana s kroničnim PTSP-om, Beckham i sur. utvrdili su da je intenzitet simptoma PTSP-a prosječno i očekivano vezan uz značajan teret i psihološku bol među suprugama oboljelih veterana (19). Istraživanje Calhouna i sur. je polučilo slične rezultate koji ukazuju da intenzitet PTSP simptoma veterana i razina interpersonalnog nasilja povećavaju psihološki teret partnera (17). I niz drugih istraživanja ukazuje da je loše upravljanje ljutnjom, agresija i obiteljsko nasilje veterana s PTSP-em ozbiljan i objektivan problem i njihovim suprugama (6,28,183). Ova otkrića sugeriraju da razina PTSP-a može biti izravno vezana uz druge specifične socijalne i osobne probleme kako oboljelih od PTSP-a, tako i članova njihovih obitelji.

Uz emocionalne i ponašajne poteškoće, teret partnera veterana oboljelih od PTSP-a često je i egzistencijalne naravi, npr. kroz financijske poteškoće i radnu nefunkcionalnost. Nacionalna reprezentativna studija Savocina i Rosenhecha, koja je koristila podatke iz Nacionalnog pregleda vijetnamske generacije ratnih veterana, utvrdila je da su veterani s PTSP-om 8,5 puta češće trenutno nezaposleni u odnosu na veterane bez PTSP-a, a i kada imaju zaposlenje, imaju u prosjeku 16% manju satnicu u odnosu na veterane bez PTSP-a (15). Stoga bi i briga za materijalnu dobrobit obitelji vrlo često mogla biti prepuštena supruzi/partnerici. Rezultati ovog istraživanja također ukazuju da je značajno manje veterana s PTSP-om zaposleno i da ih je više niskog ekonomskog statusa, što je svakako izvor dodatnog kroničnog stresa i tereta njihovih supruuga.

5.4.3. Izgaranje («burnout») i zamor suosjećanja

Utvrđeno je da supruge veterana s PTSP-om u odnosu na supruge veterana bez PTSP-a imaju značajno veće fizičke, emocionalne i bihevioralne kumulativne posljedice prolongiranog stresa tj. izgaranje (*burnout*) (Tabela br.13). Uzimajući u obzir višegodišnju izloženost najraznovrsnijim poteškoćama koje nosi život s oboljelim veteranom, ovaj nalaz i ne iznenađuje, ali sugerira koliko je potresno i razorno imati muža koji pati od PTSP-a.

Za razliku od sekundarnog traumatskog stresa, izgaranje i jest kronični proces povezan s nagomilavanjem stresora koji uništavaju pojedinčeve visoke ideale, motivaciju i posvećenost životnim ciljevima. To je stanje fizičke, emocionalne i mentalne iscrpljenosti koju uzrokuje dugoročna uključenost u emocionalno zahtjevne situacije (185), kakvih u supruga veterana s PTSP-om nije malo. Prema Figleyu, "izgaranje" u sekundarnom traumatskom stresu s jedne strane nastaje uslijed empatije i angažiranosti u pomoći, a s druge uslijed nesposobnosti da se nađe olakšanje i odmor kroz prekid emotivnog angažmana. Kao rezultat produženog izlaganja stresu suosjećanja i svemu što on pobuđuje, Figley je nazvao zamorom suosjećanja (engl. *compassion fatigue*) (6,7), što u stvari predstavlja krajnji oblik izgaranja. Obzirom da se veterani već godinama liječe zbog PTSP-a i pratećih poteškoća, neosporno je da su i njihove supruge više godina izložene nizu stresora i zahtjevnih životnih situacija koje nosi bolest njihovih supruuga. Da bi održale emotivnu klimu u obitelji, supruge veterana s PTSP-om ne rijetko preuzimaju većinu obiteljskih obveza i odgovornosti (93). Međutim, njihova nastojanja da ispuni uloge koje tradicionalno pripadaju muževima, često je kontraproduktivna i izvor novog stresa. Zbog bolesti ionako nepredvidivi i nepovjerljivi, njihovi supruzi mogu to smatrati dokazom da ih one smatraju nesposobnima (24,123), iako i oni sami svojom pasivnošću i napuštanjem tih uloga doprinose takvoj novonastaloj obiteljskoj preraspodjeli uloga (124).

Motivirajuća snaga supruga oboljelih veterana koja leži ispod nastojanja da kompenzira za svog oboljelog muža može biti i osjećaj krivnje što ne može pomoći svom izmijenjenom partneru (65). Ona se može osjećati nemoćnom da ga promijeni, a on ju često smatra uzrokom problema. Kako supružnici egzistiraju unutar interaktivnog, međusobno ovisnog sustava, ako jedan supružnik mora neprestano pružati potporu, a da zauzvrat istu ne dobiva, u konačnici ta osoba može postati bespomoćna (122). K tomu, supruge oboljelih veterana često osjećaju i misle da nemaju pravo tražiti potporu od drugih. Mala količina dostupne potpore ili predodžba o vlastitoj slabosti - «nisam bila sposobna da pomognem svom suprugu» - sprječava ih da dobiju potrebnu pomoć, što doprinosi kroničnom osjećaju nesigurnosti, bespomoćnosti i usamljenosti. U konačnici sve ovo dovodi do stanja psihofizičke iscrpljenosti, socijalne i profesionalne disfunkcionalnosti, što je najčešće, uz dodatne životne krize, uzrokom novih obiteljskih konflikata koji mogu voditi do potpunog prekida komunikacije, čak i potpunog razdvajanja.

5.4.4. Opći psihički simptomi supruga veterana oboljelih od PTSP-a

Supruge veterana s PTSP-om u usporedbi sa suprugama veterana bez PTSP prijavile su značajno više općih psihičkih simptoma (*tjeskobe, somatizacije, depresivnosti, neprijateljstva psihotičnih, paranoidnih, opsesivno-kompulzivnih i fobičnih simptoma*), a po rezultatima sva tri globalna indeksa SCL-90 upitnika (*prosječan intenzitet svih simptoma, prosječan intenzitet prisutnih simptoma i ukupni broj simptoma*) veći im je i opći psihički distress (*Tabela br.14*).

Ovaj nalaz je u korelaciji s nizom drugih istraživanja koncipiranih u obiteljskom kontekstu PTSP-a veterana (17-22,186), i ukazuje na širinu psihičkih posljedica i kod njihovih supruga.

Naime, sve više je istraživanja koja potvrđuju da PTSP veteranu uz osobne poteškoće donosi i niz interpersonalnih i obiteljskih poteškoća, uključujući druželjubivost, obiteljsku povezanost, izražavanje emocija i ljubavi, izljeve bijesa i agresiju, te financijske poteškoće (6,15,17,20,28).

Supruge veterana s PTSP-om često nose glavni teret veteranove i obiteljske fizičke i emocionalne

izolacije (94). Uz to, imaju i poteškoće u proživljavanju i izražavanju vlastitih emocija, osjećaju pritisak i krajnju odgovornost držanja obitelji na okupu. Za ove žene je vjerojatnije da imaju i neslaganje među članovima obitelji, nedostatak ljubavi, podrške i društva (20,181).

S obzirom na opsežnost prije navedenih izvora kroničnog stresa svojstvenog PTSP stanjima veterana, kao i drugim medicinskim ili psihijatrijskim stanjima koja ga prate, u kombinaciji s manjkom socijalne i emocionalne potpore svojih muževa, ali i drugih, i ne začuđuje što PTSP veterana čini njihove supruge visoko rizičnima za psihički distres (17,25,187). One same često doživljavaju emocionalnu otupjelost, depresiju, ljutnju, osjećaj izolacije, napuštenost i povlačenje iz društva (94). U usporednoj studiji veterana Vijetnamskog rata s i bez PTSP-a, Jordan i sur. utvrdili su da je većina supruga veterana s PTSP-om prijavila visok stupanj neodređenih psihičkih poremećaja, a oko polovice njih je izjavila da se osjeća „na rubu živčanog sloma“(18).

U ovom istraživanju kod veterana s PTSP-om utvrđen je niz varijabli koje svaka pojedinačno i skupno predstavlja kronične izvore stresa i tereta njihovim suprugama. Stoga značajno veći opći psihološki distres i više razine psihopatologije u njihovih suprugama u odnosu na supruge veterana bez PTSP-a i ne bi trebale biti iznenađujuće. Naime, utvrđeno je da je značajno manje zaposleno veterana s PTSP-om u odnosu na veterane bez PTSP-a, da ih je više niskog ekonomskog statusa i nižeg obrazovanja, te da ih više ima i kronične tjelesna i komorbidna psihijatrijska oboljenja.

Stupanj *tjeskobe i hostilnosti* supruga veterana s PTSP-om zapravo predstavlja širinu do koje ove žene proživljavaju bračne, obiteljske i osobne poteškoće, i kako razrješavaju svoje osobne probleme (25,188). Neadekvatni psihološki mehanizmi obrana na izloženost kroničnom stresu mogu biti odgovorni za somatske pritužbe i neprilagođene vještine suočavanja, kao što su emocionalna otupjelost i društvena izolacija. Ovo, uz dodatnu i povećanu razinu emocionalne i fizičke izolacije od strane veterana, kao i više vrijednosti obiteljskog nasilja, mogu biti uzrok

nižeg samopouzdanja i niže djelotvornosti promjene ionako teške osobne i obiteljske situacije (92,187).

Ne treba zaboraviti ni efekte primarne traumatizacije koja je značajno veća u žena veterana s PTSP-om, čiji se učinci u velikoj mjeri preklapaju s općim psihičkim simptomima, i jedni druge podržavaju. Međutim, možemo razmišljati i o tome da su opći psihički simptomi ipak većim dijelom reaktivnog karaktera na kronične stresore svakodnevnog života kojima su supruge veterana s PTSP-om izložene, i koji se s vremenom neprestano multipliciraju, dok im se resursi psiholoških obrana istodobno umanjuju.

5.4.5. Psihički poremećaji osovine I prema rezultatima MINI-a

Utvrđeno je da značajno više supruga veterana s PTSP-om u odnosu na supruge veterana bez PTSP-a zadovoljava kriterije za dijagnozu *depresivnog poremećaja (sadašnji, prethodni i s melankoličnim obilježjima), distimiju, panični poremećaj s agorafobijom, PTSP i generalizirani anksiozni poremećaj, a češće su i suicidalne (Tabela br.15)*.

Ovaj nalaz još jednom potvrđuje visok stupanj emocionalne patnje i ozbiljnost mentalnih poteškoća s kojima se supruge oboljelih veterana nose.

Iako je teško reći što je čemu uzrok, a što posljedica, uočljivo je da su mentalni poremećaji s kojima se najčešće sreću supruge veterana s PTSP-om identični komorbidnim profilima primarnih žrtava traume (153,156,157), a u ovom istraživanju i profilu njihovih partnera. Međutim, kod ovih ispitanica ipak nije utvrđena značajnija zloraba alkohola i psihoaktivnih supstancija, što vjerojatno treba tražiti u kulturološkim i običajnim razlozima, te ulozi i odgovornosti žene kao nositelja obitelji.

Razlog visoke učestalosti PTSP-a kod ispitanica ispitne skupine sigurno je dijelom rezultat ratne traumatizacije koju su prema Harvard trauma upitniku značajno više iskusile, ali i posttraumatskih čimbenika, kao što su sekundarna traumatizacija i izloženost dnevnom

kroničnom stresu koji sa sobom nosi život sa oboljelim suprugom. Izloženost partnerovom traumatskom materijalu može biti i stalni podsjetnik na osobno traumatsko iskustvo koje kontinuirano reaktivira i podržava posttraumatske simptome (189), ali i uzrok bračnih neslaganja i smetnji u radnom i socijalnom funkcioniranju (18,33), što sve umanjuje resurse borbe protiv PTSP-a. Zahtjevi vezani uz tešku fizičku, emocionalnu i financijsku situaciju, također su čimbenici koji ispitanicama ispitne skupine umanjuju obrambene resurse (190,191), kao i niža naobrazba (153,154). I u nizu drugih istraživanja utvrđeno je da su posttraumatski faktori često od posebne važnosti za manifestaciju i održavanje PTSP-a (192,193), a kada je ratna trauma u pitanju, još su i važniji u odnosu na civilnu (168).

Treba ukazati i na uočenu razliku učestalosti PTSP-a kod ispitanica ispitne skupine procjenjivanu HTQ-om (40.3%) i MINI-em (33.1%), dok kod kontrolne skupine ove razlike nema - čak su dobivene iste vrijednosti (6.5%) na oba upitnika.

I pored toga što se ne radi o identičnim skalama i načinu uporabe, razlika je ipak velika. Bitan razlog tomu je što HTQ, za razliku od MINI-a, u procjeni kriterija za PTSP uz posttraumatske simptome uključuje i samoprocjenu osobne funkcionalnosti (24 pitanja) koja je prema rezultatu upitnika kod ispitanica ispitne skupine značajno niža, što je bitno utjecalo na ukupni rezultat, a time i veću učestalost PTSP-a po ovoj skali procjene. Kako na funkcionalnost uz posttraumatske simptome imaju ništa manji utjecaj i drugi prateći poremećaji (*depresivni, anksiozni i panični*) (155,194,195), kao i kronični umor (196), te niz drugih čimbenika, ovaj nalaz, iako neizravno, ipak ukazuje na uzajamnu povezanost efekata primarne i sekundarne traumatizacije koji jedni druge podržavaju i uvećavaju, te potvrđuje svu složenost i ozbiljnost situacije u kojoj se nalaze supruge veterana s PTSP-om.

Učestalost i ozbiljnost poremećaja raspoloženja (*sadašnji depresivni 37.0%, distimični poremećaj 26.6%*) među suprugama veterana s PTSP-om su najvjerojatnije povezani s nizom čimbenika

proisteklih iz primarne i sekundarne traumatizacije. Dok na jednoj strani sami traumatski gubitci mogu doprinijeti nastanku depresije (189,197), na drugoj i posttraumatski simptomi, naročito kada su kroničnog tijeka, mogu činiti depresivnu podlogu (198). Poremećaji raspoloženja su također povezani i s kroničnim i intenzivnim stresom (189), kojemu su godinama izložene supruge veterana s PTSP-om. Na ozbiljnost njihove depresivne patnje ukazuje i to što ih je 29.9% s depresivnom epizodom s melankoličnim obilježjima, a čak 19.5% ih ima veći ili manji suicidalni rizik.

Za psihotraumatizirane osobe, bilo primarno ili sekundarno, uobičajeno je da se susreću s anksioznim simptomima, te se može reći da je utvrđena učestalost generaliziranog anksioznog poremećaja (GAP) kod ispitanica ispitne skupine od 63.0% i očekivana. Anksiozni simptomi su funkcionalno povezani s posttraumatskim i umnogome se preklapaju, te i ne iznenađuje što se i ispitanice kontrolne skupine često susreću s ovim poremećajem (31.2%), s obzirom da i njih 6.5% zadovoljava kriterije za PTSP, a još 84.4% ima neke od simptoma, ali ne i dovoljno za dijagnozu PTSP-a (parcijalni PTSP). Dokumentirano je da se osobe s GAP-om brinu da se odvrte od emocionalne nesreće i psihološkog uzbuđenja (199). Na ovaj način se kronična briga vezana za GAP kod osoba s PTSP-om može razviti kao strategija obrane od simptoma nametanja i pobuđenosti.

Panični poremećaj s agorafobijom utvrđen je kod 13.0% ispitanica ispitne skupine, a 2.6% kod kontrolne skupine. Nalaz učestalosti paničnog poremećaja kod ispitanica ispitne skupine je u korelaciji s podacima iz literature komorbidnosti paničnog poremećaja i PTSP-a (133,153), dok učestalost kod kontrolne skupine odgovara učestalosti u općoj populaciji (44).

Kako je i panični poremećaj zapravo anksiozni poremećaj, često uvjetovan gubitkom i slabljenjem važnih međuljudskih odnosa, demoralizacijom, i čest je u komorbiditetu s drugim anksioznim poremećajima i depresijom (44), predisponiranost supruge veterana s PTSP-om za

panične poremećaje i ne iznenađuje. Uz to, ako još i suprug pati od agorafobije ili paničnog poremećaja, što nije rijedak slučaj s obzirom da neka istraživanja čak sugeriraju da je panični poremećaj, uz depresivni i GAP, dio sindroma post-ratnog odgovora (200), i mogućnost dobivanja poremećaja njihovih supruga je još i veća. Falsettr i sur. navode da se bezuvjetni odgovori straha na traumatski događaj mogu spojiti s unutarnjim migovima vezanim za traumu, usmjeravajući osobu razvoju straha i izbjegavanju fizičkih uzbuđenja vezanih na odgovor na strah (201).

5.4.6. Trajna promjena ličnosti

Utvrđeno je da supruge veterana oboljelih od PTSP-a u odnosu na supruge veterana bez PTSP-a imaju značajno više simptoma trajne promjene ličnosti (*Tabela br.13*).

Ovaj nalaz ukazuje da višegodišnje slušanje slikovitih prikaza užasnih događaja i sudjelovanje u proživljavanju partnerovih traumatskih iskustava, transformira unutarnja iskustva i njihovih supruga, ostavljajući tako duboke posljedice. Svakako da se ne smiju izgubiti iz vida i efekti primarne traumatizacije žena koja je bila značajna, i koja je najvjerojatnije superponirana sa sekundarnom, što se odrazilo i na promjenama osobnosti supruga veterana s PTSP-om.

Iako u literaturi nije opisana trajna promjena ličnosti sekundarno traumatiziranih osoba promatrana u dijagnostičkim okvirima važeće klasifikacije mentalnih poremećaja, u širem smislu ovaj nalaz je ipak u korelaciji s podacima iz literature o efektima bliskog odnosa s primarnim žrtvama traume na promjenu osobnosti, kako članova obitelji (17,25), tako i profesionalaca koji rade sa žrtvama traume (7,103).

Podatci iz literature neosporno ukazuju da prolongirano sudjelovanje u traumatskom «materijalu» primarnih žrtava traume dovodi do emocionalnih, kognitivnih i duhovnih transformacija i žrtvi bliskih osoba (6,7,20,28). Studije Janoff-Bulmana pokazale su da doživljaj traumatskog stresa narušava tri osnovne ljudske predodžbe koje uključuju vjerovanje u osobnu neranjivost,

percepciju svijeta koji ima smisao i red, i pozitivan pogled na sebe (104). Iako Janoff-Bulman, kada govori o ovim predodžbama i efektima traume, misli na neposrednu traumatizaciju, utvrđeno je da se slični procesi odvijaju i kod supružnika pogođenih STS-om. Rosenthal i sur. su zamijetili da su ove predodžbe zajedničke unutar obitelji, i kada jedan član obitelji doživi traumu, narušavaju se uvjerenja svih članova (105). Kada se kod sekundarno traumatiziranog supružnika dovedu u pitanje osnovna uvjerenja, i njegov osobni svijet predodžbi se destabilizira. Posljedice te destabilizacije ogledaju se u neprijateljskom i nepovjerljivom stavu prema svijetu, povlačenju od društva, kroničnom osjećaju praznine i beznađa, te kroničnom osjećaju «biti na rubu», biti trajno ugrožen i otuđen (6). Ovo stanje po opsežnosti, intenzitetu i dubini simptoma svakako prelazi običnu iscrpljenost, i izvor je novih problema i nerazumijevanja, što se naročito odražava u partnerskim relacijama.

Istraživanja su utvrdila da žene vijetnamskih veterana sumnjaju u sebe kad vide da njihovi muževi imaju probleme, a negiraju ih (93). Međutim, postupci partnera mogu biti i pogrešno protumačeni, kao sasvim suprotni njegovim namjerama. Tako npr., u situaciji rezonantnog STS-a, muž može izbjegavati pokazivanje jakih emocija da bi pomogao svojoj supruzi. Umjesto da to smatra pomaganjem, supruga to može smatrati dokazom njegove hladne i nebrizne prirode, što rezultira dodatnom izbjegavanju i izolaciji (112). Druga situacija se može pojaviti ako primarna žrtva priča o svom iskustvu. U nastojanju da preradi informaciju i rasvijetli događaj, emocionalni sustav supružnika time može biti preplavljen. Rezultat je da se supružnik osjeća opterećeno, čime je osjetljiviji i na sekundarni traumatski stresni poremećaj (103).

5.5. Prediktori psihološkog distresa i prilagodbe supruga veterana oboljelih od PTSP-a

Nizom stupnjevitih regresijskih analiza kliničkih varijabli koje bi mogle utjecati na psihološki distres, izgaranje u partnerskim odnosima, trajnu promjenu ličnosti i doživljaj zadovoljstva životom supruga veterana oboljelih od PTSP-a, utvrdili smo da je traumatizacija

žena (*broj traumatskih događaja, traumatski simptomi, intenzitet sekundarne traumatizacije*) snažno povezana sa svim navedenim kriterijskim varijablama. Izgaranje u partnerskim odnosima i promjenu ličnosti uz traumatizaciju žena značajno predviđa i *teret skrbništva*, a zadovoljstvo životom *ekonomski status i broj traumatskih događaja partnera* (Tabela br.16).

5.5.1. Rizični čimbenici psihološkog distresa

Psihološki distres supruga veterana oboljelih od PTSP-a procijenjen je po mjerenjima ukupnog broja općih psihičkih simptoma (SCL-PST), prosječnog intenziteta prisutnih simptoma (SCL-PSDI) i prosječnog intenziteta svih psihičkih simptoma (SCL-GSI). Utvrđena je visoka povezanost sva tri globalnih indeksa SCL-90 upitnika i traumatizacije žena koja čini od 30% zajedničkih faktora za SCL-PSD do 61% za SCL-PST i SCL-GSI (Tabela br.16).

Ovaj nalaz ukazuje na veličinu značajnosti i uzajamne povezanosti utjecaja neposredne i posredne traumatizacije na psihološki distres supruga veterana oboljelih od PTSP-a. Naime, u analizi 12 rizičnih čimbenika usmjerenih na efekte razvoja psihičkog distresa istaknule su se rizikom tri kategorije, i sve tri su posljedica primarne i sekundarne traumatizacije (*traumatski događaji i simptomi, te intenzitet sekundarne traumatizacije*). Značajno je uočiti da veličina svih ostalih efekata rizičnih čimbenika individualno nije značajna, i da samo čimbenici koji su djelovali tijekom ili nakon traume, poput ozbiljnosti traume, posttraumatskih simptoma, i dodatnog životnog stresa, predstavljaju prediktore psihičkog distresa žena i dvanaest godina nakon traumatizacije.

Iako podatci iz literature ukazuju da izlaganje traumi nije uvijek dostatno za objašnjenje razvoja PTSP-a i pratećih psihičkih poremećaja, te da i individualni čimbenici imaju svoju ulogu (160,168), nalaz ovog istraživanja, iako to ne isključuje, ukazuje da kada se radi o ekstremnoj traumatizaciji, a uz to i nepovoljnom posttraumatskom miljeu, individualni čimbenici nemaju značajnost prediktora psihološkog distresa. Rezultati ovog istraživanja su usporedivi s nalazima

meta-analiza rizičnih čimbenika psihičkog distresa i PTSP-a ratnih veterana kod kojih je također utvrđeno da je veličina učinka svakog od predtraumatskih čimbenika relativno niska u usporedbi s čimbenicima koji se događaju tijekom ili odmah nakon trauma, poput jačine traume, manjka socijalne pomoći i dodatnog stresa nakon traume (168,169).

U meta-analizi prediktora PTSP-a i posttraumatskih simptoma Ozer i sur. utvrdili su da je povezanost percipirane prijetnje po život i psihološkog distresa jača između studija u kojima je više vremena prošlo od traumatskog događaja do procjene razine psihološkog distresa, i kada se traumatsko iskustvo odnosi na interpersonalno nasilje koje nije povezano s borbom (169). I u nizu drugih istraživanja također je utvrđeno da su značajke izlaganja traumi od središnje važnosti (16,160,168) kako na pojavnost, tako i dugotrajnost PTSP-a, odnosno psihološkog distresa.

Utvrđena negativna korelacija broja traumatskih događaja žena i PSDI i GSI (prosječan intenzitet prisutnih i svih općih psihičkih simptoma) ukazuje da su opći psihički simptomi u velikoj mjeri tzv. neurotske komponente stanja svakodnevnice supruga veterana oboljelih od PTSP-a. Ove neurotske komponente kumulativni su produkt niza čimbenika koje nosi život s kronično oboljelim i izmijenjenim partnerom, kao što su nizak ekonomski status i niska kvaliteta života, visok stupanj izgaranja i tereta u partnerskim odnosima, nekvalitetni bračni odnosi, socijalna izoliranost i slično. Ovaj nalaz ujedno ukazuje na značaj stresora koji imaju tendenciju perzistiranja tijekom dugih vremenskih razdoblja na razvoj psihološkog distresa, a što je u korelaciji s nalazima drugih istraživanja psiholoških odgovora na kronični stres (9,10,202).

5.5.2. Rizični čimbenici promjene ličnosti i izgaranja

Utvrđeno je da od svih analiziranih rizičnih čimbenika trajne promjene ličnosti i izgaranja u partnerskim odnosima prediktivnu značajnost imaju samo *intenzitet posttraumatskih simptomi žena i teret skrbništva*, i što su oni veći, više su izražene i promjene ličnosti i izgaranje u partnerskim odnosima (*Tabela br.16*).

Uzimajući u obzir da je trajna promjena ličnosti kao dijagnostički entitet i koncipiran kao reakcija na katastrofalni stres s vremenskim odmakom od dvije godine, i trajnim posljedicama karakterističnima po obrascima ponašanja, mišljenja i osjećaja, ovaj nalaz i ne iznenađuje. Uz to, nalaz potvrđuje uzajamnost kroničnih posttraumatskih simptoma i razvoja trajne promjene ličnosti (6,203), kao i opravdanost uvođenja ovog dijagnostičkog entiteta u desetu reviziju Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10) (44).

Iako značajno manje prediktivne snage u odnosu na traumatske simptome, i teret skrbništva također je značajan rizični čimbenik promjene ličnosti i izgaranja u partnerskim odnosima. Kako je teret skrbništva posljedica izloženosti kroničnom, bolje rečeno dnevnom stresu života s psihički izmijenjenim i u većini domena nefunkcionalnim partnerom, ovaj nalaz ukazuje i na razmjeru tih posljedica. Naime, teret skrbništva ne sadrži samo brigu o oboljelom, nego i preraspodjelu obiteljskih uloga u kojoj su žene često prisiljene preuzeti svu ili gotovo svu odgovornost oko brige za djecu, održavanje kućanstva, a nerijetko i za obiteljske prihode (93,95,204). Uz to, žene su skoro po pravilu bez bilo kojeg vida psihološke i socijalne gratifikacije, a često su čak izložene i agresiji svojih izmijenjenih i nepredvidivih partnera i osudama socijalnog okruženja (6,28,205). U konačnici to neminovno dovodi do fizičke, emocionalne i mentalne iscrpljenosti, tj. izgaranja, koje uništava visoke ideale, motivaciju i posvećenost određenoj oblasti, profesiji, karijeri ili poslu (73). Sve prije navedeno pojedinačno, a još više kumulativno, odražava se na gubitak samopovjerenja, promjenu kognitivnih shema i trajnog doživljaja sebe, drugih i pogleda na svijet kao mjesta dobročinstva i sigurnosti (25,17).

5.5.3. Prediktori zadovoljstva životom

Pokazatelji kvalitete životom koriste se u medicinskoj praksi za utvrđivanje utjecaja različitih bolesti i stanja na *funkcioniranje, dobrostanje i zadovoljstvo životom*, te za usporedbu i ishode različitih modaliteta liječenja (206-208).

U nizu istraživanja utvrđeno je da se patnja vezana uz ratni PTSP proširuje izvan znakova i simptoma bolesti i u šire domene funkcionalnog pogoršanja (155,159,178). Pogoršanja u psihičkom i tjelesnom zdravlju, te emocionalnom dobrostanju i socijalnom funkcioniranju, kao i funkcioniranju u ulogama, ne samo da djeluju na smanjenu kvalitetu života veterana, nego imaju značajne i mjerljive utjecaje i na njihove supruge (17,20,28,178). Iako se cijena ljudske patnje teško može izmjeriti, integrativan pristup pitanju kvalitete života u supruge veterana oboljelih od PTSP-a može dati važnu informaciju u pogledu prirode i veličine prediktivnih faktora koji određuju njihovo zadovoljstvo, što može biti korisno u razvoju strategija u borbi s njima.

U ovom istraživanju utvrđeno je da je zadovoljstvo životom supruge veterana s PTSP-om veće ako imaju manje traumatskih simptoma i manji intenzitet posredne traumatizacije, te ako su i one i njihovi muževi doživjeli manje traumatskih događaja i što im je bolji ekonomski status (*Tabela br. 16*). Ovi rezultati identificiraju rizične čimbenike zadovoljstva životom žena, i navode da njihova procjena može biti korisna u razumijevanju njihovih problema životne prilagodbe.

Svi značajni prediktori zadovoljstva životom žena čine 51% zajedničkih čimbenika, a u regresijskim modelima je utvrđeno da traumatski simptomi i intenzitet sekundarne traumatizacije čine najvažnije prediktorske varijable. Također je znakovito da su u regresijskim modelima od pet utvrđenih značajnih prediktora četiri neposredno vezana za traumatizaciju žena i njihovih partnera, i u negativnoj su korelaciji sa zadovoljstvom života, dok je ekonomski status u pozitivnoj korelaciji, i jedini je zaštitni čimbenik od svih analiziranih demografskih varijabli. Nalaz ukazuje da su veće razine izloženosti ratnom stresu i veće razine posttraumatskih simptoma vezane uz veće poteškoće životne prilagodbe i manje zadovoljstvo životom, što uključuje percepciju općeg i tjelesnog zdravlja i socijalnog funkcioniranja. Nalaz je sukladan s nalazima istraživanja veteranske populacije o utjecaju traumatizacije na životnu prilagodbu i

doživljaj kvalitete života (155,159,209), kao i sekundarne traumatizacije na životnu prilagodbu supruga veterana s PTSP-om (17,19,178).

Nalaz ovog istraživanja ima svoju posebnost u visokoj traumatizaciji i žena i njihovih partnera, a u dostupnoj literaturi nema usporedivih studija u kojima su oba partnera bila izložena značajnoj ratnoj traumatizaciji. Međutim, kako se efekti primarne i sekundarne traumatizacije međusobno isprepliću i jedan drugi podržavaju i uvećavaju, skupna prediktivna značajnost traumatizacije na zadovoljstvo životom ove populacije žena, iako u kliničkom radu neprepoznata, ne bi trebala biti iznenađujuća. Nalaz sugerira da i primarna i sekundarna traumatizacija supruga veterana s PTSP-om značajno doprinose širokom profilu funkcionalnih pogoršanja i umanjenju kvalitete života, što se može odražavati na njihovo opće stanje, ali i obiteljsko funkcioniranje.

Ovi rezultati otvaraju i pitanja u pogledu stupnja u kojem funkcionalno pogoršanje pripisano depresiji, anksioznim poremećajima ili drugim medicinskim bolestima, mogu zapravo biti posttraumatske sekvele kod ljudi izloženih traumi. Ova se pitanja postavljaju ne samo za ratne veterane i njihove supruge, nego i za većinu civilne populacije BiH u kojoj PTSP ima endemski karakter (179,210,211).

5.6. Kvaliteta braka supruga veterana oboljelih od PTSP-a

Utvrđeno je da supruge veterana s PTSP-om imaju značajno manju kvalitetu braka u odnosu na supruge veterana bez PTSP-a (*Tabela br.17*). Što više, i sve prediktivne značajke kvalitete braka (*slaganje, zadovoljstvo i kohezija para, te afektivna ekspresivnost*) u ovih ispitanica su značajno manje. Ovi podaci sugeriraju da je prisutnost PTSP-a, prije nego izlaganje borbi, povezano s nižim razinama kvalitete braka, i ukazuje da supruge veterana s PTSP-om često, moglo bi se reći po pravilu, imaju probleme u svojim intimnim, obiteljskim i bliskim prijateljskim vezama.

Ovaj nalaz sukladan je s nizom drugih istraživanja utjecaja PTSP-a na partnerske veze kod vijetnamskih i izraelskih veterana (22-24,118,178), koja su također utvrdila da PTSP simptomi izravno utječu na veteranove sposobnosti u ostvarivanju i održavanju intimnih veza. Tako su npr. Riggs i sur. utvrdili da 70% PTSP parova zbog toga ima značajne emocionalne poteškoće u svojim partnerskim vezama u usporedbi s 30% parova bez PTSP-a, i da su razmjere tih poteškoća povezane s intenzitetom PTSP simptoma (14). I u nizu drugih studija u kojima su se uspoređivane supruge veterana s i bez PTSP-a, također su nađene visoke razine stresa i problema s prilagodbom među partnerima čiji supružnici imaju PTSP (17-19,187,204).

Kliničari i istraživači su prepoznali da su emocionalna otupjelost i povlačenje u sebe, te erupcije ljutnje i nasilja, osobito relevantni PTSP simptomi koji limitiraju veteranove sposobnosti u ostvarenju intimnih, obiteljskih i bliskih prijateljskih veza (6,18-24,178). Međusobno djelovanje simptoma emocionalne otupjelosti i izbjegavanja u obiteljskom životu veterana, stvara emocionalnu prazninu i ozbiljan funkcionalni gubitak i njihovim suprugama (29). Razdoblja izbjegavanja i povlačenja često prate i epizode dramatičnog ponovnog proživljavanja traume ili izljevi ljutnje. To suprugama onemogućava bilo kakvo predviđanje događaja, i ostavlja ih u strahu od sljedeće tirade neželjenih prisjećanja ili noćnih mora.

Normalne tenzije i napetosti unutar obitelji veterani doživljavaju kao nedopustive, što ih vodi u sve veću izolaciju, a njihove supruge u nesigurnost. Veteranova sputana intimnost i izražajnost, ograničeno izražavanje emocija, nedostatak samorazotkrivanja, gubitak interesa za društvene aktivnosti, problemi s obiteljskom kohezijom i spolnom intimnošću doprinose bračnom neskladu (14,42,93).

Većina istraživanja o funkcioniranju bračnih veza prepoznala je da je sposobnost uključenja u komunikaciju sastavni dio općeg zadovoljstva bračnog para i da emocionalno izražavanje igra ključnu ulogu u razvoju i održavanju bliskih i intimnih veza (37,38). Bez ključnog, emocionalnog

dijela komunikacije, kao očekivana pratnja pojavljuje se dvosmislenost. Rezultat toga su sve učestalija i veća odvajanja, izolacija, sukobi i povlačenje. Frederikson i sur. utvrdili su da je veteranovo emocionalno i bihevioralno povlačenje više od bilo kojeg drugog PTSP simptoma razlogom traženja razvoda supruga oboljelih veterana (27), a Solomon je zaključila da parovi, nakon povratka veterana s bojišnice, često smatraju nemogućim ponovno izgraditi modele prijeratnih veza (24).

Kvalitativne diskusije o utjecaju ljutnje i agresije traumatiziranih veterana su među najranijim radovima koji su proučavali njihove obitelji. Williams je u tim izvješćima uočio da unutar obitelji veterana koje su tražile liječenje, 50% žena ima značajna psihička oštećenja koja najčešće slijede zlostavljanje (26). Frederikson i sur. utvrdili su da izvješća supruga vijetnamskih veterana kod kojih je dijagnosticiran PTSP sugeriraju da su ljutnja i nasilje partnera u velikoj mjeri dio njihove svakodnevnice, i da žive dan za danom u strahu od prijetnji koje podrazumijevaju i fizičko nasilje (27). Rosenheck i Thomson opisuju zatvoren krug obiteljskog nasilja koji je pokrenut epizodom nasilja od strane veterana, nakon čega slijedi nedostatak komunikacije, što vodi još većem nasilju. Tijekom vremena, supruge počinju gledati na veterana kao na izvor sveukupne agresije i disfunkcioniranja unutar obitelji (29).

Uz navedene emocionalne i ponašajne poteškoće veterana s PTSP-om, koje neposredno utječu na kvalitetu bračnih odnosa, ništa manje značaja imaju i poteškoće egzistencijalne naravi, preraspodjele obiteljskih uloga, poteškoće u odgoju djece, te reduciranost rodbinskih i prijateljskih veza, kao i zajedničkih interesa i aktivnosti (6,15,178). Uz to, supruge veterana s PTSP-om mogu imati i osjećaj odgovornosti i krivnje što oboljelom partneru nije bolje, a što može predstavljati dodatni teret i bazu za dodatnu patologiju u partnerskim odnosima (65).

S obzirom da je i u ovom istraživanju utvrđeno da je veterana s PTSP-om značajno manje zaposleno, da ih je više u mirovini, te da su nižeg ekonomskog statusa i da im djeca imaju više

razvojno-emocionalnih i ponašajnih poteškoća, a oni kroničnih tjelesnih oboljenja i pratećih psihičkih poremećaja (depresivni poremećaji, poremećaj tjeskobe, panični poremećaj s agorafobijom i zlouporabu alkohola), što sve predstavlja prediktivne čimbenike niske kvalitete bračnih odnosa i partnerske prilagodbe, ovaj nalaz ne bi trebao biti ni iznenađujući.

Kako zadovoljavajuće intimne veze pozitivno utječu na fizičko i psihičko zdravlje ljudi (8,9,10), a posebno na zdravlje žena (10), nalaz ovog istraživanja podržava hipotezu da su supruge veterana oboljelih od PTSP-a populacija koja je u riziku da razvije različite psihičke i tjelesne poremećaje. Također, nalaz sugerira da se utjecaj psihičkog stanja veterana svojstvenog kroničnom PTSP-u i pratećih komorbidnih oboljenja, kao i poteškoće u socijalnom i profesionalnom funkcioniranju, neposredno i posredno odražavaju i na mentalno stanje veteranovih supruga.

5.7. Značajke partnerskih relacija kada oba partnera boluju od PTSP-a

Da bismo utvrdili kakve su značajke partnerskih relacija kada oba partnera imaju PTSP, prvo smo na osnovi HTQ-a identificirali sve žene ispitne i kontrolne skupine koje zadovoljavaju kriterije za PTSP (*Tabela br.18*). U okviru ispitne skupine smo tako dobili dvije podskupine: **A-1** skupina u kojoj veteran ima PTSP, supruga nema; **A-2** skupina u kojoj oba partnera imaju PTSP; i **B** skupina u kojoj ni jedan od partnera nema PTSP (*Tabela br.19*).

Utvrđeno je da su tri od četiri varijable koje čine prediktore bračne kvalitete (slaganje i zadovoljstvo para i afektivna ekspresivnost) i ukupna kvaliteta bračnih odnosa značajno manji u parova kada oba partnera imaju PTSP u odnosu na parove gdje PTSP ima samo veteran, ili kada partneri nemaju PTSP. Razlika nije nađena samo u koheziji partnera između parova kada oba partnera imaju PTSP i kada ima samo veteran, dok parovi bez PTSP-a imaju veću i koheziju u odnosu na druge dvije skupine (*Tabela br.20*).

Ovi podatci još jednom potvrđuju da je prisutnost PTSP-a, prije nego izlaganje borbi, povezano s nižim razinama kvalitete braka i nižom psihološkom prilagodbom partnera, i ukazuje da su time naročito pogođene obitelji gdje oba bračna partnera imaju PTSP.

Nalaz također ukazuje i na snagu utjecaja PTSP-a na funkcionalne sposobnosti oboljelih u svim domenama partnerskih relacija kako veterana, tako i njihovih PTSP-om pogođenih supruga. Kao rezultanta toga i jest manja kvaliteta braka u svim domenama partnerskih relacija kod parova gdje oba partnera imaju PTSP, osim u koheziji para, gdje nema razlike u odnosu na parove gdje PTSP ima samo veteran. Međutim, kako kohezija para predstavlja zajedničke partnerske aktivnosti i zajedničko provođenje vremena, za ovaj nalaz se može reći i da nije iznenađujući. Naime, kako PTSP veterana često onesposobljava u zajedničkim obiteljskim aktivnostima u kojima godinama i ne sudjeluje, kada i supruga ima PTSP, na varijabli kohezije para ništa se ne mijenja, praktično se i nema što izmijeniti.

Ovaj nalaz indikativan je da u situacijama kada oba partnera imaju PTSP, svaki od partnera stvara svoj sustav funkcioniranja mimo obiteljskog, koji možda i pomaže u svakodnevnom nošenju s teretom kronične bolesti i životnim poteškoćama, ali se istodobno odražava i na zajednički obiteljski sustav. Često neprepoznata veza između traume i disfunkcionalnosti, naročito kod žena, još više može uvećati partnersku disharmoniju i međusobno udaljšavanje partnera. To može biti jedan od glavnih razloga, naravno, uz ostale maladaptivne PTSP-om uvjetovane promjene žena, što je uzajamno slaganje i zadovoljstvo partnera, te izražavanje emocija i ukupna kvaliteta bračnih odnosa, ipak značajno manja u parova kada oba partnera imaju PTSP u odnosu na parove kada PTSP ima samo veteran.

Kako se simptomi pojedinca odigravaju unutar odnosa i dinamike obitelji, PTSP može štetiti obiteljskom funkcioniranju na brojne načine. Simptomi ponovnog proživljavanja ometaju oboljelog da posveti pažnju članovima obitelji i bude prisutan unutar obitelji. Simptomi

izbjegavanja mogu se manifestirati kao emocionalna distanciranost uz poteškoće u interakcijama. Hiper-pobuđenost može rezultirati značajnim problemima s povjerenjem. Zbog neriješene tuge ili straha od još jednog gubitka, mogu postojati poteškoće u formiranju ili u održavanju vezanosti. Agresija i loše upravljanje ljutnjom mogu voditi ka gnjevnim ispadima, bijesu, neprijateljstvu, a čak i obiteljskom nasilju ili fizičkom zlostavljanju. Osoba s PTSP-om ponekad se može plašiti svojih violentnih tendencija ili gubitka kontrole, i izolirati se od ostatka obitelji da bi ih zaštitila. Osjećaj i poimanje opasnosti može dovesti do pretjeranih reakcija na shvaćeno preziranje, ponižavanje i dodati općem osjećaju emocionalnog nepovjerenja. Ponekad se osjećaji srama, mržnje prema sebi ili demoralizacije mogu projicirati na obitelj i njezine članove što vodi ozbiljnoj defanzivnosti, paranoji i ponekad agresiji (36).

Donald Catherall identificira brojna područja disfunkcije i patologije traumatiziranih obitelji (120). On navodi da disfunkcionalno suočavanje s traumatskim događajem obitelji ili njenog člana može dovesti do loma obiteljskog sustava što je praćeno disfunkcijom u obiteljskim vezama i skrbništvu, obiteljskoj konsensualnoj stvarnosti i traumatskim simptomima cijele obitelji.

Proučavanje traume unutar obitelji je dio onoga što Charles Figley zove sistemskom traumatologijom, studijom skupina, institucija i ostalih ljudskih sustava koji pokazuju stresne reakcije koje su izravni rezultat traumatskog događaja ili niza događaja (6). Figley koncipira traumatiziranu obitelj kao obitelj koja se „bori da se oporavi od, ili nosi s ozljedom ili ranom njihova obiteljskog sustava“. Ova vrsta traumatizirane obitelji pati od sistemskog traumatskog stresa. On također definira podskup traumatiziranih obitelji koji se sastoji od obitelji u kojima najmanje jedan član pati od PTSP-a, a drugi doživljavaju STSP, zamor suosjećanja ili izgaranje kao rezultat traumatiziranosti uslijed izlaganja traumatiziranom članu ili članovima obitelji. On

nadalje definira obiteljsku traumu kao događaj u kojem je prisutan opći osjećaj da je obitelj, odnosno netko od njezinih članova u nekoj vrsti opasnosti (6,54).

Nalaz ovog istraživanja također potvrđuje podatke iz literature da je jedan od najvažnijih konteksta u kojima se javlja PTSP obitelj, i da osobe pogođene PTSP-om imaju karakteristične uzorke interakcije s članovima obitelji koji igraju vrlo snažnu ulogu u izražavanju simptoma i oporavku (6,178). Također, više članova obitelji mogu biti traumatizirani simultano, čime nastaje neka vrsta PTSP-ovske obitelji. Život u obitelji u kojoj netko pati od PTSP-a može imati duboke efekte i na obiteljski sustav u cijelosti.

Ovo istraživanje ima i neka **ograničenja**. Prije svega radi se o relativno malom uzorku ispitanika za punu generalizaciju problema sa kojima se suočavaju ratom traumatizirane obitelji. Međutim, u svakom slučaju ovo istraživanje ukazuje da je jedan od najvažnijih konteksta u kojem se javlja PTSP upravo obitelj.

Obzirom na uzajamnost i preklapanje posttraumatskih simptoma primarne i sekundarne traumatizacije, a u kontekstu visoke primarne traumatizacije koja je utvrđena i u žena, ovo istraživanje ima značajna ograničenja u razdvajanju primarnih i sekundarnih stresnih reakcija. Stoga bi veći komparacijski uzorak sa ne traumatiziranom populacijom žena mogao dati više odgovora na koji način i zbog čega osobe koje direktno nisu izložene traumatskom događaju ipak mogu postati traumatizirane.

U procjeni efekata PTSP-a na partnerske relacije više podataka i novu dimenziju obiteljskog funkcioniranja dala bi skupina ispitanika u kojoj supruge imaju PTSP a njihovi partneri nemaju.

6. ZAKLJUČCI

Rezultati dobiveni u ovom istraživanju upućuju na sljedeće zaključke:

1. Kvaliteta partnerskih relacija supruge veterana oboljelih od PTSP-a manja je u odnosu na suprugu veterana bez PTSP-a, i ove ispitanice imaju značajno više problema u svojim intimnim i obiteljskim vezama. Što više, i sve prediktivne značajke kvalitete braka (*slaganje, zadovoljstvo i kohezija para, te afektivna ekspresivnost*) u ovih ispitanica su značajno manje što ukazuju na sveobuhvatnost disfunkcionalnosti u partnerskim relacijama parova sa oboljelim članom.

2. Partnerske relacije su još kompleksnije a obiteljska situacija složenija kada i supruge ima posttraumatski stresni poremećaj, i u tim situacijama ukupna kvaliteta braka je još niža u odnosu na onu kada samo veteran ima PTSP. Sve to potvrđuje da je prisustvo PTSP-a, a ne samo izlaganje borbi, povezano s nižim razinama kvalitete braka i nižom psihološkom prilagodbom partnera, i ukazuje da su time naročito pogođene obitelji gdje oba bračna partnera imaju PTSP.

3. Supruge veterana oboljelih od PTSP-a imaju visok stupanj sekundarnog traumatskog stresa, a čak ih 75.2% zadovoljava kriterije i za dijagnozu sekundarnog traumatskog stresnog poremećaja (STSP). Ove ispitanice također imaju i visok stupanj pregorijevanja u partnerskim odnosima i visok stupanj psihološkog distresa, kao i objektivnog i subjektivnog doživljaja stresne preopterećenosti.

4. Uz visoku sekundarnu traumatizaciju, supruge veterana oboljelih od PTSP-a u usporedbi sa suprugama veterana koji nemaju PTSP značajno češće imaju i neki od pratećih anksioznih i afektivnih psihički poremećaja (*panični poremećaj, PTSP, generalizirani anksiozni poremećaj,*

depresivni poremećaj, sadašnji, prethodni i sa melankoličnim obilježjima, distimija), ili oba, a visokog su i suicidalnog rizika, i imaju veliki broj simptoma trajnog poremećaja ličnosti.

5. Najznačajniji prediktori psihološkog distresa i prilagodbe supruga veterana oboljelih od PTSP-a je njihova primarna i sekundarna traumatizacija, a manjim dijelom sociodemografski faktori i razina traumatizacije partnera.

Dobiveni rezultati potvrđuju podatke iz literature da je jedan od najvažnijih konteksta u kojima se javlja PTSP veterana obitelj, i da je konceptualizacija kroničnog PTSP-a veterana kao tereta za njihove obitelji, prije svega supruge, opravdana a efekti utjecaja na obitelj duboki i dalekosežni. Situacija se još više usložnjava i komplicira kada i supruga ima PTSP, što u poslije ratnom društvu i nije rijedak slučaj. O svemu tome trebalo bi voditi računa u stvaranju strategija prevencije i liječenja, kako oboljelih veterana, tako i njihovih primarno i sekundarno traumatiziranih supruga, odnosno, cijelih obitelji.

7. LITERATURA

1. Veith I. Hysteria: The history of a disease. Chicago: University of Chicago Press; 1968.
2. Trimble MR. Post-traumatic neurosis: From railway spine to the whiplash. Chichester UK: John Wiley; 1985.
3. Figley CR. Helping traumatized families. San Francisco: Jossey-Bass; 1989.
4. Figley CR. Toward a field of traumatic stress. *J Trauma Stress* 1988; 1(1):3-16.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatry (DSM-III). Washington DC: APA; 1980.
6. Figley CR. Burnout as systemic traumatic stress: A model for helping traumatized family members. U: Figley CR, ur. *Burnout in Families: The Systematic Costs of Caring*. New York (NY): CRC Press; 1998, str. 15-28.
7. Figley CR, ur. *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York (NY): Brunner /Mazel; 1995.
8. McDonough P, Walters W. Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Soc Sci Medicine*. 2001;52:547-59.
9. Denton M, Walters V. Gender differences in structural and behavioural determinants of health: an analysis of the social production of health. *Soc Sci Medicine*. 1999;48:1221-35.
10. Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadin study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Soc Sci Med*. 2004; 58:2585-600.
11. Karney BR, Bradbury TN. The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method and research. *Psychol Bull*. 1995;118:3-34.

12. McCubbin HI, Thompson AI, McCubbin MA. Family assessment: resiliency, coping and adaptation: inventories for research and practice. Madison (Wis): University of Wisconsin Publishers; 1996.
13. McCubbin HI, Dahl BB, Lester GR, Ross BA. The returned prisoner of war: Factors in family reintegration. *J Marriage Fam.* 1975;37:471-8.
14. Riggs DS, Byrne CA, Weathers FW, Litz BT. The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: Problems associated with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress.* 1998;11:87-101.
15. Savoca E, Rosenheck R. The civilian labor market experiences of Vietnam-era veterans: the influence of psychiatric disorders. *J Ment Health Policy Econ* 2000; 3(4):199-207.
16. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, i sur. Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the national Vietnam veterans readjustment study. New York: Brunner/Mazel; 1990.
17. Calhoun PS, Beckham JC, Bosworth HB. Caregiver Burden and Psychological Distress in Partners of Veterans With Chronic Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress.* 2002;15(3):205-12.
18. Jordan BK, Marmar CR, Fairbank JA, i sur. Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 916–26.
19. Beckham JC, Lytel BL, Feldman ME. Caregiver burden in partners of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol.* 1996; 64:1068–71.
20. Dekel R, Solomon Z. Marital relations among former prisoners of war: contribution of posttraumatic stress disorder, aggression, and sexual satisfaction. *J Fam Psychol.* 2006;20(4):709-12.

21. Dekel R. Posttraumatic distress and growth among wives of prisoners of war: the contribution of husbands' posttraumatic stress disorder and wives' own attachments. *Am J Orthopsychiatry*. 2007;77(3):419-26.
22. Solomon Z, Waysman M, Belkin R, Levy G, Mikulincer M, Enoch D. Martial relations and combat stress reaction: The wives perspective. *J Marriage Fam*. 1992;54:316-26.
23. Mikulincer M, Florian V, Solomon Z. Marital intimacy, family support, and secondary traumatization: A study of wives of veterans with combat stress reaction. *Anxiety, Stress, and Coping*. 1995;8:203-13.
24. Solomon Z. The effect of combat-related posttraumatic stress disorder on the family. *Psychiatry*. 1988;51:323-29.
25. Alessi MW, White RJ, Ray GE, Stewart SJ. Personality and psychopathology profiles of veterans' wives: measuring distress using the MMPI-2. *J Clin Psychol*. 2001; 57(12):1535-42.
26. Williams CM. The veteran system-With a focus on woman partners: Theoretical considerations, problems and treatment strategies. U: Williams T, ur. *Post-traumatic stress disorders of the Vietnam veteran*. Cincinnati, OH: Disabled American Veterans;1980, str. 73-117.
27. Frederikson LG, Chamberlain K, Long N. Unacknowledged casualties of the Vietnam War: Experiences of the partners of New Zealand veterans. *Qual Health Res*. 1996; 6(1):49-70.
28. Beckham JC, Feldman ME, Kirby AC, Hertzberg MA, Moore SD. Interpersonal violence and its correlates in Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychol* 1997;53:859-69.

29. Rosenheck R, Thomson J. "Detoxification" of Vietnam War trauma: A combined family-individual approach. *Fam Process*. 1986;25:559-70.
30. Horowitz MJ, Solomon G.F. Delayed stress response syndromes in Vietnam veterans. U: Figley CR, ur. *Traumatic stress, theory, research, and intervention. Trauma and its wake.* New York: Brunner/Mazel; 1978.
31. Haley SA. When the patient reports atrocities. *Arc Gen Psychiatry*. 1974;30:191-96.
32. Petrik N, Rosenberg AM, Watson CG. Combat experience and youth: Influences on reported violence against women. *Professional Psychology, Research and Practice*. 1983;14(6):895-99.
33. Carroll EM, Rueger DB, Foy DW, Donahoe CP. Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder: Analysis of marital and cohabitating adjustment. *J Abnorm Psychol*. 1985;94(3):329-37.
34. Miller TW, Veltkamp LJ. Family violence: Clinical indicators among military and post-military personnel. *Mil Med*. 1993;158:766-71.
35. Cook JM, Riggs DS, Thompson R, Coyne JC, Sheikh JI. Posttraumatic stress disorder and current relationship functioning among World War II ex-prisoners of war. *J Fam Psychol*. 2004;18(1):36-45.
36. Harkness L, Zador N. Treatment of PTSD in families and couples. U: Wilson JP, Friedman MJ, Lindy JD, ur. *Treating psychological trauma and PTSD.* New York: Guilford; 2001, str. 335-53.
37. Gottman JM. Predicting the longitudinal course of marriages. *J Marital Family Ther*. 1991;17:3-7.
38. Greenberg LS, Johnson SM. *Emotionally focused therapy for couples.* New York: Guilford Press; 1988.

39. MacDonald C, Chamberlain K, Long N, Flett R. Posttraumatic stress disorder and interpersonal functioning in Vietnam War veterans: A mediational model. *J Trauma Stress*. 1999;12(4):701-7.
40. Wilson JP, Kurtz RR. Assessing posttraumatic stress disorder in couples and families. U: Wilson JP, Keane TM, ur. *Assessing Psychological Trauma and PTSD* New York: Guilford Press; 1997, str. 349–72.
41. Carroll EM, Foy DW, Cannon BJ, Zwier G. Assessment issues involving families of trauma victims. *J Trauma Stress*. 1991; 4(1):25-35.
42. Matsakis A. *Vietnam Wives*. Lutherville, MD: Sidran Press; 1996.
43. American Psychiatric Association . *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third Revised Edition (DSM-III-R). Washington DC: APA; 1987.
44. *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-IV)*. Međunarodna verzija s MKB-10 šiframa. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1996.
45. Blake DD, Albano AM, Keane TM. Twenty years of trauma: Psychological abstracts 1970 through 1989. *J Trauma Stress*. 1992;5(3):477-84.
46. Lincoln KD, Chatters LM, Taylor RJ. Social Support, Traumatic Events, and Depressive Symptoms Among African Americans. *J Marriage Fam*. 2005;67(3):754-66.
47. Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychol Med*. 2008;38(4):467-80.
48. Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and metaanalysis. *Br J Psychiatry*. 2007;190:97-104.

49. Compton MT, Thompson NJ, Kaslow NJ. Social environment factors associated with suicide attempt among low-income African Americans: the protective role of family relationships and social support. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40(3):175-85.
50. Walsh F. Traumatic loss and major disasters: strengthening family and community resilience. *Fam Process.* 2007;46(2):207-27.
51. MacGeorge EL, Samter W, Feng B, Gillihan SJ, Graves AR. After 9/11: goal disruption, emotional support, and psychological health in a lower exposure sample. *Health Commun.* 2007;21(1):11-22.
52. Solomon Z. A three year prospective study of PTSD in Israeli combat veterans. *J Trauma Stress.* 1989;2(1):59-73.
53. Mileti D, Drabek TE, Haas JE. *Human systems in extreme environments.* Boulder: University of Colorado, Institute of Behavioral Science; 1975.
54. Figley CR. *Treating stress in families.* New York: Brunner /Mazel; 1989.
55. Figley CR. *Traumatic stress: The role of the family and social support system.* U: Figley CR, ur. *Trauma and its wake: Traumatic stress theory, research, and intervention.* New York (NY): Brunner/Mazel; 1986.
56. Dutton MA, Rubinstein FL. *Working with People with PTSD: Research Implications.* U: Figley CR, ur. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress in those who treat the traumatized.* New York (NY): Brunner /Mazel; 1995, str. 82-101.
57. Figley CR. *The family as victim: Mental health implications.* U: Bemer P, ur. *Proceedings of the VIIth World Congress of Psychiatry.* London: Plenum; 1983b, str. 377-83.
58. Figley CR. *From victim to survivor: Social responsibility in the wake of catastrophe.* U: Figley CR, ur. *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder.* New York: Brunner /Mazel; 1985a, str. 398-415.

59. Hartsough D, Myers D. Disaster work and mental health: Prevention and control of stress among workers. Washington DC: NIMH, Center for Mental Health Studies of Emergencies; 1985.
60. McCann L, Pearlman LA. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *J Trauma Stress*. 1989;3:131-49.
61. Herman JL. Trauma and recovery. New York: Basic Books; 1992a.
62. Courtois C. Healing the incest wound: Adult survivors in therapy. New York: Norton; 1988.
63. Miller KI, Stiff JB, Ellis BH. Communication and empathy as precursors to burnout among human service workers. *Commun Monogr*. 1988;55(9):336-41.
64. White PN, Rollins JC. Rape: A family crisis. *Family Relations*. 1981;30(1):103-09.
65. Verbosky SJ, Ryan DA. Female partners of Vietnam veterans: Stress by proximity. *Issues Ment Health Nurs*. 1988;9:95-104.
66. Danieli Y. The treatment and prevention of long-term effects and intergenerational transmission of victimization: A lesson from holocaust survivors and their children. U: Figley CR. ur. Trauma and its wake: Study and treatment of PTSD. New York: Brunner /Mazel; 1985, str. 295-313.
67. NiCathy G, Merriam K, Coffman S. Talking it out: A guide to groups for abused women. Seattle: Seal Press; 1984.
68. Rothschild B, Rand ML. Help for the Helper. Self-Care Strategies for Managing and Stress. New York (NY): Norton; 2006. str. 1-9.
69. Freudenberger HJ. Staff burnout. *Journal of Social Issues*. 1974;30(1):159-65.
70. Maslach C. Burn-out. *Hum Behav*. 1976;5(9):16-22.
71. Pines AM, Aronson E. Career burnout: Causes and cures. New York: Free Press; 1988.

72. Chemiss C. Staffburnout: Job stress in the human services. Beverly Hills: Sage; 1980.
73. Kahill S. Interventions for burnout in the helping professions. Canadian Journal of Counselling Review. 1998;22(3):310-42.
74. Figley CR. Compassion stress and the family therapist. Family Therapy News. 1993a, str.1-8.
75. Joinson C. Coping with compassion fatigue. Nursing.1992;22(4):116-22.
76. Anić V, Brozović-Rončević D, Cikota LJ, Goldstein I, Goldstein S, Jojić LJ, Pranjković I, Matasović R. (glavni urednik). Hrvatski enciklopedijski rječnik. Zagreb: Novi Liber; 2002. str. 1256.
77. McCann IL, Pearlman LA. Vicarious traumatization: The emotional costs of working with survivors. Treating Abuse Today. 1991;3(5):28-31.
78. Campbell R. Emotionally involved: The impact of researching rape. New York: Routledge; 2002.
79. Figley CR. Treating compassion fatigue. New York: Routledge; 2002.
80. Clemans SE. In the face of violence: Rape crisis workers talk about their lives. Unpublished dissertation: The City University of New York; 1999.
81. Pearlman LA, Saakvitne KW. Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. New York: WW; 1995.
82. Blumstein P, Schwartz P. American couples. New York: William Morrow and Co; 1983.
83. Terr LC. Family anxiety after traumatic events. J Clin Psychiatry. 1989;50:15-19.
84. Boss P. Family stress. U: Sussman MB, Steinmetz SK, ur. Handbook of marriage and the family New York: Plenum Press; 1987, str. 695-724.
85. Boss P. The other victims: Families of hostages. USA Today Magazine. 1991;120:68-69.

86. Figley CR, McCubbin HI. Stress and the family: Coping with catastrophe. New York: Brunner/Mazel; 1983.
87. Scurfield RM, Tice SN. Intervention with medical and psychiatric evacuees and their families: From Vietnam through the Gulf war. *Mil Med.* 1992;157:88-97.
88. Hunter EJ. The Vietnam POW veteran: Immediate and long-term effects of captivity. U: Figley CR, ur. Stress disorders among Vietnam veterans: Theory, research and treatment. New York: Brunner/Mazel; 1978, str. 188-206.
89. Mason M. "I say a prayer and push on." *Newsweek.* 1991;118:26.
90. Gilbert K. Understanding the Secondary Traumatic Stress of Spouses. U: Figley CR, ur. Burnout in Families: The Systematic Costs of Caring. New York (NY): CRC Press; 1998. str. 47-75.
91. Ford JD, Shaw D, Sennhauser S, i sur. Psychosocial debriefing after Operation Desert Storm: Marital and family assessment and intervention. *J Soc Issues.* 1993;49:73-102.
92. Maloney LJ. Post traumatic stresses of women partners of Vietnam veterans. *Smtth College Studies in Social Work.* 1988;58:122-43.
93. Mason PHC. Recovering from the war: A woman's guide to helping your Vietnam veteran, your family, and yourself. New York: Viking Penguin; 1990.
94. Matsakis A. Vietnam wives: Women and children surviving life with veterans suffering post traumatic stress disorder. Kensington, MD: Woodbine House; 1988.
95. Coughlan K, Parkin C. Women partners of Vietnam vets. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 1987;25(10):25-27.
96. Kuenning DA. Life after Vietnam: How veterans and their loved ones can heal the psychological wounds of war. New York: Paragon Press; 1991.

97. Erickson CA. Rape and the family. U: Figley CR, ur. Treating stress in families. New York: Brunner/Mazel; 1989, str. 257-90.
98. Mio JS, Foster JD. The effects of rape upon victims and families: Implications for a comprehensive family therapy. *Am J Fam Ther.* 1991;19:147-59.
99. Nadelson CC. Consequences of rape: clinical and treatment aspects. *Psychother Psychosom.* 1989;51(4):187-92.
100. Davis RC, Friedman LN. The emotional aftermath of crime and violence. U: Figley CR, ur. Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder. New York: Brunner/ Mazel; 1985, str. 90-112.
101. Cornwell J, Nurcombe B, Stevens L. Family response to the loss of a child by Sudden Infant Death Syndrome. *Med J Austr.* 1977;1:656-58.
102. Barnes MF. Understanding the Secondary Traumatic Stress of Parents. U: Figley CR, ur. Burnout in Families: The Systematic Costs of Caring. New York (NY): CRC Press; 1998. str. 75-91.
103. McCann IL, Pearlman LA. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *J Trauma Stress.* 1990;3:131-50.
104. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma. New York: The Free Press; 1992.
105. Rosenthal D, Sadler A, Edwards W. Families and posttraumatic stress disorder. *The Family Therapy Collection.* 1987;22:81-95.
106. Taylor SE, Lichtman RR, Wood JV. Attribution, beliefs about control and adjustment to breast cancer. *J Pers Soc Psychol.* 1984;46(3):489-502.
107. Henslin JM. Marriage and family in a changing society. New York: The Free Press; 1992.

108. Reiss D. The family's construction of reality. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1981.
109. Berger P, Luckman T. Socijalna konstrukcija zbilje. Zagreb: „Naprijed“; 1992.
110. Solomon Z. Oscillating between denial and recognition of PTSD: Why are lessons learned and forgotten? J Trauma Stress. 1995;8(2):271-82.
111. Israelstam KV. Interacting individual belief systems in marital relationships. J Marital Family Ther. 1989;15:53-63.
112. Gilbert KR, Smart LS. Coping with infant or fetal loss: The couple's healing process. New York: Brunner/Mazel; 1992.
113. Keane TM, Marshall AD, Taft CT. Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome. Annu Rev Clin Psychol. 2006;2:161-97.
114. Corcoran KJ. Interpersonal stress and burnout: Unraveling the role of empathy. Journal of Social Behavior and Psychiatry. 1989;4:141-4.
115. Levinger G, Huston TL. The social psychology of marriage. U: Fincham FD, Bradbury TN, ur. The social psychology of marriage: Conceptual, empirical, and applied perspective. New York (NY): Guilford Press; 1990, str. 19-58.
116. Lambert SJ. Processes linking work and family: A critical review and research agenda. Hum Relat.1990;43:239-57.
117. Burke RJ, Weir T. Marital helping relationships: The moderators between stress and well being. J Psychol. 1977;95:121-30.
118. Solomon Z, Waysman M, Levy G, i sur. "From the front line to the home front: a study of secondary traumatization". Fam Process. 1992;31:289-302.
119. Scaturro DJ, Hardoby WJ. Psychotherapy with traumatized Vietnam combatants: An overview of individual, group, and family treatment modalities. Mil Med. 1988;153:262-9.

120. Catherall DR. Treating traumatized families. U: Figley CR, ur. Burnout in families: The systemic costs of caring. New York (NY): CRC Press; 1998, str.187-215.
121. Orzek AM. Sexual assault: The female victim, her male partner, and their relationship. Pers Guid J. 1983;62:143-46.
122. Williams CM. The veteran system with a focus on woman partners. U: Williams T. ur. Post-traumatic stress disorders: A handbook for clinicians. Cincinnati, OH: Disabled American Veterans; 1987, str. 169-92.
123. Bleich A, Garb R, Kottler M. Treatment of prolonged combat reaction. Br J Psychiatry. 1986;148:493-96.
124. DeFazio VJ, Pascucci NJ. Return to Ithaca: A perspective on marriage and love in post traumatic stress disorder. J Contemp Psychother. 1984;14;76-89.
125. Karney BR, Bradbury TN. Neuroticism, marital interaction, and the trajectory of marital satisfaction. J Pers Soc Psychol. 1997;72(5):1075-92.
126. Glassman JNS, Magulac M, Darko DF. Folie a famille: Shared paranoid disorder in a Vietnam veteran and his family. Am J Psychiatry. 1987;144:658-60.
127. Haley S. The Vietnam veteran and his pre-school child: Child rearing as a delayed stress in combat veterans. J Contemp Psychother. 1984;14:114-21.
128. Harkness LL. Transgenerational transmission of war-related trauma. U: Wilson JP, Raphael B, ur. International handbook of traumatic stress syndromes New York: Plenum; 1993, str. 635-43.
129. Jurich AP. The Saigon of the family's mind: Family therapy with families of Vietnam veterans. J Marital Family Ther. 1983;9:355-63.
130. Harkness LL. The effect of combat-related PTSD on children. National Center for PTSD Clinical Newsletter. 1991;2(1):12-13.

131. Davidson AC, Mellor DJ. The adjustment of children of Australian Vietnam veterans: Is there evidence for the transgenerational transmission of war-related trauma? *Aust N Z J Psychiatry*. 2001;35:345-51.
132. Ruscio AM, Weathers FW, King LA, King DW. Male war-zone veterans' perceived relationships with their children: The importance of emotional numbing. *J Trauma Stress*. 2002;15(5):351-57.
133. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, et al. Contracted reports of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute; 1988.
134. Davidson J, Smith R, Kudler H. Familial psychiatric illness in chronic posttraumatic stress disorder. *Compr Psychiatry*. 1989;30(4): 339-45.
135. Rosenheck R, Nathan P. Secondary traumatization in children of Vietnam veterans. *Hospital and Community Psychiatry*. 1985;36(5):538-39.
136. Jacobsen LK, Sweeney C G, Racusin GR. Group psychotherapy for children of fathers with PTSD: Evidence of psychopathology emerging in the group process. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*. 1993;3(2):103-20.
137. Ancharoff MR, Munroe JF, Fisher LM. The legacy of combat trauma: Clinical implications of intergenerational transmission. In Danieli Y, ur. *International handbook of multigenerational legacies of trauma* New York: Plenum; 1998, str. 257-76.
138. Caselli LT, Motta RW. The effect of PTSD and combat level on Vietnam veterans' perceptions of child behavior and marital adjustment. *J Clin Psychol*. 1995;51(1):4-12.
139. Rosenheck R, Fontana A. Warrior fathers and warrior sons: Intergenerational aspects of trauma. U: Danieli Y, ur. *International handbook of multigenerational legacies of trauma* New York: Plenum; 1998a, str. 225-42.

140. Steinberg A. Understanding the secondary traumatic stress of children. U: Figley CR, ur. Burnout in Families: The Systematic Costs of Caring. New York (NY): CRC Press; 1998, str. 29-46.
141. Terr L. Forbidden games-Posttraumatic child's play. J Am Acad Child Psychiatry. 1981;20:741-60.
142. Blom GE. A school disaster-instruction and research aspects. J Am Acad Child Psychiatry.1986; 25(3): 336-45.
143. Salganik MJ, Heckathorn DD. Sampling and Estimation in Hidden populations Using Respondent-Driven Sampling. Sociol Methodol. 2004;34:193-239
144. Ewing J. Detecting Alcoholism. The CAGE questionnaire. JAMA. 1984;252:1905-07.
145. HTQ-Harvard Trauma Manual Bosnia-Herzegovina Version, Produced by the Harvard Program in Refugee Trauma; 1998.
146. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, i sur. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry. 1998;59:34-57.
147. Derogatis LR. SCL-90. Administration, scoring and procedure manual-I for the revised version. Baltimor: John Hopkins University School of medicine; 1977.
148. Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S. Application and results of the Manchester short assessment of quality of life (MANSA). Int J Social Psychiat. 1999; 45(1): 7-12.
149. Spanier GB.Measuring dyadic adjustment: new scales for assesing the quality of marriage and similar dyads. J Marriage Fam. 1979; 38:15-28.
150. Weathers FW, Huska JA, Keane TM. PCL-C for DSM-IV. U: Rothschild B, Rand ML. ur. Help for the helper. New York: Norton; 2006, str. 221-222.

151. Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. *Family Relations*. 1985;34:19-26.
152. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1984.
153. Verger P, Dab W, Lamping DL. i sur. The Psychological Impact of Terrorism: An Epidemiologic Study of Posttraumatic Stress Disorder and Associated Factors in Victims of the 1995-1996 Bombings in France. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1384-9.
154. Bonanno GA, Galea S, Bucchiarelli A, Vlahov D. What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(5):671-82.
155. Cardozo BL, Bilukha OO, Gotway Crawford CA. i sur. Mental Health, Social Functioning, and Distability in Postwar Afganistan. *JAMA*. 2004;292:575-84.
156. Bollinger A, Riggs D, Bake D. Prevalence of personality disorders among combat veterans with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2000;13:255-70.
157. Orsillo S, Raja S, Hammond C. Gender issues in PTSD with comorbid mental health disorders. U: Kimerling R, Ouimette P, Wolfe J, ur. *Gender and PTSD*. NY: The Guilford Press; 2002, str. 207-31.
158. Asmundson GJG, Wright KD, Stein MB. Pain and PTSD symptoms in female veterans. *Eur J Pain*. 2004;345-50.
159. Zatzick DF, Weiss DS, Marmar CR, Metzler TJ, Wells KB, Golding JM, Stewart A, Schlenger WE, Browner WS: Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in female Vietnam veterans. *Mil Med*. 1997;162:661-65.
160. Solomon Z, Dekel R, Mikulincer M. Complex trauma of war captivity: a prospective study of attachment and post-traumatic stress disorder. *Psychol Med*. 2008 ;7:1-8.

161. Fullerton CS, Ursano RJ, Wang L. Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, and Depression in Disaster or Rescue Workers. *Am J Psychiatry* 2004;161:1370-6.
162. Boscarino JA. Posttraumatic stress disorder, exposure to combat, and lower plasma cortisol among Vietnam veterans: findings and clinical implications. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64:191-201.
163. Engdahl B, Dikel TN, Eberly R, Blank A Jr: Posttraumatic stress disorder in a community group of former prisoners of war: a normative response to severe trauma. *Am J Psychiatry.* 1997;154:1576-81.
164. Sutker PB, Allain AN Jr, Winstead DK: Psychopathology and psychiatric diagnoses of World War II Pacific theater prisoner of war survivors and combat veterans. *Am J Psychiatry.* 1993;150:240-5.
165. Denson TF, Marshall GN, Schell TL, Jaycox LH. Predictors of posttraumatic distress 1 year after exposure to community violence: the importance of acute symptom severity. *J Consult Clin Psychol.* 2007;75(5):683-92.
166. Howgego IM, Owen C, Meldrum L, Yellowlees P, Dark F, Parslow R. Posttraumatic stress disorder: an exploratory study examining rates of trauma and PTSD and its effect on client outcomes in community mental health. *BMC Psychiatry.* 2005;26(5):21.
167. Wilson JP, Thomas RB. *Empathy in the treatment of trauma and PTSD.* New York: Brunner-Routledge; 2004.
168. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(5):748-66.
169. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis. *Psychol Bull.* 2003;129(1):52-73.

170. Koren D, Norman D, Cohen A, Berman J, Klein EM. Increased PTSD risk with combat-related injury: a matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *Am J Psychiatry*. 2005;162(2):276-82.
171. Momartin S, Silove D, Manicavasagar V, Steel Z. Comorbidity of PTSD and depression: associations with trauma exposure, symptom severity and functional impairment in Bosnian refugees resettled in Australia. *J Affect Disord*. 2004;80(2-3):231-8.
172. Orsillo S, Raja S, Hammond C. Gender issues in PTSD with comorbid mental health disorders. U: Kimerling R, Ouimette P, Wolfe J, ur. *Gender and PTSD*. NY: Guilford Press; 2002, str. 207-31.
173. Frančišković T, Stevanović A, Jelušić I, Roganović B, Klarić M, Grković J. Secondary Traumatization of Wives of War Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Croat Med J*. 2007;48:177-84.
174. Dekel R, Solomon Z, Bleich A. Emotional distress and marital adjustment of caregivers: contribution of level of impairment and appraised burden. *Anxiety Stress Copin*. 2005;18:71-82.
175. Ben Arzi N, Solomon Z, Dekel R. Secondary traumatization among wives of PTSD and post-concussion casualties: distress, caregiver burden and psychological separation. *Brain Injury*. 2000;14:725-36.
176. Lyons MA. Living with post-traumatic stress disorder: the wives'/female partners' perspective. *J Adv Nurs*. 2001;34:69-77.
177. Dirkzwager AJ, Bramsen I, Ader H, van der Ploeg HM. Secondary traumatization in partners and parents of Dutch peacekeeping soldiers. *J Fam Psychol*. 2005;19:217-26.

178. Galovski T, Lyons JA. Psychological sequelae of combat violence: a review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior*. 2004;9:477-501.
179. Klarić M, Klarić B, Stevanović A, Grković J, Jonovska S. Psychological Consequences of War Trauma and Postwar Social Stressors in Women in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J*. 2007;48:167-76.
180. Magliano L, Fiorillo A, Rosa C, Maj M. Family burden and social network in schizophrenia vs. physical diseases: preliminary results from an Italian national study. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2006;(429):60-3.
181. Walton-Moss B, Gerson L, Rose L. Effects of mental illness on family quality of life. *Issues Ment Health Nurs*. 2005;26(6):627-42.
182. Madianos M, Economou M, Dafni O, Koukia E, Palli A, Rogakou E. Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: can they be measured? *Eur Psychiatry*. 2004;19(7):408-14.
183. Chrysos ES, Taft CT, King LA, King DW. Gender, partner violence, and perceived family functioning among a sample of Vietnam veterans. *Violence Vict*. 2005; 20:549-59.
184. Dekel R, Goldblatt H, Keider M, Solomon Z, Polliack M. Being a wife of a veteran with posttraumatic stress disorder. *Fam Relat*. 2005;54:24-36.
185. Pines AM, Aronson E. *Career burnout: Causes and cures*. New York: The Free Press; 1988.
186. Dekel R, Solomon Z. Secondary traumatization among wives of Israeli POWs: the role of POWs' distress. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41:27-33.
187. Goff BS, Reisbig AM, Bole A, i sur. The effects of trauma on intimate relationships: a qualitative study with clinical couples. *Am J Orthopsychiatry*. 2006;76(4):451-60.

188. Cash A: Posttraumatic stress disorders. New Jersey: Wiley; 2006.
189. Goenjian AK, Steinberg AM, Najarian LM, Fairbanks LA, Tashjian M, Pynoos RS. Prospective Study of Posttraumatic Stress, Anxiety, and Depressive Reactions After Earthquake and Political Violence. *Am J Psychiatry*. 2000;157:911-895.
190. Taft CT, Pless AP, Stalans LJ, Koenen KC, King LA , King DW. Risk Factors for Partner Violence Among a National Sample of Combat Veterans. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(1) 151-59.
191. Sherman MD, Sautter F, Jackson MH, Lyons JA, Han X. Domestic violence in veterans with posttraumatic stress disorder who seek couples therapy. *J Marital Fam Ther*. 2006;32:479-90.
192. Basoglu M, Livanou M, Franciskovic T, i sur. Psychiatric and Cognitive Effects of War in Former Yugoslavia: Association of Lack of Redress for Trauma and Posttraumatic Stress Reactions. *JAMA*. 2005;294(5):580-90.
193. Charuvastra A, Cloitre M. Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annu Rev Psychol*. 2008;59:301-28.
194. Sherbourne CD, Wells KB, Judd LL. Functioning and well-being of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1996;153:213-18.
195. Małyszczak K, Pawłowski T. Distress and functioning in mixed anxiety and depressive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;60(2):168-73.
196. Pross C. Burnout, vicarious traumatization and its prevention. *Torture*. 2006;16(1):1-9.
197. Shalev AY, Freedman S, Peri T i sur. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry* 1998;155:630-37.

198. Sareen J, Cox BJ, Stein MB, Afifi TO, Fleet C, Asmundson GJ. Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosom Med.* 2007;69(3):242-8.
199. Borkovec TD, Roemer L. Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotional topics? *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1995;26:25-30.
200. Koenen KC, Lyons MJ, Goldberg J i sur. A high risk twin study of combat-related PTSD comorbidity. *Twin Research.* 2003;6:218-26.
201. Falsetti SA, Resnick HS, Dansky BS, Lydiard RB, Kilpatrick DG. The relationship of stress to panic disorder: Cause or effect? U: Mazure CM, ur. *Does stress cause psychiatric illness?* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1995, str. 111-47.
202. Caron J, Latimer E, Tousignant M. Predictors of psychological distress in low-income populations of Montreal. *Can J Public Health.* 2007;98(1):35-44.
203. Dekel R, Solomon Z. World Assumptions and Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. *J Soc Psychol.* 2004;144(4):407-20.
204. Manguno-Mire G, Sautter F, Lyons J, i sur. Psychological distress and burden among female partners of combat veterans with PTSD. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195(2):144-51.
205. O'Donnell C, Cook JM, Thompson R, Riley K, Neria Y. Verbal and physical aggression in World War II former prisoners of war: role of posttraumatic stress disorder and depression. *J Trauma Stress.* 2006;19(6):859-66.
206. Goldberg JF, Harrow M. Subjective life satisfaction and objective functional outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a longitudinal analysis. *J Affect Disord.* 2005;89(1-3):79-89.

207. Reynolds JV, McLaughlin R, Moore J, Rowley S, Ravi N, Byrne PJ. Prospective evaluation of quality of life in patients with localized oesophageal cancer treated by multimodality therapy or surgery alone. *Br J Surg.* 2006;93(9):1084-90.
208. Künsebeck HW, Kugler C, Fischer S, i sur. Quality of life and bronchiolitis obliterans syndrome in patients after lung transplantation. *Prog Transplant.* 2007;17(2):136-41.
209. Schnurr PP, Hayes AF, Lunney CA, McFall M, Uddo M. Longitudinal analysis of the relationship between symptoms and quality of life in veterans treated for posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74(4):707-13.
210. Broers T, Hodgetts G, Batić-Mujanović O, Petrović V, Hasanagić M, Godwin M. Prevalence of mental and social disorders in adults attending primary care centers in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J.* 2006;47(3):478-84.
211. Hasanović M, Sinanović O, Selimbasić Z, Pajević I, Avdibegović E. Psychological disturbances of war-traumatized children from different foster and family settings in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J.* 2006;47(1):85-94.

8. PRILOZI

8.1. Upitnik općih demografskih podataka

8.2. CAGE upitnik

8.3. Harvard trauma upitnik-verzija za BiH (HTQ)

8.4. MINI-Međunarodni neuropsihijatrijski intervju-Hrvatska verzija (MINI International Neuropsychiatric Interview)

8.5. Kratka verzija upitnika SCL-90

8.6. MANSA

8.7. Spanier-ova Skala prilagodbe partnera (Dyadic Adjustment scale-DAS)

8.8. Upitnik promjena osobnosti

8.9. Upitnik posredne traumatizacije-(PCL)

8.10. Upitnik procjena tereta osobe koja se brine

8.11. Upitnik izgaranja u partnerskim odnosima

8.1. Upitnik općih demografskih podataka

Demografski upitnik

Ime i prezime Starost Spol Ž M
Adresa Tel

Molimo Vas zaokružite i dopišite odgovore na slijedeća pitanja:

1. **Obrazovanje** a) OŠ ili manje b) SSS c) VŠS/VSS ili više
2. **Radni status** a) zaposlen/a b) nezaposlen/a c) povremeno radim d) u mirovini
3. **Stambeni status** a) imam stan b) kuću c) podstanar d) stanujem kod roditelja
4. **Ekonomski status** a) nizak b) osrednji c) dobar
5. **Koji Vam je ovo brak** a) prvi b) drugi c) treći i više
6. **Koliko dugo ste u braku** a) do 10 godina b) 10-20 c) 20-30 d) preko 30
7. **Koliko djece imate** a) nemam djece b) jedno c) dvoje d) troje i više
8. **Da li ste religiozni** a) DA b) NE
9. **Da li ste u zadnjih 12 mjeseci patili od bilo kojeg kroničnog tjelesnog oboljenja?**
a) DA b) NE

Ako da, navedite od kojeg/ih

10. Je li neko od vaše djece imalo ili ima neke od slijedećih poteškoća?

- a) poteškoće hranjenja
- b) poteškoće kontrole mokraće i stolice
- c) noćne strahove
- d) govorne poteškoće
- e) prisilne radnje
- f) poteškoće sa polaskom u vrtić i/ili školu
- g) poteškoće u odnosu s vršnjacima
- h) poteškoće u učenju
- i) bježanje s nastave, napuštanje školovanja
- j) agresivno ponašanje
- k) zlouporaba alkohola
- l) zlouporaba droga
- m) sukob sa zakonom
- n) kockanje
- o) poteškoće u uspostavljanju emocionalnih veza
- p) depresivne smetnje i /ili strahove, tjeskobu
- q) ostalo (navedite)

8.2. CAGE upitnik

CAGE upitnik

Upitnik za autodijagnostiku alkoholizma (CAGE upitnik) je mjerni instrument za utvrđivanje zlouporabe i ovisnosti o alkoholu. Čine ga četiri pitanja na koja treba odgovoriti:

1. Jeste li u posljednje vrijeme razmišljali o potrebi smanjenja pijenja alkohola? DA NE
2. Jeste li se u posljednje vrijeme osjećali ometani primjedbama iz okoline o
Vašem pijenju i preporukama da smanjite ili napustite pijenje? DA NE
3. Jeste li u posljednje vrijeme imali osjećaj krivnje u vezi s vašim pijenjem? DA NE
4. Jeste li pili alkoholna pića rano u jutro kako bi ste popravili raspoloženje
i mogli započeti uobičajeni posao? DA NE

8.3. Harvard trauma upitnik-verzija za BiH (HTQ)

HARVARD TRAUMA UPITNIK Verzija za Bosnu i Hercegovinu

Upute

Ovaj upitnik sadrži pitanja koja se odnose na Vašu prošlost i sadašnje tegobe. Informacije koje ćete nam dati pomoći će nam da Vam što kvalitetnije pomognemo. U slučaju da Vas neka pitanja tokom razgovora uznemire, slobodno nemojte na njih odgovoriti. To neće utjecati na naš odnos prema Vama. Ono o čemu budemo razgovarali ostati će među nama.

DIO I: TRAUMATSKI DOGAĐAJI

Molimo Vas da nam odgovorite (sa Da ili Ne) da li ste:

		DA	NE
1	Doživjeli da se nemate gdje skloniti		
2	Bili gladni ili žedni		
3	Bili bolesni a niste mogli biti liječeni		
4	Doživjeli da Vam je oduzeta ili uništena imovina		
5	Bili u borbi ili preživjeli granatiranje		
6	Korišteni kao živi štit		
7	Bili izloženi snajperima		
8	Bili prisiljeni da napustite mjesto na kome ste se nalazili		
9	Udarani po tijelu		
10	Silovani		
11	Seksualno zloupotrebjeni ili seksualno ponižavani		
12	Povrjeđivani nožem ili sjekirom		
13	Mučeni (namjerno nanošenje fizičke ili psihičke patnje)		
14	Ozbiljno povrijeđeni tijekom borbe (npr. rana od gelera, metka, opekotina, nožem itd.) ili nagaznim minama		
15	Hapšeni i zatvarani		
16	Bili na prisilnom radu (iscrpljujući i robovski rad)		
17	Ucjenjivani ili opljačkani		
18	Obrađivani da drugačije mislite		

19	Morali da se sakrivati		
20	Oteti tj. odvedeni		
21	Na neki drugi način prisilno odvajani od članova obitelji		
22	Primorani da skupljate i ukopavate leševe		
23	Silom odvojeni od drugih		
24	Doživjeli da je u Vašoj kući vršen pretres (ili tamo gdje ste živjeli)		
25	Prisiljavani da pjevate neprijateljske pjesme		
26	Doživjeli da Vas neko izda i time dovede u smrtnu ili drugu opasnost		
27	Bili u situaciji da morate ostati kod kuće jer je vani bilo suviše opasno		
28	Bili onemogućeni da nekoga sahranite		
29	Prisiljavani da unakazite leševe ili sknavite grobove		
30	Prisiljavani da fizički povrijedite člana obitelji ili prijatelja		
31	Prisiljavani da fizički povrijedite nekog drugog		
32	Prisiljavani da uništavate tuđu imovinu		
33	Prisiljavani da izdate člana obitelji ili prijatelja koji je zbog toga mogao biti ubijen ili povrijeđen		
34	Bili prisiljeni da izdate nekog drugog tko je zbog toga mogao biti ubijen ili povrijeđen		
35	Saznali za ubojstvo ili nasilnu smrt supruga (e)		
36	Saznali za ubojstvo ili nasilnu smrt sina ili kćeri		
37	Saznali za ubojstvo ili nasilnu smrt člana porodice ili prijatelja		
38	Saznali za nestanak ili nasilno otimanje supruga (e)		
39	Saznali za nestanak ili nasilno otimanje sina ili kćeri		
40	Saznali za nestanak ili nasilno otimanje člana porodice ili prijatelja		
41	Saznali da je u borbi ili od nagaznih mina teško povrijeđen neko od porodice ili prijatelj		
42	Bili očevidac udaranja drugih po glavi ili tijelu		
43	Bili očevidac mučenja drugih		
44	Bili očevidac ubojstva		
45	Bili očevidac silovanja ili seksualnog zlostavljanja		
46	Bili u drugoj vrlo zastrašujućoj situaciji ili u situaciji ti kojoj ste osjećali da je život u opasnosti. Objasnite:		

DIO IV: TRAUMATSKI SIMPTOMI

Navesti ćemo tegobe koje ljudi ponekad imaju nakon doživljavanja bolnih i zastrašujućih događaja u životu. Molimo da nam kažete koje od navedenih tegoba i u kojoj mjeri ste osjećali tijekom prošlog tjedna

		(1) Nimalo	(2) Vrlo malo	(3) Prilično	(4) Vrlo jako
1	Ponavljaju Vam se misli ili sjećanja na najteže ili zastrašujuće događaje				
2	Osjećate da Vam se to ponovo dešava				
3	Noćne more koje se ponavljaju				
4	Osjećate se odvojeni od ljudi ili se povlačite u sebe				
5	Nesposobni ste da volite, mrzite, itd.				
6	Napeti ste i trgnete se na bilo koji jači podražaj				
7	Teško se usredotočite na nešto				
8	Imate problema sa spavanjem				
9	Stalno ste na oprezu				
10	Lako "planete" ili ste razdražljivi				
11	Pokušavate da ne obavljate ono što Vas podsjeća na bolne događaje				
12	Osjećate praznine kad mislite na bolne događaje				
13	Slabije ste zainteresirani za svakodnevni posao				
14	Osjećate da nemate budućnosti				
15	Izbjegavate misliti na ono što Vam se događalo				
16	Uznemirite se kad pomislite ili kad Vas nešto podsjeti na ono što ste preživjeli				
17	Osjećate da ne možete uraditi nešto što ste ranije mogli				
18	Sada se teže snalazite u novim situacijama				
19	Osjećate se iscrpljeno				
20	Boli Vas nešto				

		(1) Nimalo	(2) Vrlo malo	(3) Prilično	(4) Vrlo jako
21	Imate li neke tjelesne tegobe				
22	Da li slabije pamтите				
23	Čini li Vam se ili Vam drugi ukazuju da ste postali zaboravni				
24	Imate teškoće sa usmjeravanjem i održavanjem pažnje				
25	Ponekad osjećate da u Vama postoje dvije osobe i da jedna posmatra šta ona druga osoba u Vama radi				
26	Teško Vam je da isplanirate dan				
27	Osjećate se krivim za ono što Vam se dogodilo				
28	Osjećate se krivim što ste preživjeli				
29	Osjećate se izgubljeno				
30	Osjećate stid zbog onog što se dogodilo				
31	Mislite da ljudi ne shvaćaju ono što Vam se dogodilo				
32	Osjećate da su ljudi neprijateljski raspoloženi prema Vama				
33	Mislite da se nemate na koga osloniti				
34	Osjećate da su Vas iznevjerili oni kojima ste vjerovali				
35	Osjećate da ste poniženi onim što Vam se dogodilo				
36	Nemate više povjerenja u druge				
37	Osjećate se nemoćnim da pomognete drugima				
38	Stalno se pitate zašto se to dogodilo baš meni				
39	Osjećate kao da se to dogodilo samo Vama				
40	Imate potrebu da se osvetite				

8.4. MINI-Međunarodni neuropsihijatrijski intervju-Hrvatska verzija (MINI International Neuropsychiatric Interview)

M.I.M.I

MINI - MEĐUNARODNI NEUROPSIHIJATRIJSKI INTERVJU (MINI INTERNATIONAL
NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW)
Hrvatska verzija

5.0.0 DSM-IV

SAD: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa

FRANCUSKA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lepine Hopital
de la Salpetriere - Paris

© Tiskarska prava (Copyright) 1992, 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y

Sva prava pridržana. Nijedan dio ovog dokumenta ne smije se umnožavati ili prenositi u bilo kojem obliku ili na bilo koji način, elektronički ili mehanički, uključujući i fotokopiranje, ili pohranjivanjem podataka ili sustavom popravljanja bez pismenog dopuštenja dr.Sheehana ili dr.Lecrubiera. Istraživači i klinički djelatnici koji rade u neprofitnim ili javnim organizacijama (uključujući sveučilišta, neprofitne bolnice i vladine institucije) mogu koristiti kopije MINI za vlastite kliničke i istraživačke svrhe.

M.LN.I. 5.0.0 - January 2000 - Croatian Version

8.5. Kratka verzija upitnika SCL-90

Brief Symptom Inventory 53 (Short SCL-90 version)

Ime i prezime _____ Datum: _____

Ovo je lista problema koje ljudi ponekad imaju. Molimo Vas da pažljivo pročitate svaku rečenicu i obilježite kružić koji najtočnije opisuje KOLIKO VAS JE TAJ PROBLEM ZAOKUPLJAO ILI UZNEMIRAVAO TIJEKOM PROTEKLOG TJEDNA UKLJUČUJUĆI I DANAŠNJI DAN. Za svaki problem obilježite samo jedan kružić i nemojte preskakati rečenice. Koristite običnu grafitnu olovku. Ako se predomislite po nekom od pitanja pažljivo gumicom izbrišite prethodni odgovor. Molimo Vas, nemojte ništa dopisivati na listu sa odgovorima prije nego što počnete pročitajte slijedeći primjer.

	Koliko Vas je uznemiravao:	Nimalo	Malo	Umjereno	Prilično	Vrlo malo
1	Nervoza ili unutarnja drhtavica	0	1	2	3	4
2	Malaksalost ili vrtoglavica	0	1	2	3	4
3	Pomisao da neko kontrolira Vaše misli	0	1	2	3	4
4	Osjećaj da su drugi krivi za većinu Vaših nevolja	0	1	2	3	4
5	Teškoća da se sjetite nekih stvari	0	1	2	3	4
6	Lako se naljutite ili iznervirate	0	1	2	3	4
7	Bol u predjelu srca ili u prsima	0	1	2	3	4
8	Osjećaj straha na otvorenom prostoru ili na ulici	0	1	2	3	4
9	Razmišljanje o samoubojstvu	0	1	2	3	4
10	Osjećate da se većini ljudi ne može vjerovati	0	1	2	3	4
11	Slab apetit	0	1	2	3	4
12	Iznenada se uplašite bez razloga	0	1	2	3	4
13	Izljevi bijesa koje ne možete kontrolirati	0	1	2	3	4
14	Osjećaj usamljenosti, čak i kada ste u društvu	0	1	2	3	4
15	Nesposobnost za obavljanje poslova koje treba završiti	0	1	2	3	4
16	Osjećaj usamljenosti	0	1	2	3	4
17	Osjećaj tuge	0	1	2	3	4
18	Nedostatak interesa za bilo što	0	1	2	3	4
19	Osjećaj zastrašenosti	0	1	2	3	4
20	Osjećaj da Vas drugi ljudi mogu lako povrijediti	0	1	2	3	4

21	Osjećaj da drugi ljudi nisu prijateljski naklonjeni ili da Vas ne vole	0	1	2	3	4
22	Osjećaj da ste manje vrijedni od drugih	0	1	2	3	4
23	Osjećaj mučnine ili uznemirenosti u trbuhu	0	1	2	3	4
24	Osjećaj da drugi govore o Vama ili Vas gledaju	0	1	2	3	4
25	Teškoća da se zaspi	0	1	2	3	4
26	Potreba da provjeravate dva ili više puta ono što radite	0	1	2	3	4
27	Teškoće u donošenju odluka	0	1	2	3	4
28	Osjećaj straha kada putujete autobusom, vlakom ili podzemnom željeznicom	0	1	2	3	4
29	Otežano disanje	0	1	2	3	4
30	Osjećaj da Vam tijelom prolaze valovi topline ili hladnoće	0	1	2	3	4
31	Potreba za izbjegavanjem nekih stvari, mjesta ili aktivnosti koje Vas plaše	0	1	2	3	4
32	Praznina u glavi	0	1	2	3	4
33	Utrnulost ili žmarci u pojedinim dijelovima tijela	0	1	2	3	4
34	Misao da trebate biti kažnjeni zbog svojih grijeha	0	1	2	3	4
35	Osjećaj beznadnosti u odnosu na budućnost	0	1	2	3	4
36	Teškoće sa koncentracijom	0	1	2	3	4
37	Osjećaj slabosti u pojedinim dijelovima tijela	0	1	2	3	4
38	Osjećanje uznemirenosti ili napetosti	0	1	2	3	4
39	Misli o smrti ili umiranju	0	1	2	3	4
40	Potreba da nekog istučete, uvrijedite ili povrijedite	0	1	2	3	4
41	Prisila da nešto slomite ili razbijete	0	1	2	3	4
42	Stidljivost i smetenost u društvu drugih ljudi	0	1	2	3	4
43	Osjećaj nelagode u gužvi, na primjer, u kupovini ili kinu	0	1	2	3	4
44	Osjećaj da nikad niste bliski sa nekom osobom	0	1	2	3	4
45	Nagli napadi jakog straha ili panike	0	1	2	3	4
46	Česte svađe sa drugima	0	1	2	3	4
47	Osjećaj nervoze kada ostanete sami	0	1	2	3	4
48	Drugi Vam ne daju dovoljno priznanja za ono što ste postigli	0	1	2	3	4
49	Osjećaj da ste tako nemirni da ne možete mirno sjediti	0	1	2	3	4
50	Osjećaj bezvrijednosti	0	1	2	3	4
51	Osjećaj da će Vas ljudi iskoristiti, samo ako im za to pružite priliku	0	1	2	3	4
52	Osjećaj krivice	0	1	2	3	4
53	Pomisao da nešto nije li redu sa Vašim razumom	0	1	2	3	4

8.6. MANSA

MANSA

Sada Vas molimo da procjenite koliko ste zadovoljni različitim područjima Vašega života koje su dolje navedene (smještaj, prijateljstva, financijska situacija itd.).

Za procjenu koristite priloženu skalu od 1 do 7.

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

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

8.7. Spanier-ova Skala prilagodbe partnera (Dyadic Adjustment scale-DAS)

Spanier-ova Skala prilagodbe partnera (Dyadic Adjustment scale-DAS)

Mnogi ljudi doživljavaju neslaganje u svojim partnerskim, odnosno bračnim odnosima. Molimo vas da uz svaku dolje navedenu tvrdnju označite približni stupanj slaganja odnosno neslaganja sebe i svog partnera/ svoje partnerice zaokruživanjem jednog od brojeva.

Brojevi imaju značenje:

- 0- nikada se ne slažemo
- 1- gotovo se nikada ne slažemo
- 2- često se ne slažemo
- 3- povremeno se slažemo
- 4- gotovo se uvijek slažemo
- 5- uvijek se slažemo

1.	U vođenju obiteljskih financija	0	1	2	3	4	5
2.	U načinu odmaranja, rekreacije	0	1	2	3	4	5
3.	Po pitanju religioznosti	0	1	2	3	4	5
4.	U izražavanju emocija	0	1	2	3	4	5
5.	U pogledu prijatelja	0	1	2	3	4	5
6.	U seksualnim odnosima	0	1	2	3	4	5
7.	U društveno prihvatljivom ponašanju	0	1	2	3	4	5
8.	U pogledu filozofije života	0	1	2	3	4	5
9.	U načinu ophođenja s roditeljima i rođacima	0	1	2	3	4	5
10.	U ciljevima i stvarima koje su nam važne	0	1	2	3	4	5
11.	U željenoj količini zajedno provedenog vremena	0	1	2	3	4	5
12.	U donošenju važnih odluka	0	1	2	3	4	5
13.	U kućanskim poslovima	0	1	2	3	4	5
14.	U interesima i aktivnostima u slobodno vrijeme	0	1	2	3	4	5
15.	U donošenju odluka o profesionalnom razvoju	0	1	2	3	4	5
15a.	U odgoju djece	0	1	2	3	4	5

U sljedećoj tablici uradite isto. Brojevi ovdje imaju značenje:

0 - nikada 1 - rijetko 2 - povremen 3 - češće da nego ne 4 - vrlo često 5 - stalno

16.	Kako često spominjete ili ste razmišljali o rastavi, razdvajanju ili prekidu svog odnosa?	0	1	2	3	4	5
17.	Kako često Vi ili Vaš(-a) partner(-ica) odete od kuće nakon svađe?	0	1	2	3	4	5
18.	Općenito, koliko često smatrate da su Vaši odnosi dobri?	0	1	2	3	4	5
19.	Imate li povjerenja u svog partnera/ partnericu?	0	1	2	3	4	5
20.	Jeste li ikada požalili što ste se vjenčali?	0	1	2	3	4	5
21.	Koliko se često svađate sa svojim partnerom?	0	1	2	3	4	5
22.	Koliko si često Vi i Vaš partner «idete na živce»?	0	1	2	3	4	5

23. Koliko često poljubite svog partnera/ partnericu?

0- nikada 1- rijetko 2- povremeno 3- gotovo svaki dan 4- svaki dan

24. U kojoj mjeri Vi i Vaš partner/ partnerica zajedno sudjelujete u zadovoljavanju nekih svojih interesa van kuće?

0- nikada 1-rijetko 2- povremeno 3- često 4- uvijek

Brojevi u sljedećoj tablici znače:

0-nikad	3-jednom ili dva puta tjedno
1-rjeđe nego jednom mjesečno	4-jednom dnevno
2-jednom ili dva puta mjesečno	5-češće

Koliko često Vi i Vaš partner:

25.	...imate živu razmjenu mišljenja	0	1	2	3	4	5
26.	... zajedno se smijete	0	1	2	3	4	5
27.	...mirno raspravljate o nečem	0	1	2	3	4	5
28.	...zajedno radite na nekom većem zadatku	0	1	2	3	4	5

Slijede neke teme oko kojih se parovi ponekad slažu, a ponekad ne.

Je li nešto od navedenog izazvalo probleme u Vašem odnosu proteklih par tjedana?

29. Nespremnost za spolne odnose zbog umora DA NE

30. Ne iskazivanje ljubavi DA NE

31. Zaokružite broj koji sveukupno najbolje opisuje stupanj zadovoljstva Vašim bračnim odnosom.

- 0- izrazito nezadovoljan, nesretan
- 1- prilično nezadovoljan
- 2- malo nezadovoljan
- 3- zadovoljan
- 4- vrlo zadovoljan
- 5- izrazito zadovoljan
- 6- prezadovoljan

32. Koja od narednih tvrdnji najbolje opisuje kako gledate na budućnost svog odnosa?

- 5- očajnički želim da moja veza uspije i spreman sam neizmjereno dugo ulagati u taj odnos
- 4- jako želim da moja veza uspije i učinio/ učinila bih sve što mogu da se to dogodi
- 3- jako želim da moja veza uspije i trudio/ trudila bih se da se to dogodi
- 2- bilo bi lijepo da moja veza uspije, ali ne mogu učiniti mnogo više od onog što sada činim da bi se to dogodilo
- 1- bilo bi lijepo da uspije, ali odbijam činiti išta više od onog što sada činim da bih održao/ održala odnos
- 0- moj odnos nema šanse za uspjeh i nema više ničeg što bih mogao/ mogla učiniti da održim tu vezu.

8.8. Upitnik promjena osobnosti

UPITNIK PROMJENA OSOBNOSTI

Da li zadnjih dvije ili više godina osjećate:

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Gubitak samopouzdanja | DA | NE |
| 2. Različitost od onoga kakvi ste bili prije nego što su se simptomi pojavili | DA | NE |
| 3. Da vodite manje brige o sebi (zdravlje, potrebe, sigurnost) | DA | NE |
| 4. Bepomoćnost i očaj | DA | NE |
| 5. Očekujete prijevaru, izdaju ili izrabljivanje od članova obitelji | DA | NE |
| 6. Lažete o svom psihičkom stanju članovima obitelji i okolini | DA | NE |

8.9. Upitnik posredne traumatizacije (PCL)

UPITNIK POSREDNE TRAUMATIZACIJE-(PCL)

Dolje niže navedena je lista problema i pritužbi koje ljudi ponekad imaju kao reakciju na traumatsko iskustvo njima bliske osobe. Molimo Vas da svaki upit pažljivo pročitate i na ponuđenoj skali označite sa **X** tvrdnju koja najviše odgovara Vašoj procjeni *koliki stupanj smetnji ste imali u prošlih nekoliko mjeseci*.

A. Saznanje o traumi koju je doživio Vaš muž/partner.

Da li ste zadnjih nekoliko mjeseci imali, odnosno doživljavali....	nimalo	malo	umjereno	poprilično	ekstremno
.... ponavljajuća, uznemirujuća <i>sjećanja, misli ili slike</i> traumatskog iskustva koje je doživio Vaš muž?					
.... ponavljajuće, uznemirujuće <i>snove</i> o traumatskom iskustvu koje je Vaš muž proživio?					
.... iznenadno ponašanje ili osjećanje kao da se traumatsko iskustvo <i>ponovno događa</i> (kao da ga ponovno proživljavate)?					
.... osjećanje <i>velike uznemirenosti</i> kada Vas je <i>nešto podsjetilo</i> na traumatsko iskustvo Vašeg muža?					
.... pojavu fizičkih reakcija (npr. lupanje srca, otežano disanje, ili znojenje) kada bi Vas <i>nešto podsjetilo</i> na traumatsko iskustvo Vašeg muža?					
.... izbjegavanje <i>razmišljanja ili razgovora o</i> traumatskom događaju koji je Vaš muž proživio, ili izbjegavanje osjećaja u vezi s njim?					
.... izbjegavanje <i>aktivnosti ili situacija</i> jer Vas <i>podsjećaju</i> na traumatsko iskustvo Vašeg muža?					
.... poteškoće u <i>pamćenju važnih dijelova</i> traumatskog iskustva Vašeg muža?					
...gubljenje <i>interesa za stvari u kojima ste prije uživali?</i>					
.... osjećaj <i>udaljenosti ili isključenosti</i> od drugih ljudi?					
.... osjećaj <i>emocionalne otupjelosti</i> ili nemogućnost imanja <i>brižnih osjećanja</i> za Vaše bližnje?					
.... osjećaj kao da će Vaša <i>budućnost</i> nekako biti <i>prekinuta</i> (npr. karijera, brak, djeca..)?					
....poteškoće sa <i>spavanjem ili budnošću?</i>					
.... osjećaj <i>iritiranosti</i> ili pojava <i>gnjevnih ispada?</i>					
.... poteškoće s <i>koncentracijom?</i>					
.... stanja " <i>pretjerane alarmiranosti</i> " ili ste bili oprezni, u stanju pripravnosti?					
.... osjećaj <i>razdražljivosti</i> ili da Vas se <i>lako prepadne</i> (trzate se na svaki šum)?					

8.10. Upitnik procjena tereta osobe koja se brine

UPITNIK PROCJENA TERETA OSOBE KOJA SE BRINE

Ovaj se upitnik upotrebljava da bi se doznalo kako ratna traumatizacija Vašeg muža/partnera utječe na neke aspekte Vašeg života. Pitanja se odnose **na procjenu Vaše sadašnje situacije u odnosu na situacije prije muževljeve traumatizacije.**

Molimo Vas da svaki upit pažljivo pročitate i na ponuđenoj skali označite sa **X** tvrdnju koja najviše odgovara Vašoj procjeni.

Da li imate?	Mnogo manje	Malo manje	Jednako	Malo više	Mnogo više
..... vremena za sebe?					
..... svakodnevnog stresa u vezi s Vašim mužom/partnerom?					
..... osobne privatnosti?					
..... pokušaja Vašeg muža/partnera da manipulira vama?					
..... vremena za slobodne aktivnosti?					
..... nerazumne zahtjeve od strane Vašeg muža/partnera?					
..... napetosti u vašem životu?					
..... odmarajući aktivnosti, putovanja ili izleta?					
..... nervoze i depresije koja se odnosi na vezu s Vašim mužom/partnerom?					
..... osjećaj da ste iskorišteni od strane Vašeg muža/partnera?					
..... vremena za vaš posao i obavljanje vaših dnevnih poslova?					
..... prekomjernih i prevelikih zahtjeva od strane Vašeg muža/partnera u odnosu što on stvarno treba?					
..... anksioznosti i proturječnosti s Vašim mužem/partnerom oko određenih stvari?					
..... vremena za prijatelje i ostatak obitelji?					

8.11. Upitnik izgaranja u partnerskim odnosima

UPITNIK PREGORIJEVANJA U PARTNERSKIM ODNOSIMA

1. Nevoljko sam u prisustvu članova obitelji	DA	NE
2. Osjećam se promašeno	DA	NE
3. Osjećam bijes i žaljenje	DA	NE
4. Osjećam krivnju i sram	DA	NE
5. Osjećam indiferentnost i obeshrabrenje	DA	NE
6. Često imam negativističan stav prema članovima obitelji	DA	NE
7. Osjećam se izolirano i odbačeno	DA	NE
8. Osjećam umor i iscrpljenost	DA	NE
9. Često gledam na sat u toku posla	DA	NE
10. Osjećam velik umor nakon svakog kućnog posla	DA	NE
11. Gubim pozitivan osjećaj prema partneru	DA	NE
12. Odgađam (izbjegavam) susrete s partnerom	DA	NE
13. Imam potrebu za drugom vezom	DA	NE
14. Teško mi je koncentrirati se i slušati partnera	DA	NE
15. Često sam podrugljiva prema partneru	DA	NE
16. Osjećam kao da «tapkam u mjestu»	DA	NE
17. Sve češće radim po ustaljenim pravilima	DA	NE
18. Imam smetnje spavanja	DA	NE
19. Izbjegavam razgovor o obiteljskim stvarima	DA	NE
20. Često osjećam različite mišićne bolove	DA	NE
21. Sve lakše popuštam pred uzimanjem sedativa	DA	NE
22. Imam česte prehlade	DA	NE
23. Imam česte glavobolje	DA	NE
24. Teško prihvaćam promjene u obiteljskom funkcioniranju	DA	NE
25. Sumnjičav/a sam i čini mi se da su drugi članovi obitelji okrenuti protiv mene	DA	NE
26. Teško mi je biti umjeren u jelu, piću ili u pušenju	DA	NE
27. Lako zapadam u konflikte u obitelji i u braku	DA	NE
28. Patim od osipa i svrbeža kose	DA	NE
29. Imam gastrointestinalne smetnje	DA	NE
30. Često izbivam iz kuće	DA	NE

9. ŽIVOTOPIS

Rođen sam 11.03.1957.g. u D. Komušini, općina Teslić, BiH, gdje sam završio i osnovnu školu.

Srednju medicinsku školu završio sam 1976.g. u Doboju, a medicinski fakultet 1982.g u Tuzli. Po obavljenom obvezatnom liječničkom stažu radio sam u DZ Teslić i DZ Srebrenik, te u Specijalnu bolnicu za kardiovaskularna i reumatska oboljenja Banja Vrućica-Teslić. Specijalizaciju iz neuropsihijatrije završio sam 1991.g. na VMA u Beogradu.

Početkom 1992. godine zbog rata sam napustio mjesto življenja, i kao dragovoljac priključio se postrojbama HVO-a.

Od 1992-1994. g. radio sam u više ratnih bolnica HVO-a u BiH (Komušina, Žepče i Fojnica). Od veljače 1994. g. radim na Psihijatrijskom odjelu KB Mostar.

Od travnja 2003. godine obnašam funkciju šefa Psihijatrijskog odjela KB Mostar.

Od 2000. godine angažiran sam u nastavi na katedri za psihijatriju Medicinskog fakulteta u Mostaru, a od 2007. godine sam u zvanju asistenta.

Poslijediplomski znanstveni studij «Biomedicina» upisao sam 2001/02. školske godine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci gdje sam 2005. godine i magistrirao.

Od dopunske izobrazbe završio sam:

- Pripremnu izobrazbu iz grupne analize 1995/96.g. u Splitu;
- I i II stupanj BKT 1999.g. u Rijeci pod vodstvom prof. dr. sc. Ivanke Živčić-Bećirević i mr. sc. Nade Anić, te
- Više poslijediplomskih tečajeva i edukacija iz oblasti psihijatrije (Psihološke traume i organski invaliditet; Integracijski prijenos emocija; Primjena mjernih instrumenata u ocjeni psihičkog i neurološkog stanja schizofrenih bolesnika).

Sudjelovao sam na više domaćih i inozemnih kongresa i simpozija.

Objavio sam 14 radova u domaćim i stranim časopisima i publikacijama, uglavnom iz područja psihotraumatologije.

U svom dosadašnjem profesionalnom radu istaknuo bih svoj aktivni doprinos organiziranju ratne zdravstvene službe HVO-a, te u poslijeratnom periodu aktivnosti na zbrinjavanju psihičkih posljedica stradalnika rata zbog čega sam dobio više zahvala i priznanja od udruga ratnih stradalnika.

Od 1992. godine posebno područje mog interesa je psihotraumatologija.

Adresa: Ortiješ bb.

58000 Mostar, BiH

Lektor:

Nives Šumanović

Prijevod sažetka:

Nives Šumanović

Tisak: