

Povezanost osobina ličnosti s komorbiditetnom depresijom, suicidalnim rizikom i subjektivnom kvalitetom života u ratnih veterana oboljelih od PTSP-a

Jakšić, Nenad

Doctoral thesis / Disertacija

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, School of Medicine / Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:171:370433>

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

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



Repository / Repozitorij:

[MEFST Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET**

Nenad Jakšić

**Povezanost osobina ličnosti s komorbiditetnom depresijom,
suicidalnim rizikom i subjektivnom kvalitetom života u
ratnih veterana oboljelih od PTSP-a**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Split, 2022.

**SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET**

Nenad Jakšić

**Povezanost osobina ličnosti s komorbiditetnom depresijom,
suicidalnim rizikom i subjektivnom kvalitetom života u
ratnih veterana oboljelih od PTSP-a**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Split, 2022.

Istraživanje je provedeno pri Klinici za psihijatriju, Kliničkog bolničkog centra Zagreb (KBC Zagreb).

Voditelj rada: Prof. dr. sc. Miro Jakovljević, dr. med., spec. psihijatar

Zahvaljujem se kolegama s Klinike na pomoći i podršci prilikom provođenja ovog istraživanja.

Na pomoći, korisnim savjetima i stalnom poticanju na izradu ove disertacije, a i sveukupnom znanstvenom djelovanju, posebno se zahvaljujem svojem mentoru Prof. dr. sc. Miri Jakovljeviću.

Veliku zahvalu zaslužuju članovi moje obitelji, kao i bliski prijatelji i kolege, koji su iskazali neprekidnu podršku, a često i strpljivost, prilikom mojih znanstvenih aktivnosti, uključujući izradu ove disertacije.

SADRŽAJ

| | | |
|-----------|---|----|
| 1. | UVOD | 1 |
| 1.1. | Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) u ratnih veterana | 1 |
| 1.1.1. | Zastupljenost i rizični čimbenici PTSP-a | 2 |
| 1.1.2. | Istraživanja PTSP-a u Republici Hrvatskoj | 3 |
| 1.2. | Depresivni poremećaj u ratnih veterana s PTSP-om | 5 |
| 1.2.1. | Posttraumatski poremećaj raspoloženja (PTPR) | 6 |
| 1.3. | Suicidalni rizik u ratnih veterana s PTSP-om | 8 |
| 1.3.1. | Zastupljenost suicidalnosti | 8 |
| 1.3.2. | Rizični čimbenici i korelati suicidalnosti | 9 |
| 1.4. | Važnost osobina ličnosti | 10 |
| 1.4.1. | Psihobiološki (Cloningerov) model temperamenta i karaktera | 12 |
| 1.4.2. | Impulzivnost kao osobina ličnosti | 15 |
| 1.5. | Osobine ličnosti i posttraumatski poremećaj raspoloženja (PTPR) | 16 |
| 1.6. | Osobine ličnosti i suicidalni rizik u ratnih veterana s PTSP-om | 18 |
| 1.7. | Subjektivna kvaliteta života u ratnih veterana s PTSP-om | 20 |
| 1.7.1. | Subjektivna kvaliteta života i osobine ličnosti | 21 |
| 2. | CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA | 23 |
| 2.1. | Ciljevi istraživanja | 23 |
| 2.2. | Hipoteze istraživanja | 24 |
| 3. | METODE | 25 |
| 3.1. | Ispitanici | 25 |
| 3.2. | Protokol | 26 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 3.3. | Instrumenti | 27 |
| 3.4. | Statistička analiza podataka | 33 |
| 4. | REZULTATI | 36 |
| 4.1. | Opis čitavog uzorka | 36 |
| 4.1.1. | Sociodemografski čimbenici | 36 |
| 4.1.2. | Klinički čimbenici | 38 |
| 4.1.3. | Osobine ličnosti | 40 |
| 4.1.4. | Subjektivna kvaliteta života | 41 |
| 4.2. | Podskupine bolesnika s PTSP-om i bolesnika s PTSP-om i depresijom | 41 |
| 4.2.1. | Razlike između podskupina u sociodemografskim čimbenicima | 42 |
| 4.2.2. | Razlike između podskupina u kliničkim čimbenicima | 46 |
| 4.2.3. | Razlike između podskupina u osobinama ličnosti | 49 |
| 4.2.4. | Razlike između podskupina u subjektivnoj kvaliteti života | 51 |
| 4.2.5. | Osobine ličnosti kao prediktori komorbiditetnog PTSP-a i depresije | 52 |
| 4.3. | Povezanost sociodemografskih i kliničkih čimbenika te osobina ličnosti sa suicidalnim ideacijama | 56 |
| 4.3.1. | Osobine ličnosti kao prediktori suicidalnih ideacija | 58 |
| 4.4. | Podskupine bolesnika s i bez prethodnog pokušaja suicida | 62 |
| 4.4.1. | Razlike između podskupina u sociodemografskim čimbenicima | 63 |
| 4.4.2. | Razlike između podskupina u kliničkim čimbenicima | 66 |
| 4.4.3. | Razlike između podskupina u osobinama ličnosti | 68 |
| 4.4.4. | Razlike između podskupina u subjektivnoj kvaliteti života | 70 |
| 4.4.5. | Osobine ličnosti kao prediktori pokušaja suicida | 71 |
| 4.5. | Povezanost sociodemografskih i kliničkih čimbenika te osobina ličnosti sa subjektivnom kvalitetom života | 74 |

| | |
|--|------------|
| 4.5.1. Osobine ličnosti kao prediktori subjektivne kvalitete života | 77 |
| 4.6. Povezanost religioznosti s kliničkim čimbenicima i subjektivnom kvalitetom života | 81 |
| 4.6.1. Religioznost i komorbiditetni PTSP i depresija | 82 |
| 4.6.2. Religioznost i suicidalne ideacije | 83 |
| 4.6.3. Religioznost i prethodni pokušaj suicida | 83 |
| 4.6.4. Religioznost i subjektivna kvaliteta života | 84 |
| 5. RASPRAVA | 86 |
| 5.1. PTSP i komorbiditetni depresivni poremećaj | 88 |
| 5.1.1. Osobine ličnosti i komorbiditetni depresivni poremećaj | 90 |
| 5.2. Suicidalne ideacije u bolesnika s PTSP-om | 93 |
| 5.2.1. Osobine ličnosti i suicidalne ideacije | 94 |
| 5.3. Prethodni pokušaji suicida bolesnika s PTSP-om | 96 |
| 5.3.1. Osobine ličnosti i pokušaji suicida | 97 |
| 5.4. Subjektivna kvaliteta života bolesnika s PTSP-om | 100 |
| 5.4.1. Osobine ličnosti i subjektivna kvaliteta života | 101 |
| 5.5. Religioznost, klinički čimbenici i subjektivna kvaliteta života | 103 |
| 5.6. Očekivani znanstveni doprinos | 105 |
| 5.7. Ograničenja istraživanja | 106 |
| 6. ZAKLJUČAK | 109 |
| 7. LITERATURA | 110 |
| 8. SAŽETAK | 143 |
| 9. SUMMARY | 144 |
| 10. ŽIVOTOPIS | 145 |
| 11. DODATAK –Inventar temperamenta i karaktera - revidirano izdanje | 146 |

POPIS OZNAKA I KRATICA

PTSP - Posttraumatski stresni poremećaj

PTPR - Posttraumatski poremećaj raspoloženja

MKB-10 - the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems–10th revision, Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema–deseta revizija

M.I.N.I. - the Mini International Neuropsychiatric Interview, Kratki međunarodni neuropsihijatrijski intervju

TCI-R - Temperament and Character Inventory-Revised, Upitnik temperamenta i karaktera–revidirano izdanje

NS - Traženje novog (eng. Novelty seeking)

HA - Izbjegavanje štete (eng. Harm avoidance)

RD - Ovisnost o nagradi (eng. Reward dependence)

P - Ustrajnost (eng. Persistence)

SD - Samousmjerenost (eng. Self-Directedness)

CO - Suradljivost (eng. Cooperativeness)

ST - Samotranscendencija (eng. Self-Transcendence)

BDI-2 - the Beck Depression Inventory–2nd ed., Beckov inventar depresivnosti–2. izdanje

SBQ-R - the Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised, Upitnik suicidalnih ponašanja–revidirano izdanje

BIS-11 - the Barratt Impulsiveness Scale-11, Barrattova skala impulzivnosti-11

SWLS – the Satisfaction with Life Scale, Upitnik zadovoljstva životom

M - aritmetička sredina

SD - standardna devijacija

1. UVOD

1.1. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) u ratnih veterana

Iskustvo teškog borbenog stresa i traume za vrijeme ratnih zbivanja često može dovesti do posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP). To je psihijatrijski poremećaj kod kojeg je središnja postavka sadržana u traumatskom iskustvu koje stvara određeno sjećanje, a ono pak dovodi do razvoja specifičnog skupa psihičkih tegoba i simptoma. Ono što opravdava konceptualizaciju PTSP-a kao psihijatrijskog poremećaja jest perzistiranje simptoma stresa u slučajevima kada osobi više ne prijete opasnost (1). Iako se psihičke posljedice ratnih trauma mogu pronaći u drevnim tekstovima, tek se nakon Američkog građanskog rata, a zatim i Prvog svjetskog rata, krenulo s detaljnijim opisima narušenog emocionalnog stanja u poslijeratnoj populaciji. Ipak, trebalo je još dosta godina proći, odnosno nakon Američkog rata u Vijetnamu započeli su ozbiljniji naponi za uključivanje "post-vijetnamskog sindroma" u službene medicinske klasifikacijske sustave, pri čemu je PTSP po prvi put kategoriziran 1980. godine kao vrsta anksioznog poremećaja u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje, treća revizija, DSM-III (1, 2). Otada je dijagnoza PTSP-a doživjela određene izmjene u kasnijim izdanjima DSM-a i Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB) klasifikacijskih sustava, a prema važećim dijagnostičkim kriterijima u novom DSM-5 sustavu, nakon izloženosti stvarnoj ili prijetećoj opasnosti, može doći do nastanka PTSP-a koji karakteriziraju sljedeći simptomi: a) ponavljajuća nametljiva prisjećanja traumatskog događaja, emocionalni distres prilikom prisjećanja na traumu i košmarni snovi; b) izbjegavajuća ponašanja i kognicije vezana uz podražaje koji se odnose na traumatski događaj; c) negativne afektivne i misaone distorzije poput emocionalne otupjelosti, neopravdanog osjećaja krivnje i srama; d) promjene u pobuđenosti i reaktivnosti poput povećane agresivnosti, naglih reakcija na neočekivane podražaje i nesmotrenog ponašanja (3). Za postavljanje ovih dijagnostičkih kriterija, odnosno simptoma bolesti, ti skupovi simptoma moraju trajati najmanje mjesec dana, pri čemu oni uzrokuju značajno oštećenje u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja. Nadolazeći MKB-11 klasifikacijski sustav definira PTSP kao poremećaj

uzrokovan strahom, a sastoji se od tri skupine simptoma: ponovno proživljavanje, umrtvljenje psihičkog odgovora i pojačana pobuđenost (2). Osim toga, u klasifikacijama se dodatno spominje važnost disocijativnih simptoma (fenomeni depresionalizacije i derealizacije), kao i mogućnost odgođenog razvoja ovog poremećaja, ali i dodatne simptomatike (emocionalna labilnost, kognitivne smetnje i problemi *selfa*) koja je sadržana u novijoj klasifikacijskoj kategoriji pod nazivom *kompleksni PTSP* (1, 2). PTSP predstavlja relativno složeni sindrom koji se javlja kao pretjerani odgovor organizma na intenzivno traumatsko iskustvo, u ovom slučaju borbeni stres i s ratom povezane traume. O složenosti ovog poremećaja upućuju činjenice da u oboljelih veterana dolazi do izraženih psihobioloških i neurohormonalnih promjena, i PTSP utječe na kompletni kognitivni i mentalni sustav pojedinca, mijenja adaptivne mehanizme na okolinu i podražaje iz nje, te može izazvati promjene na razini cjelokupne ličnosti u vidu distorzije motivacijskih, egzistencijalnih i duhovnih aspekata ličnosti (2).

1.1.1. Zastupljenost i rizični čimbenici PTSP-a

Prethodna istraživanja utvrdila su širok raspon zastupljenosti PTSP-a, koji varira između čak 2% i 70% u različitim vojnim populacijama, tj. u aktivnom vojnom osoblju i umirovljenim ratnim veteranima (4 - 8), pri čemu sustavni pregledi većeg broja empirijskih studija pokazuju otprilike 15% zastupljenosti među profesionalnim američkim vojnicima (9, 10). Ispitivanje prave prevalencije PTSP-a u vojnoj populaciji je relativno kontroverzno, s obzirom na mogućnost pretjeranog iskazivanja simptoma u svrhu sekundarnih dobiti (11), ali i podcjenjivanja prevalencije u nekim istraživanjima zbog stigme vezane uz izražavanje psihičkih tegoba u ovoj specifičnoj populaciji (12). Osim toga, podaci o zastupljenosti PTSP-a ovise i o nekim metodološkim aspektima empirijskih studija; u prvom redu o instrumentima i dijagnostičkim kriterijima korištenim za utvrđivanje PTSP-a, nadalje o činjenici radi li se o uzorku vojnika i veterana koji se liječe ili ne liječe od psihičkih tegoba, kao i o vrsti vojnog angažmana ispitanog vojnog osoblja (5, 7, 13, 14). Sve u svemu, zastupljenost PTSP-a je značajno veća u populaciji vojnog osoblja i ratnih veterana u odnosu na opću populaciju (1, 3, 15), a neke ranije

procjene govore o troškovima u iznosu do 3 milijarde dolara za potrebe liječenja američkih ratnih veterana koji pate od PTSP-a (16).

S obzirom da ipak većina vojnika i veterana ne razvije kliničku sliku PTSP-a, brojna istraživanja pokušala su utvrditi neke rizične čimbenike za nastanak ovog poremećaja. Najznačajniji rizični čimbenik jest trajanje, odnosno težina vojnog/borbenog iskustva, a to je pokazano u brojnim dosadašnjim istraživanjima (4, 7, 17 - 19). Ostali rizični čimbenici koji povećavaju vjerojatnost nastanka PTSP-a kod vojnika i veterana, iako istraživanja nisu potpuno konzistentna, dijele se u tri kategorije: a) individualni (pretraumatski) rizični čimbenici: niži stupanj obrazovanja, samački život, pripadnost etničkoj manjini, mlađa dob, traumatska iskustva u ranoj dobi, neke osobine ličnosti, prethodno psihijatrijsko liječenje; b) karakteristike traumatskog iskustva kao rizični čimbenici: trajanje i broj borbenih akcija, težina borbenih akcija, stvarna i percipirana vjerojatnost tjelesnog stradavanja i/ili pogibije, zadovoljstvo nadređenima; c) posttraumatski rizični čimbenici: percipirana socijalna podrška nakon povratka s ratišta, naknadni stresni životni događaji, šire društvene i sociopolitičke okolnosti (4, 7, 10, 16 - 18, 20 – 28).

1.1.2. Istraživanja PTSP-a u Republici Hrvatskoj

Domovinski rat u Republici Hrvatskoj trajao je između 1991. i 1995. godine, nakon kojega su provedena brojna domaća istraživanja o prevalenciji i rizičnim čimbenicima PTSP-a na hrvatskim vojnicima i ratnim veteranima, kao i na civilnom stanovništvu zahvaćenom ratnim zbivanjima. Neki podaci govore da je nakon Domovinskog rata u Republici Hrvatskoj, broj osoba dijagnosticiranih s PTSP-om iznosio 32 tisuće (29), dok su podaci Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo iz 2004. godine pokazali kako osobe s PTSP-om čine čak 8% populacije bolničkih pacijenata koje su liječene u psihijatrijskim ustanovama (30). Ove brojke koje se odnose na osobe s PTSP-om još su veće u domaćim ordinacijama liječnika obiteljske medicine (31). Neka istraživanja uputila su na 18% zastupljenost PTSP-a među pojedincima zahvaćenim

ratnim zbivanjima u Hrvatskoj (32), a čak sve do 33% među prognanicima s područja bivše Jugoslavije (33). Štoviše, u skladu s podacima iz novijih inozemnih pregleda znanstvene literature, domaće istraživanje provedeno nakon Domovinskog rata na uzorku od 3217 hrvatskih veterana pokazalo je prisutnost pune slike PTSP-a u 16% veterana, dok je njih čak 25% ispunjavalo kriterije za djelomičnu kliničku sliku PTSP-a (34). Nadalje, ovo istraživanje utvrdilo je neke rizične čimbenike koji su povećavali vjerojatnost razvoja PTSP-a kod hrvatskih ratnih veterana, a to su: veća količina ratnih stresora, nestabilni obiteljski odnosi, te zlouporaba alkohola i droga (34). Također, jedno nešto novije domaće istraživanje identificiralo je težinu ratnih traumatskih iskustava kao najsnažniji prediktor svih klastera simptoma PTSP-a, dok su parcijalni rizični čimbenici za neke simptome PTSP-a uključivali socioekonomski status i subjektivnu kvalitetu života (30). Osim za razvoj PTSP-a kod ratnih veterana, percipirana socijalna podrška pokazala se relevantnom za perzistiranje ovog poremećaja na uzroku od 152 hrvatska ratna veterana (35). Noviji domaći podaci također govore da su hrvatski ratni veterani često opterećeni različitim tjelesnim komorbiditetima koji im značajnu narušavaju objektivne aspekte kvalitete života (36), a osim samih veterana, i njihove partnerice isto tako izvještavaju o nezadovoljavajućem funkcioniranju u domenama objektivne kvalitete života (37). Osim toga, spominje se i uloga religioznosti u hrvatskih ratnih veterana koji pokazuju simptome PTSP-a i depresije, pri čemu postoji povezanost između više izražene religioznosti i manje razine depresivnih smetnji (38). Naposljetku, provedena su i neka istraživanja koja su ispitivala učinak farmakoterapije i biološke korelate PTSP-a i s njim povezane psihopatološke fenomene na uzorcima hrvatskih veterana; primjerice, ispitivani su učinci terapije antipsihoticima na veterane s PTSP-om s psihotičnim simptomima (39 - 42), pronađene su promjene u funkcioniranju serotoniniskog sustava (43 - 45), te su istraživani pojedini genetski polimorfizmi potencijalno u podlozi nekih patofizioloških procesa u ovom poremećaju (44, 46).

Uz razvoj težih oblika kliničke slike PTSP-a, poznato je da vojnici i ratni veterani koji pate od ovog poremećaja također češće imaju problema u različitim aspektima svojih života; primjerice, dosadašnja istraživanja uputila su na čest osjećaj usamljenosti, probleme u odnosima s partnerima i članovima obitelji, oskudniju socijalnu mrežu, nezadovoljavajuću socioekonomsku situaciju, nestabilnost zaposlenja, te učestalije tjelesne zdravstvene probleme

(7, 15, 17, 22, 24, 27, 47, 48). Također, ratni veterani koji boluju od PTSP-a češće nego rijede pate od još barem jednog komorbiditetnog psihijatrijskog poremećaja (2, 3, 29, 49).

1.2. Depresivni poremećaj u ratnih veterana s PTSP-om

S obzirom na relativnu heterogenost psihičkih smetnji u vojnika i ratnih veterana s dijagnozom PTSP-a, mnogi od njih također boluju od raznih oblika ovisnosti, anksioznih smetnji, nesаницe, patologije ličnosti i drugih psihijatrijskih simptoma i poremećaja (50 - 59). Primjerice, studija provedena na uzorku od 243 hrvatska ratna stradalnika i veterana s dijagnozom PTSP-a utvrdila je kako više od 50% ovih ispitanika boluje i od još nekog oblika psihijatrijskog poremećaja (53). Slična, ali starija domaća studija na uzorku 292 muškarca koja su bili izloženi ratnom i borbenom stresu prikazala je slične rezultate o psihijatrijskim komorbiditetima – u 47% slučajeva pronađen je PTSP i komorbiditetni psihijatrijski poremećaj (60). Istraživanje provedeno na liječenim hrvatskim ratnim veteranima utvrdilo je čak povećanu sklonost prema pojavi psihotičnih simptoma u ovoj traumatiziranoj populaciji (61), a psihotički podtip PTSP-a se predlaže kao zaseban entitet (62). Slično tome, inozemna istraživanja utvrdila su učestale i dugogodišnje probleme s prekomjernom konzumacijom alkohola i psihoaktivnih tvari u američkih ratnih veterana koji boluju od PTSP-a (25, 27, 57, 63). Od svih navedenih psihičkih smetnji, *veliki depresivni poremećaj* vjerojatno je najčešća komorbiditetna psihijatrijska dijagnoza, pri čemu recentnije meta-analitičko istraživanje koje je obuhvatilo 57 studija i ukupno 6670 ispitanika, upućuje da čak oko 50% ratnih veterana može zadovoljavati kriterije za dijagnozu depresivnog poremećaja (64). Pritom je zastupljenost ovog komorbiditeta značajno veća u vojnika i ratnih veterana u odnosu na žrtve civilnih trauma, odnosno prirodnih katastrofa, što bi značilo da je ova traumatizirana subpopulacija pod dodatnim rizikom od razvoja depresivnog poremećaja (64). Jedna je novija studija potvrdila ove zaključke, te je pokazala kako ženski i muški ratni veterani imaju visoke i podjednake stope komorbiditeta PTSP-a i depresije (65). Ovaj nalaz je od posebnog značaja zbog općenito poznatog negativnog učinka kliničke depresije na motivaciju za tretmanom, uključenost u tretman i učinak psiholoških

terapija (66, 67), a ovakve spoznaje mogu biti korisne kliničarima u odlučivanju o personaliziranom pristupu liječenju ovih pojedinaca. Primjerice, postoje neke naznake u empirijskoj literaturi da osobe koje pate od komorbiditetnog PTSP-a i depresivnog poremećaja imaju veću sklonost k tretmanu koji uključuje i psihofarmake (68). Slično tome, novija istraživanja pronašla su potrebu za većim dozama psihijatrijskih lijekova kod pacijenata s dijagnozom PTSP-a i depresivnog poremećaja, u odnosu na pacijente bez depresije (69).

1.2.1. Posttraumatski poremećaj raspoloženja (PTPR)

Neki autori smatraju kako komorbiditet između PTSP-a i depresije predstavlja jedinstveni fenotip, potencijalno čak i podtip PTSP-a (70, 71), dok za tezu o mogućem metodološkom artefaktu uslijed preklapanja nekih dijagnostičkih kriterija dvaju poremećaja (npr. smetnje spavanja, gubitak interesa, problemi s koncentracijom) nije pronađeno dovoljno znanstvenih dokaza, odnosno ta teza nije podržana u detaljnom pregledu literature o etiologiji PTSP-a i depresije u ratnoj populaciji (72). Za sada nema jasnih pokazatelja da su promjene u dijagnostičkim konceptualizacijama PTSP-a (u različitim izdanjima službenih klasifikacijskih sustava) utjecale na stupanj komorbiditeta ovih dvaju poremećaja, odnosno taj komorbiditet relativno konzistentno iznosi oko 50% (7, 71). Više ispitivanja potvrdilo je kako uklanjanje zajedničkih simptoma između PTSP-a i depresivnog poremećaja ne utječe na prevalenciju PTSP-a u epidemiološkim studijama (73, 74). Pregled empirijskih studija u ovom području zasada odbacuje tezu o ‘spurioznoj’ povezanosti PTSP-a i depresivnog poremećaja, te predlaže buduće znanstvene napore u razvoju specifičnih tretmana usmjerenih na depresiju u kontekstu posttraumatskih reakcija i poremećaja (75). Dapače, predloženi su i specifični termini za ovo jedinstveno psihobiološko stanje pojedinca, a u suvremenoj literaturi najčešće se pojavljuje naziv *posttraumatski poremećaj raspoloženja* (PTPR) (eng. Posttraumatic Mood Disorder; PTMD) (76, 77). Općenito govoreći, vodeća ideja u podlozi ove paradigme jest da koegzistiranje ova dva psihijatrijska poremećaja iskazuje jedinstvenu psihopatološku prirodu u odnosu na zasebne odlike svakog od poremećaja (78). Ova perspektiva djelomičnu potporu nalazi u

rastućim empirijskim dokazima kako pacijenti koji boluju od komorbiditetnih PTSP-a i depresije iskazuju drugačije pretraumatske rizične čimbenike, kao i kliničke i biološke karakteristike u odnosu na osobe koje pate samo od PTSP-a ili samo od depresije (70, 71). Što se tiče osobnih i kliničkih pokazatelja, istraživanja na ratom pogođenim populacijama i ratnim veteranima idu u prilog povijesti psihijatrijskog liječenja prije borbenih iskustava, pozitivnog psihijatrijskog herediteta, težeg stupnja simptoma obaju poremećaja, izraženijih neurokognitivnih deficita, veće socijalne i radne ometenosti, niže kvalitete života, te dužeg psihijatrijskog liječenja (71, 79 - 83). Iako nadilaze doseg ovog istraživanja, treba spomenuti i studije koje ispituju specifične neuroanatomske, neuroendokrinološke i molekularno-genetske (prvenstveno epigenetske) strukture i procese koji su karakteristični za svaki od ova dva psihijatrijska poremećaja, a neki njihovi rezultati pomažu u otkrivanju jedinstvene prirode PTPR-a (71). Neke studije također izravno uspoređuju pacijente s PTPR-om u odnosu na pojedine od ta dva poremećaja, s obzirom na prethodno navedene biološke čimbenike (77, 78). Primjerice, empirijska usporedba PTSP-a i depresije identificirala je razlike u razinama kortizola i obrascima lučenja kortizola tijekom 24-satnog praćenja ovih pacijenata (84). U ispitivanju lučenja kortizola kao odgovora na placebo ili fenfluramin (derivat amfetamina) dobiveno je da pacijenti s PTPR-om imaju najniže vrijednosti plazmatskog kortizola, pacijenti s depresijom najviše vrijednosti, dok su vrijednosti kortizola sudionika iz zdrave kontrolne skupine bile u srednjim razinama (85). Slično tome, ispitivan je utjecaj dobi na reaktivne količine kortizola u depresivnih pacijenata, onih s depresijom i PTSP-om, te zdravih kontrola. Pokazano je da razina kortizola raste s dobi u skupini pacijenata s depresijom, dok takav učinak nije utvrđen u skupini s PTPR-om i zdravih kontrola (86). Jedna još ranija studija pronašla je kako pacijenti s komorbiditetnim PTSP-om i depresijom imaju kraće trajanje spavanja i manje izraženu facijalnu elektromiografsku aktivnost, značajno drugačije u odnosu na pacijente s PTSP-om koji ne boluju od depresije (87). U svakom slučaju, postoji jasna potreba za daljnjim utvrđivanjem specifičnosti ovog složenog sindroma u veteranskoj populaciji, uključujući jedinstvene psihološke karakteristike traumatiziranih pojedinaca posebno sklonih k razvoju PTPR-a. Među svim psihološkim karakteristikama, osobine ličnosti (temperament i karakter), kao relativno stabilni obrasci razmišljanja i ponašanja, mogle bi dijelom pomoći u objašnjavanju etiologije PTPR-a, ali zasada nedostaju takva istraživanja na ovoj populaciji (75).

1.3. Suicidalni rizik u ratnih veterana s PTSP-om

1.3.1. Zastupljenost suicidalnosti

Uz mogućnost razvoja raznih drugih psihičkih smetnji i mentalnih bolesti, poput već spomenutog komorbiditetnog depresivnog poremećaja, odnosno *posttraumatskog poremećaja raspoloženja*, vojnici i ratni veterani koji boluju od PTSP-a imaju, prema nekim istraživanjima, čak četiri puta veći rizik da doživljavaju suicidalne misli u usporedbi s klinički zdravim ratnim veteranima (88). Primjerice, u studiji provedenoj na 1340 američkih ratnih veterana koji su sudjelovali u borbenim akcijama u Iraku, a u vrijeme istraživanja su se liječili zbog psihičkih smetnji uključujući PTSP, njih čak 34% izvijestilo je o prisutnosti suicidalnih ideacija (89). U sličnom istraživanju na 393 američka ratna veterana, stupanj cjeloživotnih i/ili trenutnih suicidalnih ideacija prethodno detektiranih među vojnim osobljem s PTSP-om kreće se između 33% i 46% (88). Na uzorku 215 ratnih veterana koji su sudjelovali u borbama na području Kosova, njih 32% je patilo od suicidalnih promišljanja (90), dok su veterani sa subkliničkim PTSP-om koji su sudjelovali u borbama u Afganistanu i Iraku, imali 3 puta veći rizik od suicidalnih misli u odnosu na one bez PTSP-a (91). Slično tome, procjena jednog istraživanja bila je kako otprilike 1 od 5 američkih ratnih veterana koji se liječe zbog PTSP-a ima suicidalne misli (20). Ovi podaci posebice su zabrinjavajući s obzirom na prethodne spoznaje dobivene među različitim psihijatrijskim i općim populacijama, kako su suicidalne ideacije/promišljanja općenito najsnažniji prediktor budućih suicidalnih pokušaja i počinjenih suicida (92 - 95), a po prvi put od američkog rata u Vijetnamu stopa počinjenih suicida veća je u vojnoj u odnosu na civilnu populaciju (96, 97). Pokazano je, recimo, da umirovljeni vojnici s borbenim iskustvima imaju 68% veću šansu da će pokušati suicid u odnosu na veterane bez borbenih iskustava, a noviji sustavni pregled literature potvrdio je značajnu povezanost dijagnoze PTSP-a i suicidalnih pokušaja u aktivnom vojnom osoblju i veteranima (98).

1.3.2. Rizični čimbenici i korelati suicidalnosti

Pompili i suradnici (99) proveli su detaljnu i sustavnu analizu 80 empirijskih studija i zaključili kako povijest dijagnoze PTSP-a značajno utječe na općenito povećani morbiditet i mortalitet, uključujući povećani rizik od suicidalnih ideacija, pokušaja i počinjenih suicida u veteranskoj populaciji. Snažnu povezanost PTSP-a sa suicidalnim rizikom dodatno ilustrira činjenica da ovi značajni odnosi ostaju čak i nakon što se statistički kontrolira utjecaj psihijatrijskog komorbiditeta, primjerice depresivnog poremećaja ili alkoholizma (100). U slučaju hrvatskog Domovinskog rata koji je završio 1995. godine, potrebno je imati na umu kako simptomi PTSP-a, ali i povećani rizik od suicida među ratnim veteranima, nažalost ostaje i može se javiti mnogo godina nakon borbenih i ratnih iskustava, odnosno trauma (30, 63). Tako je jedno istraživanje među američkim ratnim veteranima uočilo povećani suicidalni rizik čak 25 godina nakon borbenih iskustava (63), uključujući i veterane koji su prošli psihijatrijsko i psihološko liječenje (101). Nadalje, suvremena znanstvena i stručna literatura opisuje brojne moguće predisponirajuće čimbenike za povećani suicidalni rizik među aktivnim i umirovljenim vojnim osobljem, poput genetskih i/ili neurobioloških vulnerabilnosti, traumatskih iskustava iz djetinjstva, socioekonomskog statusa, pripadnosti manjinskim skupinama, neadekvatnih mehanizama nošenja sa stresom, razine izloženosti borbenim aktivnostima, tjelesnih povreda tijekom rata, socijalne podrške nakon rata, društvene alijenacije, te psihijatrijskih komorbiditetnih stanja (prvenstveno PTSP-a, depresija i ovisnosti o alkoholu i drogama) (22, 89, 90, 99, 102 - 112).

Među biološkim čimbenicima bitnim za povećani suicidalni rizik u ovoj populaciji spominju se abnormalnosti u funkcioniranju osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda (os HHN) (84), uloga neuroaktivnog steroida dehidroepiandrosterona (DHEA) u suicidalnim pokušajima pacijenata s PTSP-om (113), promjene u serotonergičkim parametrima (44, 114), te važnost lipidnog statusa (razine serumskog kolesterola) u ovoj populaciji (115). Posebice konzistentni rizični čimbenici za suicidalne ideacije i pokušaje ispitivani u brojnim studijama su psihijatrijski komorbiditeti. U tu svrhu su neki autori konstruirali posebne hipotetske modele suicidalnog rizika u ratnih veterana, koji se odnose na posebnu sklonost veterana s ranije

opisanim *posttraumatskim poremećajem raspoloženja* ka suicidalnim promišljanjima i radnjama (77). Sukladno tome, više empirijskih ispitivanja ustanovilo je inkrementalni rizik za suicidalna ponašanja kod veterana s komorbiditetnim PTSP-om i depresijom u odnosu na ispitanike koji boluju od samo PTSP-a (110, 116, 117). Postoje i određene inkonzistencije po pitanju rizičnih čimbenika u kontekstu suicidalnosti u ovoj traumatiziranoj populaciji, poput značaja borbenog iskustva za kasniji suicidalni rizik (118, 119) i pripadnosti manjinskoj skupini (110). Prisutne su i zanimljive interakcije rizičnih i protektivnih čimbenika, pri čemu je recimo utvrđeno kako simptomi PTSP-a i depresije dovode do povećanog suicidalnog rizika, ali ponajviše kod ratnih veterana koji su imali nisku socijalnu podršku nakon povratka s ratišta (120), dok je također pokazano da prisutnost PTSP-a može umanjiti pozitivni utjecaj socijalne umreženosti na suicidalni rizik (20, 121).

Uz prethodno navedene čimbenike rizika, jedan od potencijalnih predisponirajućih čimbenika za razvoj i raznoliku simptomatsku ekspresiju PTSP-a, kao i za *posttraumatski poremećaj raspoloženja* i suicidalne tendencije u populaciji vojnog osoblja i ratnih veterana, jest pojedinačna struktura ličnosti/osobnosti (23, 122 - 125). S obzirom da izravno ispitivanje vojnog osoblja i ratnih veterana o suicidalnim promišljanjima i nakanama često ne rezultira ispravnom detekcijom ovog ozbiljnog psihopatološkog fenomena, prvenstveno zbog poznatog straha od socijalne stigmatizacije i osjećaja neadekvatnosti i slabosti u ovoj specifičnoj populaciji (78, 126, 127), potrebni su indirektni pokazatelji psihičkih smetnji i suicidalnog rizika – osobine ličnosti, odnosno dimenzije temperamenta i karaktera.

1.4. Važnost osobina ličnosti

Osobine ličnosti tradicionalno su konceptualizirane kao dimenzije individualnih razlika u tendencijama za pokazivanjem relativno konzistentnih obrazaca misli, osjećaja i ponašanja u različitim razvojnim periodima i socijalnim kontekstima (128). Slična definicija opisuje ličnost kao stabilni skup tendencija i značajki koji određuje sličnosti i razlike u ljudskom ponašanju (kao

i misli i osjećaje), a koje imaju kontinuitet u vremenu i ne mogu se objasniti samo trenutnim socijalnim ili biološkim okolnostima (129). Dimenzije ličnosti određene su individualnom biološkom osnovom, tj. naslijeđem, te okolinskim utjecajima kao i njihovom interakcijom. One se tijekom vremena mogu mijenjati, odnosno modulirati najčešće okolinskim utjecajem, no u odrasloj dobi uglavnom pokazuju značajnu stabilnost (130, 131). Napredak u području psihologije ličnosti omogućio je stavljanje većeg naglaska na složenu interakciju između ličnosti i različitih psihopatoloških konstrukata, uključujući brojne psihijatrijske poremećaje poput PTSP-a i depresivnog poremećaja, kao i suicidalne fenomene. Poznato je da ličnost i psihopatologija mogu biti u međusobnoj povezanosti na tri glavna načina, odnosno smjera: ličnost i psihopatologija mogu modulirati način na koji se obje manifestiraju (patoplastična povezanost); mogu dijeliti zajedničku pozadinsku etiologiju (spektralna povezanost); te mogu imati kauzalnu ulogu u etiologiji ili razvoju jedna druge (132). Ovakav dimenzionalni pristup pretpostavlja da postoje individualne razlike u strukturama ličnosti vezane uz pojedincevu vulnerabilnost ili rezilijentnost na mentalni distres, što se odnosi i na psihijatrijske entitete kao što su PTSP, depresija i suicidalne sklonosti. U kontekstu psihotraume opisuju se tri relevantna koraka: potencijalni deficiti strukture ličnosti i funkcioniranja ličnosti, zatim izloženost stresnim ili traumatskim događajima poput borbenog iskustva, te abnormalne reakcije na te događaje. Kod pojedinaca koji su na ekstremnom dijelu kontinuuma vulnerabilnosti, manja razina stresa i traume potrebna je za razvoj mentalnih poremećaja, dok s druge strane rezilijentni pojedinci moraju biti izloženi većem stresu ili traumi kako bi razvili psihijatrijske poremećaje poput PTSP-a, depresije ili suicidalnosti (22). Općenito, ličnost se povezuje s afektivnim dispozicijama, strukturalnim regijama i neurotransmitskim sustavima u mozgu, te ličnost ima ulogu u etiologiji psihopatoloških entiteta, dok bi tretmanske opcije trebale pomagati pojedincima da koriste svoje psihološke resurse bazirane na osobinama ličnosti kako bi povećali osobnu dobrobit i povratili rezilijenciju (22, 133).

1.4.1. Psihobiološki (Cloningerov) model temperamenta i karaktera

Jedan od široko prihvaćenih modela ličnosti u kliničkoj psihologiji i psihijatriji, koji je ujedno korišten u ovom istraživanju, jest tzv. *Psihobiološki model ličnosti* (134), a prema prvom autoru često se naziva i *Cloningerov model temperamenta i karaktera*. Ovaj model ujedinjuje različite znanstvene perspektive, uključujući psihologiju, neurobiologiju i psihopatologiju (135, 136). U posljednja dva desetljeća ovaj model ličnosti često se koristio u istraživanjima na psihijatrijskim bolesnicima, a posebice je relevantan u kontekstu razumijevanja PTSP-a, depresije i suicidalnih fenomena jer se temelji na uglavnom potvrđenim pretpostavkama prema kojima pojedine osobine ličnosti ujedno odražavaju funkcioniranje specifičnih genetskih predispozicija i različitih neurotransmitterskih sustava i cerebralnih aktivnosti (137, 138). Ovaj model uključuje sedam osnovnih dimenzija ličnosti, točnije 4 dimenzije *temperamenta* (Traženje novog, Izbjegavanje štete, Ovisnost o nagradi i Ustrajnost) i 3 dimenzije *karaktera* (Samousmjerenost, Suradljivost i Samotranscendencija). *Temperament*, shvaćen kao "biološka jezgra" ličnosti, odnosi se na uglavnom urođene aspekte ličnosti, vezane za automatske emocionalne predispozicije poput straha, ljutnje i privrženosti, temeljene na nesvjesnoj prodecuralnoj memoriji i učenju. Dimenzije temperamenta smatraju se neovisno nasljednima, manifestiraju se u ranoj dobi, te su relativno stabilne kroz život. S druge strane, *karakter* je "adaptivno sučelje" ličnosti, odnosno razvojni konstrukt koji se sastoji od osobnih stavova i ideja o životnim vrijednostima i ciljevima, a kao svjesni repertoar ponašanja može modulirati utjecaj dimenzija temperamenta. Karakter se razvija kao nelinearna funkcija ranih crta temperamenta, sociokulturalnih čimbenika, te pojedinačnih jedinstvenih životnih događaja, a sadržan je u propozicionalnoj memoriji i procesima učenja (epizodičko i semantičko učenje, odnosno pamćenje) (134, 137 - 139). Dimenzije karaktera olakšavaju prilagodbu svake osobe na socijalnu okolinu, te su klinički korisni u utvrđivanju vjerojatnosti postojanja patologije ličnosti (137, 140). Slijedi detaljniji opis navedenih dimenzija temperamenta i karaktera:

Dimenzije temperamenta

Traženje novog (eng. Novelty Seeking, NS) je osobina ličnosti koja odražava sklonost k ekscitaciji u odnosu na nagradu ili novost. Najčešća emocija koja se veže uz ovu dimenziju jest ljutnja. Pojedinci s visoko izraženim *traženjem novog* opisuju se kao nagli, impulzivni, radoznali i s manjkom strpljenja, te rado započinju s novim aktivnostima i izrazito izbjegavaju monotone radnje. S druge strane, pojedinci s niskim rezultatima na ovoj dimenziji opisuju se kao sistematični, s manjkom radoznalosti, ne pokazuju entuzijazam te su im emocionalne ekspresije ograničene. Dimenzija *traženje novog* smatra se povezanom s aktivnošću dopamina.

Izbjegavanje štete (eng. Harm Avoidance, HA) je dimenzija koja odražava tendenciju k procjenjivanju različitih situacija kao potencijalno štetnih i opasnih. Osnovna emocija kod ove dimenzije temperamenta je strah. Pojedinci s visoko izraženim *izbjegavanjem štete* su skloni strahu, nervozni i napeti, često sumnjaju u sebe i brinu, te su skloni pasivnom ponašanju i pesimističnom sagledavanju budućnosti u okolnostima koje većinu drugih ne brinu u toj mjeri. S druge strane, osobe sa slabo izraženim *izbjegavanjem štete* su optimistične, nisu sklone brizi i ponašaju se samouvjereno u raznim socijalnim situacijama. *Izbjegavanje štete* teorijski se najviše povezuje s aktivnošću serotoninskog sustava.

Ovisnost o nagradi (eng. Reward Dependence, RD) je nasljedna tendencija vezana za sklonost osobe prema socijalnim aktivnostima. Osnovna emocija koja se spominje u kontekstu ove dimenzije jest ljubav. Takve osobe kod kojih je izražena *ovisnost o nagradi* opisuju se kao tople, emotivne, sklone uspostavljanju odnosa s drugim ljudima, te se u životu često navode sentimentalnim potrebama. Suprotno, pojedinci kod kojih je ova dimenzija slabo izražena, često su distancirani, hladni i interpersonalno neosjetljivi. Oni u životu donose odluke koje su prvenstveno pragmatičnog karaktera i nemaju potrebu zadovoljiti ljude oko sebe. *Ovisnost o nagradi* smatra se povezanom s djelovanjem prvenstveno dopamina.

Ustrajnost (eng. Persistence, PS) je dimenzija temperamenta koja se definira kao sklonost k održavanju ponašanja unatoč preprekama i frustraciji. Osobe s visoko izraženom ovom osobinom su vrijedne i radišne, te ne posustaju s obavljanjem poslova unatoč umoru, gubitku energije i frustraciji. Ne odustaju lako, a frustraciju ili umor mogu doživjeti kao izazov. Suprotno, pojedinci sa slabo izraženom *ustrajnošću* smatraju se nepouzdanima, pasivnima,

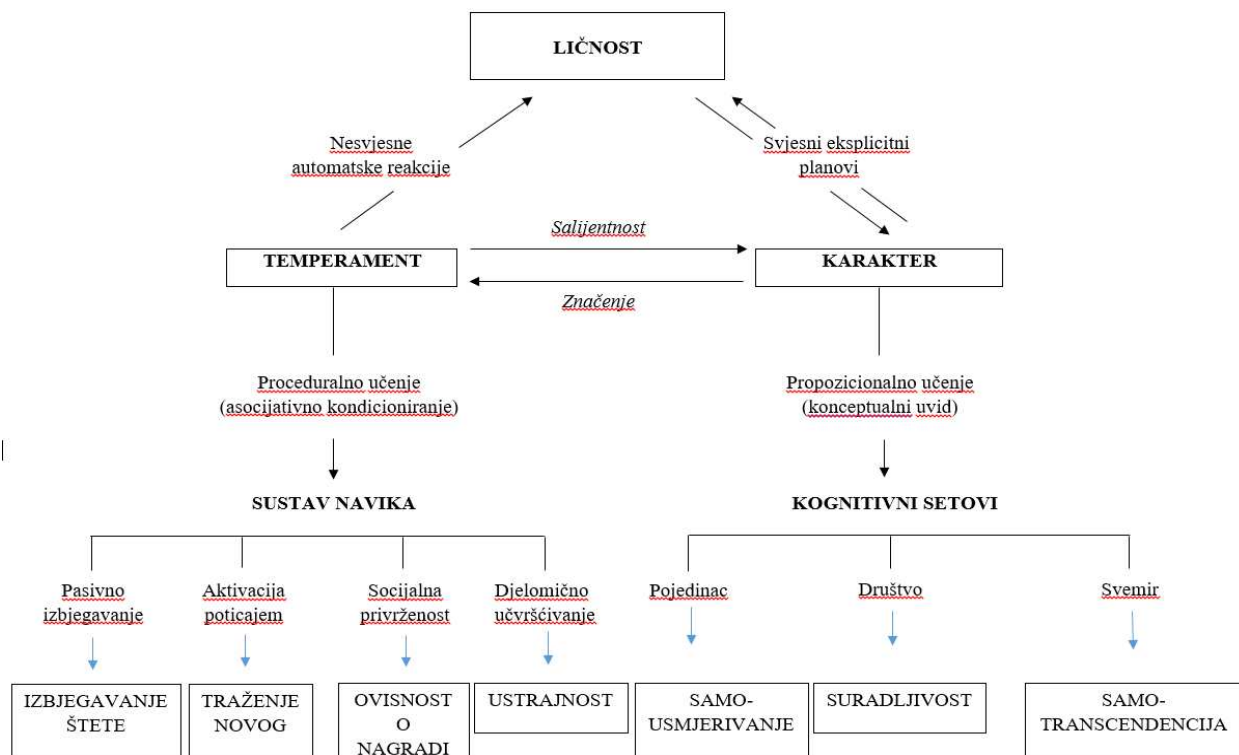
promjenjivima i sklonim odustajanju od aktivnosti ukoliko naiđu na frustraciju ili kritiku, te se zadovoljavaju sa skromnom količinom uspjeha.

Dimenzije karaktera

Samousmjerenost (eng. Self-Directedness, SD) se odnosi na individualne razlike u sposobnostima i vještinama pojedinca da vlastito ponašanje uskladi s osobnim ciljevima i individualnim sustavom vrijednosti. Osobe s visoko izraženom *samousmjerenosti* su odlučne, sigurne u sebe i samopouzdana, te same sebe percipiraju kao autonomne jedinice i nisu sklone biti submisivne u odnosu na autoritete. Suprotno, osobe u kojih je ova dimenzija nisko izražena su nezrele, krhke, pokazuju manjak odgovornosti i pozdanoosti prema drugima. Otežana im je integracija u društvo ako nemaju vodstvo autoriteta.

Suradljivost (eng. Cooperativeness, CO) se odnosi na individualne razlike u sklonosti k prihvaćanju drugih ljudi. Visoko *suradljivi* pojedinci smatraju se empatičnima, humanima i tolerantnima, te imaju visoku potrebu za pripadanjem društvenim grupama. S druge strane, osobe s nisko izraženom *suradljivosti* u pravilu su same sebi dovoljne, nisu tolerantne prema drugima, a mogu biti i osvetoljubljive.

Samotranscendencija (eng. Self-Transcendence, ST) se odnosi na međusobne razlike prema transcendentalnom, odnosno tendenciji k prihvaćanju onog što nadilazi iskustvenu spoznaju. Pojedinci s visoko izraženom *samotranscendencijom* u pravilu su vrlo kreativni, skloni duhovnim temama, lakše prihvaćaju životne neizvjesnosti i ne odbijaju sudjelovati u aktivnostima koje nemaju siguran ishod. Sklone su doživljavanju sebe kao dijela šire cjeline, odnosno univerzuma, te u tom smislu lakše prihvaćaju bol, patnju i neminovnost smrti. Suprotno, osobe s nisko izraženom *samotranscendencijom* su slabo kreativne, bez imaginacije, nestrpljive, te traže konkretne materijalne dokaze i slabo podnose neizvjesnost, nesigurnost i neplanirana iznenađenja (134, 136). Detaljni prikaz tzv. Psihobiološkog modela ličnosti nalazi se na Slici 1.



Slika 1. Shematski prikaz ličnosti iz perspektive tzv. Psihobiološkog modela temperamenta i karaktera (preuzeto uz dopuštenje autora iz Cloninger i Cloninger (141))

1.4.2. Impulzivnost kao osobina ličnosti

Općenito, *impulzivnost* kao multifaktorijalna dimenzija ličnosti definira se kao tendencija ponašanja bez prethodnog promišljanja, planiranja i uzimanja u obzir potencijalnih posljedica ponašanja (142). Impulzivnost je nemogućnost opiranja stimulusu ili ponašanju bez mogućnosti da se sebi prikažu činjenice vezane uz taj čin ili da se uzmu u obzir posljedice takva ponašanja (129). Konstrukt impulzivnosti u znanstvenoj literaturi obično se sastoji od dva aspekta: reagiranje bez dovoljne količine prethodne analize situacije i preferiranje kratkoročnih u odnosu na dugoročne ciljeve. Jedna od najpoznatijih konceptualizacija impulzivnosti u domeni psihologije ličnosti jest ona od Barratta-a, koji naglašava tri dimenzije impulzivnosti: motorička

(radnja bez promišljanja), kognitivna (brzo donošenje odluka) i ne-planirajuća (smanjenje usmjerenosti prema budućnosti) dimenzija (143). Najsveobuhvatniju konceptualizaciju impulzivnosti ponudili su Moeller i suradnici (144) iz tzv. biopsihosocijalne perspektive, kako bi integrirali njezine različite socio-kognitivne i karakterološke aspekte. Ovi autori smatraju kako definicija impulzivnosti mora uključivati sljedeće karakteristike: smanjenu osjetljivost na negativne posljedice ponašanja, ishitrene i neplanirane reakcije na podražaj bez detaljnijeg procesiranja informacije, te manjak brige za dugoročne posljedice ponašanja (144). U smislu genetske i neurobiološke osnove impulzivnosti kao dimenzije ličnosti, ranija istraživanja utvrdila su značajnu heritabilnost (145), povećanu zastupljenost u srodnika bolesnika ovisnih o stimulansima u odnosu na kontrolnu skupinu (146), te relativno konzistentnu povezanost sa serotoninским, a dijelom i dopaminskim i noradrenalinskim, biomarkerima i genima koji kontroliraju proteine povezane s tim sustavima (147, 148). Tako se u literaturi najčešće spominju povezanosti impulzivnosti s različitim varijantama gena u podlozi serotoninškog transportera (5-HTT), dopamin beta-hidroksilaze (DBH) i monoaminooksidaze tipa (MAO-B), kao i povezanost s razinama perifernih biokemijskih markera poput koncentracije trombocitnog serotonina (5-HT) i aktivnosti trombocitne MAO-B (148). Općenito, impulzivnost se spominje kao dijagnostički kriterij u više psihijatrijskih poremećaja (149), a mnoga empirijska istraživanja povezuju ovaj psihološki konstrukt s nastankom i ekspresijom PTSP-a (23), depresivnih i anksioznih poremećaja (150), te s povećanim rizikom od suicidalnih promišljanja i nakana (93, 129, 151).

1.5. Osobine ličnosti i posttraumatski poremećaj raspoloženja (PTPR)

Dosadašnji pregledi literature koji su pokušali djelomično objasniti specifičnu etiologiju razvoja PTPR-a u populacijama zahvaćenima traumom, između ostalog navodili su neke osobne rizične čimbenike koji su otprije poznati u kontekstu PTSP-a i depresije, ali velika većina tih studija nije izravno ispitala razvoj ovog psihijatrijskog komorbiditeta (75). Primjerice, spominje se kognitivna sklonost k pretjerano generaliziranom autobiografskom pamćenju, za koju se zna da utječe na nastanak i perzistiranje PTSP-a i depresije (152), pa u tom smislu može

potencijalno biti u podlozi ranjivosti za razvoj PTPR-a. Slično tome, kognitivne vulnerabilnosti poput ruminativnih misaonih obrazaca također prospektivno utječu na razvoj oba ova poremećaja (153), te na isti način predstavljaju potencijalni rizični čimbenik, odnosno marker ovog složenog komorbiditeta. Nadalje, pokušaji konceptualizacije osobina ličnosti kao rizičnih čimbenika za nastanak i perzistiranje PTPR-a temeljeni su uglavnom na studijama koje su ispitivale latentnu strukturu PTSP-a i pratećih komorbiditeta, ali nisu izravno uspoređivale pacijente s PTSP-om i one s komorbiditetnim PTSP-om i depresijom (71). Ova istraživanja pokazala su kako su traumatizirane osobe s naglašenim dimenzijama visoke *negativne emocionalnosti (neuroticizma)* i niske *pozitivne emocionalnosti (ekstraverzije)* sklone, uz PTSP, razvijati internalizirane simptome poput anksioznosti i depresivnosti (23). Zasad je samo jedna prospektivna studija izravno ispitivala ovaj komorbiditet (154). Veliko 4-godišnje longitudinalno istraživanje 2402 odraslih ispitanika, iako nije provedeno na uzorku ratnih veterana, pronašlo je specifičnu kombinaciju dimenzija ličnosti izmjerenih u početnoj točki, visoki *neuroticizam* (dimenzija slična *izbjegavanju štete* iz Cloningerovog modela ličnosti) i nisku *ekstraverziju* iz perspektive 5-faktorskog modela ličnosti, kao prediktore razvoja komorbiditetnog PTSP-a i depresije, dok te osobine ličnosti nisu bile prediktivne za zasebni razvoj svakog od ova dva pojedina psihijatrijska poremećaja (154). U ovom istraživanju osobe s impulzivnim crtama ličnosti koje su razvile PTSP nisu bile posebno sklone k razvoju depresivnog poremećaja, već su češće izvještavale o smetnjama u vidu ovisnosti o alkoholu i drogama te agresivnom ponašanju (154). Dodatno, iskustvo seksualnog i fizičkog zlostavljanja u djetinjstvu također je bilo prediktivno za razvoj komorbiditetnog PTSP-a i depresije, dok je emocionalno zanemarivanje bilo prediktivno samo za kasniji razvoj depresivnog poremećaja, ali ne i PTSP-a (154). Također, jedna studija na američkim vojnicima po povratku iz Iraka utvrdila je prediktivnu ulogu *neuroticizma* u prospektivnom razvoju PTSP-a i depresije, ali ovi autori nisu ispitivali nastanak komorbiditeta ovih dvaju psihijatrijskih poremećaja (25). Iako ovakvi preliminarni nalazi upućuju na neke individualne vulnerabilne karakteristike za razvoj PTPR-a, dodatna istraživanja su potrebna za potencijalno identificiranje psihobioloških markera ovog složenog psihijatrijskog stanja, poput pojedinih osobina ličnosti (npr. dimenzije temperamenta i karaktera), a posebice u populaciji vojnog osoblja i ratnih veterana koja je pod dodatnim rizikom od razvoja ovog kompleksnog sindroma. U svakom slučaju, brojni autori ističu važnost ispitivanja postojanja komorbiditetnih psihijatrijskih poremećaja u ratnih veterana s PTSP-om, posebice depresivnog

poremećaja, s obzirom da potencijalno jedinstvena priroda ovog komorbiditeta može zahtijevati specifične tretmanske opcije (71, 72, 76, 77). Osim toga, empirijski i teorijski radovi upućuju na činjenicu da vojnici i ratni veterani koji s vremenom razviju PTPR imaju dodatno povećani rizik od autoagresivnih tendencija, odnosno suicidalnih ideacija, ali i pokušaja suicida (77).

1.6. Osobine ličnosti i suicidalni rizik u ratnih veterana s PTSP-om

U domeni suicidologije, Cloningerov model temperamenta i karaktera (134), kao i impulzivnost shvaćena kao dimenzija ličnosti, posebno su relevantni zbog svoje genetske i neurobiološke podloge koja je također implicirana u suicidalnim fenomenima. Znanstveni napori usmjereni su k otkrivanju tzv. endofenotipova suicidalnog rizika, koji bi potencijalno služili kao posrednici u objašnjavanju složene veze između genetske vulnerabilnosti i ishoda suicidalnog rizika, odnosno suicidalnog ponašanja (151, 155). Osobine ličnosti, uključujući neke dimenzije temperamenta i karaktera te impulzivnost, uglavnom zadovoljavaju kriterije kao potencijalni endofenotipovi suicidalnosti: kvantitativno su mjerljivi pomoću psihometrijskih skala ili laboratorijskih metoda, imaju značajnu stopu heritabilnosti, povezani su sa suicidalnim tendencijama, neovisni su o trenutnom psihičkom stanju, tj. relativno su stabilni kroz vrijeme, pojavljuju se zajedno sa suicidalnošću unutar obitelji, te su izraženiji kod srodnika koji ne pokazuju sklonost ka suicidu (151, 156). S obzirom da se neke od navedenih osobina ličnosti i njihove kombinacije, kao i suicidalnost u širem smislu, povezuju s određenim genskim varijantama i središnjim i perifernim biomarkerima uključenim u funkcioniranje prvenstveno serotoninskog, ali i dopaminskog i noradrenalinskog neurotransmiterskog sustava (140, 148, 151, 157), jasno je zašto je od važnosti istraživati ulogu ličnosti u složenim psihopatološkim fenomenima poput suicidalnosti. Iako, upravo radi složene prirode i manifestacije suicidalnosti, ne može se očekivati da će sve suicidalne radnje biti posljedica impulzivnih tendencija (129).

Brojna istraživanja demonstrirala su ulogu dimenzija ličnosti, posebice *izbjegavanja štete* i *neuroticizma*, *ekstraverzije* i *impulzivnosti*, u suicidalnim ideacijama i ponašanjima kod

pripadnika različitih kliničkih i nekliničkih populacija (122, 151, 158). Prethodna istraživanja pokazala su povezanost ovih dimenzija ličnosti sa suicidalnim rizikom prvenstveno u pacijenata koji su bolovali od unipolarne i bipolarne depresije (159 - 162), ali i od shizofrenije (163) i ovisnosti o drogama (164). Nažalost, manji broj tih studija proveden je na ratnim veteranima koji boluju od PTSP-a i drugih psihijatrijskih poremećaja, a posebno nedostaju studije koje su koristili mjerne instrumente iz Cloningerovog psihobiološkog modela ličnosti. Primjerice, Soltaninejad i suradnici (165) ispitivali su specifične dimenzije ličnosti iz perspektive 5-faktorskog modela ličnosti, među aktivnim iranskim vojnim osobljem, pokazavši kako *neuroticizam* povećava suicidalni rizik, dok ga *ekstraverzija* i *savjesnost* smanjuju. Slično tome, Na i suradnici (166) uputili su na povezanost između dimenzije karaktera *suradljivost* i suicidalnih pokušaja na uzorku neliječenih korejskih vojnika, s tim da ispitanici iz obje navedene studije nisu bili testirani za eventualnu prisutnost simptoma PTSP-a. Jedna preliminarna domaća studija s hrvatskim ratnim veteranima oboljelima od PTSP-a pokazala je povezanost dimenzije *izbjegavanje štete*, te u manjoj mjeri dimenzije *samousmjerenosti*, sa suicidalnim rizikom u ovih pacijenata (167). No, nedostatak ove studije bio je relativno mali klinički uzorak, nije kontroliran utjecaj komorbiditetnog depresivnog poremećaja, te nisu korišteni psihijatrijski dijagnostički intervjui. Na temelju opisanog, može se zaključiti kako su potrebna dodatna istraživanja na aktivnim vojnicima i ratnim veteranima s PTSP-om, koja bi ispitala specifične dimenzije ličnosti, s obzirom na njihovu ulogu potencijalnih stabilnih markera – endofenotipova - suicidalnih ideacija i ponašanja (151), a s ciljem rane identifikacije povećanog suicidalnog rizika u ovoj traumatiziranoj i vulnerabilnoj populaciji. Također, s obzirom da tzv. Interpersonalna teorija suicida (168) nudi sveobuhvatni heuristički model suicidalnih promišljanja i pokušaja, naglašavajući ulogu subjektivnih i objektivnih socijalnih čimbenika, od posebnog interesa bilo bi utvrditi potencijalnu povezanost osobina ličnosti koje uključuju interpersonalne sklonosti (npr. dimenzija karaktera *suradljivost*) sa suicidalnim rizikom. Meta-analitički pregled literature većim dijelom je potvrdio postavke ove teorije u raznim populacijama (169), dok su neke prethodne empirijske studije bile suglasne s pojedinim aspektima Interpersonalne teorije suicida u populaciji ratnih veterana s PTSP-om (170, 171), iako su neki od dobivenih nalaza nekonzistentni (118, 172). Naposljetku, osim navedenih dimenzija ličnosti, individualna razina religioznosti također je česti predmet istraživanja u domeni suicidalnog rizika, uključujući i njezinu ulogu kod vojnog osoblja i ratnih veterana (21, 22, 173). Studije provedene u općim

populacijama često izvještavaju o protektivnom učinku religioznosti na suicidalna ponašanja (174, 175), a neke to isto izvještavaju u kontekstu suicidalnog rizika u veteranskim populacijama (176, 177). Međutim, više autora izvijestilo je o manjku povezanosti između religioznosti i suicidalnih tendencija u aktivnih vojnika i ratnih veterana (21, 173). Primjerice, studija provedena na reprezentativnom nacionalnom uzorku kanadskog vojnog osoblja pokazala je ulogu religioznosti u depresivnom poremećaju, ali ista nije bila značajno povezana sa suicidalnim rizikom (21); slični rezultati dobiveni su u jednom manjem istraživanju među hrvatskim ratnim veteranima (38). S obzirom na složene i kontradiktorne nalaze o utjecaju religioznosti i srodnih konstrukata (npr. spiritualnosti) na opisane kliničke fenomene u populaciji ratnih veterana (178), potrebno je dodatno ispitivati moguću ulogu religioznosti u suicidalnim fenomenima.

1.7. Subjektivna kvaliteta života u ratnih veterana s PTSP-om

Zadnjih godina, osim psihičkih smetnji i specifičnih psihopatoloških aberacija (npr. suicidalne tendencije) u različitim psihijatrijskim populacijama, poseban naglasak stavljen je na istraživanje konstrukta tzv. *subjektivne kvalitete života* ili *zadovoljstva životom* (eng. subjective quality of life / life satisfaction) (179). Subjektivna kvaliteta života bliska je definiciji zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije (180) kao stanje potpuno fizičke, mentalne i socijalne dobrobiti, a ne samo odsustvo simptoma ili bolesti. Može se objasniti kao kognitivni proces u kojem ljudi uspoređuju svoju percepciju trenutne životne situacije s vlastitim očekivanjima i aspiracijama. Subjektivna kvaliteta života odnosi se na zadovoljstvo životom kao subjektivna procjena ukupne životne dobrobiti pojedinca, a odraz je pojedinčevih eksplicitnih procjena o vlastitom životu i životnim okolnostima (181). Brojna istraživanja ispitivala su značaj subjektivne kvalitete života u kontekstu tjelesnog zdravlja: prospektivne studije utvrdile su općenito pozitivan učinak zadovoljstva životom na prognoze bolesti i stupnjeve preživljavanja u zdravim i kliničkim populacijama (182). Štoviše, subjektivno zdravlje, koje je visoko povezano sa zadovoljstvom životom, ponekad je bolji prediktor mortaliteta od objektivnih mjera

zdravstvenog stanja (183). Ratni veterani koji boluju od PTSP-a, uz čestu opterećenost drugim psihijatrijskim poremećajima (22, 49), su pod posebno povećanim rizikom od razvoja različitih somatskih bolesti u odnosu na opću populaciju, poput kardiovaskularnih, metaboličkih i mukuloskeletalnih poremećaja (36, 48, 184, 185). S obzirom na prethodno navedene prospektivne povezanosti između subjektivne kvalitete života i stupnja tjelesnih morbiditeta, očita je potreba za istraživanjem zadovoljstva životom i facilitacije istog u populaciji ratnih veterana.

Više empirijskih ispitivanja dokumentiralo je sniženu subjektivnu kvalitetu života, odnosno razinu zadovoljstva životom, među ratom pogođenim pojedincima, uključujući i osobe koje su emigrirale u druge države (186 - 189), s tim da je samo nekoliko studija koristilo mjeru zadovoljstva životom u populaciji ratnih veterana (190, 24, 30). Primjerice, u jednom istraživanju australskih ratnih veterana pronađene su značajno snižene razine zadovoljstva životom čak 50 godina nakon povratka iz tzv. Korejskog rata (190). U jednom domaćem istraživanju autori su pronašli nezadovoljavajuću subjektivnu kvalitetu života u hrvatskih ratnih veterana oko 15 godina nakon završetka Domovinskog rata (30). Općenito, u prethodno navedenim studijama, razina zadovoljstva životom bila je povezana sa stupnjem borbenog stresa, intenzitetom psihijatrijskih simptoma (uključujući simptome PTSP-a) te poslijeratnim socioekonomskim statusom i socijalnom podrškom (24, 30, 186 - 189). No, ove studije nisu ispitivale ulogu stabilnih psiholoških dispozicija poput osobina ličnosti u kontekstu subjektivne kvalitete života u ovoj specifičnoj populaciji.

1.7.1. Subjektivna kvaliteta života i osobine ličnosti u ratnih veterana s PTSP-om

Neka su istraživanja pokazala kako je utjecaj socioekonomskih čimbenika manje važan od osobina ličnosti u kontekstu subjektivne dobrobiti iz razloga što je zadovoljstvo životom svjesna kognitivna procjena vlastitog života pri čemu kriteriji za tu procjenu ovise o samoj osobi (191, 192). Dosadašnji empirijski pokušaji uglavnom su provedeni na nekliničkim populacijama (opća

i studentska populacija), a malobrojna klinička istraživanja nisu se zasad fokusirala na populaciju ratnih veterana oboljelih od PTSP-a. Bitno je navesti kako i zadovoljstvo životom i osobine ličnosti pokazuju određenu razinu genetske uvjetovanosti (193). Iz perspektive Cloningerovog modela ličnosti, zaključak dosad provedenih studija na ostalim populacijama jest kako ličnost može značajno predvidjeti zadovoljstvo životom, pri čemu su 3 dimenzije karaktera snažnije i konzistentnije povezane sa subjektivnom dobrobiti u odnosu na 4 dimenzije temperamenta (179, 192, 194). Čini se kako zrele karakterne osobine promiču subjektivno, ali i objektivno zdravlje, a to prvenstveno uključuje razvoj individualnih snaga u vidu osobne autonomije, samoprihvatanja i životnih ciljeva (dimenzija karaktera *samousmjerenost*) te pozitivnih odnosa s drugim ljudima (dimenzija karaktera *suradljivost*). Osim toga, spiritualne tendencije i doživljaj sebe kao dijela univerzuma (dimenzija karaktera *samotranscendencija*) nisu se pokazali relevantnim u svim istraživanjima i postoje naznake da uloga ove karakterne dimenzije ovisi o stupnju religioznosti istraživane populacije (179). Iako su u nekim studijama dobivene pozitivne povezanosti (195), niti stupanj religioznosti nije konzistentno povezan sa zadovoljstvom životom u traumatiziranim populacijama (196), što zahtjeva daljnje ispitivanje uloge religioznosti u zadovoljstvu životom. Među dimenzijama temperamenta, niska razina *izbjegavanje štete* pokazala se najznačajnijom u objašnjavanju subjektivne kvalitete života, pogotovo u kombinaciji s visoko izraženom karakternom dimenzijom *samousmjerenosti* (179). Slično tome, dvije studije provedene na civilima koji su preživjeli teroristički napad u Oklahomi pronašle su značajnu povezanost visokog *izbjegavanja štete* te niskih *samousmjerenosti* i *suradljivosti* sa razvojem simptoma PTSP-a (197, 198). S obzirom na podatke o narušenoj subjektivnoj kvaliteti života među veteranima u odnosu na opću populaciju čak desetljećima nakon rata (190), smatra se da je vrlo bitno po prvi put ispitati povezanosti osobina ličnosti sa subjektivnom dobrobiti u ovoj traumatiziranoj psihijatrijskoj populaciji. Budući da u kliničkoj praksi nije moguće mijenjati socioekonomske životne uvjete ratnih veterana, za kliničare je od iznimne važnosti poznavati dimenzije ličnosti i eventualne religiozne sklonosti u svrhu poticanja prvenstveno zrelog i integriranog karaktera i veće rezilijencije nakon pretrpljenih traumatskih iskustava (22), s konačnim ciljem unaprijeđenja subjektivnih i objektivnih aspekata kvalitete života hrvatskih ratnih veterana.

2. CILJEVI I HIPOTEZE

2.1. Ciljevi istraživanja

Glavni cilj ovog istraživanja bio je ispitati ulogu osobina ličnosti ratnih veterana s PTSP-om u kontekstu razvoja depresivnog poremećaja, povećanog suicidalnog rizika i narušene subjektivne kvalitete života.

Specifični ciljevi istraživanja:

1. Razlikuju li se prema dimenzijama temperamenta i karaktera te impulzivnosti ratni veterani s PTSP-om u odnosu na one koji uz PTSP boluju i od depresivnog poremećaja
2. Razlikuju li se prema dimenzijama temperamenta i karaktera te impulzivnosti ratni veterani s PTSP-om koji su pokušali počinuti suicid od onih koji nemaju povijest suicidalnih pokušaja
3. Jesu li dimenzije temperamenta i karaktera te impulzivnost povezani s aktualnim suicidalnim ideacijama u ratnih veterana s PTSP-om
4. Jesu li dimenzije temperamenta i karaktera te impulzivnost povezani sa subjektivnom kvalitetom života u ratnih veterana s PTSP-om

Dodatni cilj istraživanja bio je istražiti povezanost stupnja religioznosti u ratnih veterana s PTSP-om u kontekstu razvoja depresivnog poremećaja, povećanog suicidalnog rizika i narušene subjektivne kvalitete života. Taj je dodatni cilj trebao odgovoriti na pitanje je li stupanj religioznosti povezan s prisutnošću depresivnog poremećaja, suicidalnim ideacijama i pokušajima te subjektivnom kvalitetom života u ratnih veterana s PTSP-om.

2.2. Hipoteze istraživanja

Hipoteze istraživanja koje se odnose na glavne ciljeve:

1. Ratni veterani koji boluju od PTSP-a i depresivnog poremećaja imati će izraženije *izbjegavanje štete* i *impulzivnost*, a manje izraženu *samousmjerenost* u odnosu na pacijente s PTSP-om.
2. Ratni veterani s izraženijim *izbjegavanjem štete*, višom *impulzivnosti*, a nižom *suradljivosti*, imati će viši stupanj suicidalnih ideacija i povijest suicidalnih pokušaja, neovisno o utjecaju komorbiditetne depresije.
3. Ratni veterani s manje izraženom *samousmjerenosti* i *suradljivosti*, a izraženijim *izbjegavanjem štete* imati će nižu razinu subjektivne kvalitete života, neovisno o utjecaju komorbiditetne depresije.

Hipoteze koje se odnose na sekundarne ciljeve istraživanja:

1. Ratni veterani s PTSP-om s višim stupnjem religioznosti imati će manju prisutnost depresivnog poremećaja, niži suicidalni rizik i višu subjektivnu kvalitetu života.

3. METODE

3.1. Ispitanici

Za potrebe ovog istraživanja uključeno je 178 odraslih muškaraca, liječenih ambulantno na Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Zagreb (KBC Zagreb). Svi ispitanici bili su ratni veterani koji su sudjelovali u Domovinskom ratu (1991 - 1995) u Republici Hrvatskoj, a liječeni su od PTSP-a uzrokovanog borbenim iskustvom. Studija je uključila prigodan i konsekutivni uzorak bolesnika koji su se tijekom 2014. i 2015. godine liječili na Klinici za psihijatriju. Veći dio tih pacijenata liječen je pri Nacionalnom centru za psihotraumu kao sastavne jedinice Klinike za psihijatriju KBC Zagreb. Dijagnoza navedenog poremećaja postavljena je na temelju kriterija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema – deseta revizija (MKB-10) (180) za PTSP (F 43.1), korištenjem strukturiranog kliničkog intervjua, tzv. Kratkog međunarodnog neuropsihijatrijskog intervjua (M.I.N.I.), Ver. 5.0 (199) od strane nadležnog psihijatra ili kliničkog psihologa. Komorbiditetne psihijatrijske dijagnoze postavljene su također korištenjem M.I.N.I., Ver. 5.0, pri čemu je 57 (32%) pacijenata zadovoljilo dijagnostičke kriterije za trenutni depresivni poremećaj ili je imalo povijest depresivnog poremećaja nakon rata ustanovljen na temelju medicinske dokumentacije i detaljnog kliničkog intervjua. Čimbenici isključivanja odnosili su se na dijagnozu neurološkog ili organskog mentalnog poremećaja, ovisnost o alkoholu i/ili psihoaktivnim tvarima, akutni psihotični poremećaj, shizofreniju, nedovoljno razvijenu pismenost, i teži razvojni poremećaj. Također, isključeni su pacijenti s povijesti psihijatrijskog liječenja prije sudjelovanja u hrvatskom Domovinskom ratu. Dvadeset i jedan (21) pacijent odbio je sudjelovati u istraživanju, ali između njih i prikupljenog kliničkog uzorka nisu pronađene značajne razlike po pitanju dobi i stupnja obrazovanja.

Što se tiče veličine uzorka, unaprijed je provedena tzv. a priori analiza pomoću besplatno dostupnog kompjuterskog programa G.Power (verzija 3.0.10.) Uzimajući u obzir potrebe t-testa za nezavisne uzorke, provedena analiza pokazala je kako je u ovom istraživanju dovoljno imati

176 pacijenata (veličina učinka $d=0.50$, razina statističke značajnosti $\alpha=0.05$). Na temelju raspoložive veličine uzorka ($N=178$) i pretpostavljene veličine učinka uz a priori postavljenu razinu statističke značajnosti $\alpha=0.05$, proračunata je snaga istraživanja s obzirom na različite korištene statističke analize. Za proračun statističke snage također je korišten besplatno dostupni kompjuterski program G.Power (verzija 3.0.10.). Za t-test (dvosmjerno testiranje) za nezavisne uzorke, uz pretpostavljenu veličinu učinka od $d=0.50$ (umjerena veličina učinka) veličina uzorka od $n=121$ (PTSP skupina) i $n=57$ (PTSP+depresija skupina) daje snagu istraživanja 0.89 (89%). Za bivarijatne korelacijske analize, snaga istraživanja za statistički značajne korelacije od 0.30 (umjerena veličina učinka) iznosi 0.98 (98%). Za multivarijatnu regresijsku analizu s najvećim brojem prediktora (8 varijabli u modelu) i pretpostavljenu veličinu učinka 0.15 (umjerena veličina učinka), snaga istraživanja iznosi 0.97 (97%).

3.2. Protokol

Ispitanicima s PTSP-om koji su zadovoljavali osnovni uključni kriterij pristupilo se prilikom dolaska na psihijatrijski pregled ili psihologijsko testiranje na Kliniku za psihijatriju KBC Zagreb, te ih je psihijatar ili psiholog zamolio za sudjelovanje u istraživanju. Objašnjena im je svrha i način istraživanja, a svoj pristanak za sudjelovanje dali su potpisivanjem informiranog pristanka. Upoznati su sa svojim pravom da odbiju sudjelovanje ili da tijekom istraživanja iz bilo kojeg razloga od istog odustanu, te da takva odluka neće imati nikakve negativne posljedice po njih. Također su obaviješteni da će svi podaci biti strogo povjerljivi, odnosno poznati samo istraživaču, te da će se koristiti isključivo za pisanje znanstvenih radova bez iznošenja podataka na osobnoj razini. Bateriju samoprocjenskih upitnika ispunili su za vrijeme čekanja, tijekom ili nakon obavljenog pregleda ili psihologijske obrade, a moguće je bilo koristiti prostoriju koja je osiguravala neometeno ispunjavanje predviđenog instrumentarija. Dio pacijenata, zbog osobnih praktičnih razloga (npr. vremensko ograničenje, pretjerani zamor, i slično), ispunio je bateriju upitnika kod kuće, nakon čega su to naknadno dostavili istraživaču. Prije početka samog istraživanja, dobivena je potvrda Etičkog povjerenstva nadležne ustanove (Klinički bolnički

centar Zagreb), kojom se potvrđuje zadovoljavanje etičkih standarda u istraživanju.

Istraživanje je dijelom provedeno u sklopu šireg međunarodnog projekta "Molekularni mehanizmi PTSP-a" (eng. "Molecular mechanisms of posttraumatic stress disorder") financiranog od strane Deutscher Akademischer Austausch Dienst (DAAD), Stability Pact for South Eastern Europe (200). Voditelj projekta bio je Prof.dr. Juergen Deckert (Klinika za psihijatriju, psihosomatiku i psihoterapiju, Sveučilište u Wuerzburgu, Njemačka), a voditelj hrvatskog dijela istraživanje bio je Prof.dr.sc. Miro Jakovljević (Klinika za psihijatriju, Klinički bolnički centar Zagreb).

3.3. Instrumenti

Kratki međunarodni neuropsihijatrijski intervju, Ver. 5.0. (eng. the Mini International Neuropsychiatric Interview; M.I.N.I.) (199) strukturirani je dijagnostički intervju koji se koristi za utvrđivanje dijagnoze posttraumatskog stresnog poremećaja i velikog depresivnog poremećaja, na temelju dijagnostičkih kriterija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema – deseta revizija (MKB-10) (180).

Beckov inventar depresivnosti – 2. izdanje (eng. The Beck Depression Inventory – Second Edition; BDI-II) (201) samoprocjenska je mjera kojom se ispituje prisutnost i izraženost simptoma depresije, odnosno stupanj depresivnosti. Sastoji se od 21 tvrdnje koje opisuju depresivne simptome (npr. osjećaj žalosti, gubitak zadovoljstva, osjećaj uznemirenosti, gubitak energije, teškoće koncentracije, i slično). Za svaki simptom ponuđene su četiri tvrdnje, a ispitanik mora označiti onu koja najbolje opisuje njegovo/njezino stanje unazad 2 tjedna, uključujući i taj dan. Odgovori se mjere na skali od 4 stupnja (0 – 3), pri čemu viši odgovori upućuju na veću težinu simptoma depresije. Teoretski raspon odgovora kreće se od 0 do 63. Autori ovog upitnika ponudili su sljedeće razine depresivnosti s obzirom na ukupni rezultat: minimalna depresivnost (0 do 13), blaga depresivnost (14 do 19), umjerena depresivnost (20 do

28) i teška depresivnost (29 do 63). Upitnik je već korišten u populacijama vojnog osoblja i ratnih veterana oboljelih od PTSP-a (59, 202). Domaće istraživanje provedeno na pacijentima iz ordinacija obiteljske medicine uputilo je na adekvatnu konstruktnu, odnosno faktorsku i dijagnostičku valjanost hrvatske adaptacije ovog instrumenta (203). U ovom istraživanju, indikator unutarnje konzistencije (Cronbach alfa koeficijent) iznosi 0.94.

Upitnik suicidalnih ponašanja – revidirano izdanje (eng. The Suicidal Behaviors Questionnaire – Revised; SBQ-R) (204) samoprocjenska je mjera 4 dimenzije suicidalnosti, odnosno suicidalnog rizika: životna suicidalnost ("Jeste li ikad razmišljali o samoubojstvu ili pokušali samoubojstvo?"), suicidalne ideacije u proteklih 12 mjeseci ("Koliko ste često razmišljali o samoubojstvu u proteklih godinu dana?", verbalizirane prijetnje suicidom ("Jeste li ikada rekli nekome da ćete se ubiti, ili da biste se mogli ubiti?") i vjerojatnost budućeg suicidalnog ponašanja ("Koliko je vjerojatno da ćete pokušati počinuti samoubojstvo jednog dana?"). Ove četiri tvrdnje mogu se zbrojiti u ukupni rezultat na upitniku koji se teoretski kreće između 3 i 18, a viši odgovori upućuju na veći stupanj suicidalnog rizika. Za provjeru jednog od glavnih ciljeva ovog istraživanja, korištena je dimenzija suicidalnih ideacija u proteklih 12 mjeseci, pri čemu su na tu tvrdnju ponuđeni odgovori na skali od 5 stupnjeva (1 = nikada, 2 = rijetko, 3 = ponekad, 4 = često, 5 = jako često). Upitnik je već korišten u populacijama vojnog osoblja i oboljelih ratnih veterana (205, 206), te u međunarodnim istraživanjima pokazuje dobre psihometrijske karakteristike, poput adekvatne pouzdanosti, faktorske strukture, te diskriminativne i dijagnostičke valjanosti (204, 206), a ukupni rezultat od 8 i više koristi se kao kritična vrijednost u populaciji psihijatrijskih pacijenata (204). Prethodno je također korišten u domaćem istraživanju provedenom na relativno velikom uzorku dijagnostički heterogenih psihijatrijskih pacijenata (207). U ovom istraživanju, indikator unutarnje konzistencije (Cronbach alfa koeficijent) iznosi 0.82.

Upitnik temperamenta i karaktera – revidirano izdanje (eng. The Temperament and Character Inventory – Revised; TCI-R) (208) samoprocjenski je instrument namijenjen ispitivanju 4 dimenzije temperamenta (*traženje novog* – NS, *izbjegavanje štete* – HA, *ovisnost o nagradi* – RD i *ustrajnost* – PS) i 3 dimenzije karaktera (*samousmjerenost* – SD, *suradljivost* – CO i *samotranscendencija* – ST) iz perspektive Cloningerovog Psihobiološkog modela ličnosti

(134, 136). Sastoji se od 240 tvrdnji s ponuđenim odgovorima na skali od 5 stupnjeva, pri čemu se odgovori kreću između 1 (potpuno netočno) i 5 (potpuno točno). Primjeri tvrdnji po pojedinim subskalama su: "Sviđa mi se kad ljudi mogu raditi sve što žele, bez strogih pravila i propisa" (NS); "Obično sam zabrinutiji od većine ljudi zbog nečeg lošeg što bi se moglo dogoditi u budućnosti" (HS); "Radije otvoreno razgovaram s prijateljima o svojim iskustvima i osjećajima umjesto da ih držim u sebi" (RD); "Kada u nečemu ne uspijem, postanem još odlučniji da bolje obavim posao" (PS); "Znam što želim učiniti sa svojim životom" (SD); "Volim biti drugima na usluzi" (CO); "Ponekad osjećam duhovnu povezanost s drugim ljudima koju ne mogu objasniti riječima" (ST). Detaljan opis dimenzija i poddimenzija temperamenta i karaktera ispitivanih ovim instrumentom nalazi se na Slici 2 i 3. Međukulturalne validacijske studije u različitim populacijama pokazale su adekvatne psihometrijske karakteristike ovog instrumenta (209 - 211). U međunarodnim istraživanjima prethodno je korišten na kliničkim uzorcima vojnog osoblja i ratnih veterana (212, 213), kao i u preliminarnoj hrvatskoj studiji na ratnim veteranima (167). Domaće istraživanje provedeno na velikom uzorku ambulantno liječenih psihijatrijskih pacijenata pokazalo je adekvatne psihometrijske odlike (internalna pouzdanost, faktorska i konkurentna valjanost) hrvatske adaptacije ovog instrumenta (207). U ovoj studiji, indikatori unutarnje konzistencije (Cronbach alfa koeficijenti) za svih 7 subskala ličnosti kreću se između 0.72 i 0.90.

| I. Temperament - dimenzije i poddimenzije | | Visoka izraženost | Niska izraženost |
|--|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| NS | Traženje novog | | |
| NS1 | Istraživačko uzbuđenje | istraživač | oprezan |
| NS2 | Impulzivnost | impulzivan | promišljen |
| NS3 | Ekstravagancija | ekstravagantan | štedljiv |
| NS4 | Razuzdanost | razdražljiv | stoik |
| HA | Izbjegavanje štete | | |
| HA1 | Briga i pesimizam | pesimističan | optimističan |
| HA2 | Strah od nepoznatog | uplašen | hrabar |
| HA3 | Sramežljivost | sramežljiv | otvoren |
| HA4 | Sklonost umoru | zamorljiv | energičan |
| RD | Ovisnost o nagradi | | |
| RD1 | Sentimentalnost | sentimentalan | udaljen |
| RD2 | Otvorenost za komunikaciju | otvoren | suzdržljiv |
| RD3 | Privrženost | topao | hladan |
| RD4 | Ovisnost | pun razumijevanja | neovisan |
| P | Ustrajnost | | |
| PS1 | Ulaganje truda | poduzetan | inertan |
| PS2 | Radišnost | odlučan | razmažen |
| PS3 | Ambicioznost | entuzijastičan | podbacuje |
| PS4 | Perfekcionizam | perfekcionista | pragmatičan |

Slika 2. Struktura i opis temperamenta u okviru Inventara temperamenta i karaktera – revidirano izdanje (TCI – R) (preuzeto uz dopuštenje autora iz Aukst Margetić (214))

| II. Karakter - dimenzije i poddimenzije | | Visoka izraženost | Niska izraženost |
|--|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| SD | Samousmjerenost | | |
| SD1 | Odgovornost | odgovoran | optužujući |
| SD2 | Svrhovitost | svrhovit | besciljan |
| SD3 | Dosjetljivost | dosjetljiv | neumjesan |
| SD4 | Samoprihvatanje | prihvata sebe | umišljen |
| SD5 | Usklađenost | discipliniran | nediscipliniran |
| C | Suradljivost | | |
| C1 | Društvena prihvatljivost | blag | netolerantan |
| C2 | Empatičnost | empatičan | neosjetljiv |
| C3 | Uslužnost | uslužan | neprijateljski |
| C4 | Suosjećajnost | suosjećajan | osvetoljubiv |
| C5 | Iskrenost | principijelan | prevrtljiv |
| ST | Samotranscendencija | | |
| ST1 | Nesebičnost | intuitivan | promišljen |
| ST2 | Identifikacija s drugima | pomirljiv | kontrolirajući |
| ST3 | Duhovno prihvaćanje | duhovan | materijalist |

Slika 3. Struktura i opis karaktera u okviru Inventara temperamenta i karaktera – revidirano izdanje (TCI – R) (preuzeto uz dopuštenje autora iz Aukst Margetić (214))

Barrattova skala impulzivnosti – 11 (eng. The Barratt Impulsiveness Scale – 11; BIS-11) (215) samoprocjenska je skala namijenjena mjerenju personološkog/bihevioralnog konstrukta impulzivnosti. Sadrži ukupno 30 tvrdnji (npr. "Često mijenjam poslove") koje se ocjenjuju na 4-stupanjskoj skali od 1 (rijetko/nikada) do 4 (gotovo uvijek/uvijek), pri čemu viši odgovori upućuju na veći stupanj impulzivnosti. Upitnik se sastoji od 3 subskale: namjerna impulzivnost (nedostatna fokusiranost na aktualne zadatke, odnosno smetnje pozornosti i kognitivna nestabilnost), motorička impulzivnost (djelovanje bez inhibicije i prethodnog promišljanja) i neplanirajuća impulzivnost (veća usmjerenost na sadašnjost u odnosu na budućnost, odnosno manjak samokontrole i kognitivne kompleksnosti). Ove tri subskale zbrajaju se u ukupnu vrijednost globalno shvaćene impulzivnosti. Teoretski raspon odgovora kreće se od 30 do 120. Adekvatna psihometrijska svojstva ove skale provjeravana su na uzorcima studenata, ovisnika o psihoaktivnim tvarima i alkoholu, kao i psihijatrijskim pacijentima, a procijenjeno je kako je ovo najcitiraniji mjerni instrument za procjenu impulzivnosti u posljednjih 50-ak godina (216). BIS-11 prethodno je korišten na uzrocima vojnika i ratnih veterana oboljelih od PTSP-a (217, 218), kao i u domaćim istraživanjima na psihijatrijskim uzorcima (207). U ovoj studiji, indikator unutarnje konzistencije (Cronbach alfa koeficijent) za globalnu mjeru impulzivnosti iznosi 0.83.

Upitnik zadovoljstva životom (eng. The Satisfaction with Life Scale; SWLS) (219) kratki je samoprocjenski instrument za mjerenje tzv. subjektivne kvalitete života, odnosno globalne procjene zadovoljstva vlastitim životom. Sastoji se od 5 tvrdnji (npr. "Dosad sam uglavnom dobivao u životu što sam želio") na koje ispitanik odgovara na skali od 1 (uopće se ne slažem) do 5 (u potpunosti se slažem), pri čemu viši odgovori upućuju na veći stupanj subjektivne kvalitete života, odnosno zadovoljstva životom. Ukupni rezultat kreće se između 5 i 25, a rezultat 15 predstavlja neutralnu vrijednost u ovoj skali; drugim riječima, rezultati manji od 15 indikativni su za generalno manjak zadovoljstva vlastitim životom. Ova skala često je korištena u međunarodnim studijama, pokazuje dobra psihometrijska svojstva (220 - 222), a upotrebljavana je već u populaciji vojnika i ratnih veterana (24). Također, hrvatska adaptacija ove skale korištena je u istraživanjima provedenim na nekliničkim (223) i kliničkim uzorcima (207). U ovoj studiji, indikator unutarnje konzistencije (Cronbach alfa koeficijent) iznosi 0.87.

Stupanj religioznosti ispitan je pomoću samoprocjenskog pitanja koje se učestalo koristi

u inozemnim istraživanjima, u koju od 4 kategorije ispitanik pripada: vrlo religiozan, religiozan, neodlučan, nije vjernik. Ovakva metodologija temeljena na jednom pitanju upotrebljavana je već u psihijatrijskim populacijama (224), uključujući i vojno osoblje s PTSP-om (21).

Sociodemografski i opći klinički upitnik sadržavao je sljedeće podatke: dob, stupanj obrazovanja, radni status, bračni status, broj djece, dužina psihijatrijskog liječenja, broj psihijatrijskih hospitalizacija i broj prehodnih pokušaja suicida.

3.4. Statistička analiza podataka

1. Za podatke dobivene samoprocjenskim upitnicima (depresivnost, suicidalni rizik, dimenzije temperamenta i karaktera, impulzivnost, zadovoljstvo životom) provjerena je razina pouzdanosti odgovarajućih skala mjerena pomoću koeficijenta unutarnje konzistencije (Cronbach alfa koeficijent).

2. Deskriptivni prikaz dobivenih podataka na sociodemografskim, psihološkim i kliničkim varijablama uključivao je postotke, proporcije, raspon (minimalna i maksimalna vrijednost), aritmetičke sredine (M) i pripadajuće standardne devijacije (SD).

3. Razlike između dvije kliničke podskupine ispitanika (PTSP vs. PTSP+depresija) ispitane su t-testom za nezavisne uzorke, na sljedećim kvantitativnim intervalnim varijablama: a) dimenzije temperamenta i karaktera, b) impulzivnost, c) subjektivna kvaliteta života, d) razina simptoma depresije, e) suicidalne ideacije, f) dob, g) dužina psihijatrijskog liječenja (u mjesecima), h) broj psihijatrijskih hospitalizacija. Razlike između ove dvije podskupine za varijable mjerene na ne-quantitativnim skalama ispitane su pomoću hi-kvadrat testa: a) suicidalni pokušaji (kategorijalna dihotomna varijabla), b) stupanj obrazovanja (usporedna varijabla u 3 kategorije).

4. U svrhu utvrđivanja prediktivnog modela kod dvije kliničke podskupine (PTSP vs. PTSP+depresija), korištene su tri multivarijatne logističke regresijske analize, u kojima je ispitivana jedinstvena/neovisna povezanost 4 dimenzije temperamenta (prva regresijska analiza), 3 dimenzije karaktera (druga regresijska analiza) i dimenzije impulzivnosti (treća regresijska analiza) s pripadnošću jednoj od dvije kliničke podskupine. Pritom su u regresijskim analizama kontrolirani utjecaji dobi, razine obrazovanja i dužine psihijatrijskog liječenja.

5. Razlike između podskupina ispitanika koji nemaju i onih koji imaju povijest suicidalnih pokušaja, također su ispitane t-testom za nezavisne uzorke, na sljedećim kvantitativnim intervalnim varijablama: a) dimenzije temperamenta i karaktera, b) impulzivnost, c) subjektivna kvaliteta života, d) razina simptoma depresije, e) suicidalne ideacije, f) dob, g) dužina psihijatrijskog liječenja (u mjesecima), h) broj psihijatrijskih hospitalizacija. Razlika između ove dvije podskupine za varijablu stupanj obrazovanja (usporedna varijabla u 3 kategorije) ispitana je pomoću hi-kvadrat testa.

6. U svrhu utvrđivanja prediktivnog modela kod dvije kliničke podskupine (ispitanici bez i s prethodnim suicidalnim pokušajima), korištene su tri multivarijatne logističke regresijske analize, u kojima je ispitivana jedinstvena/neovisna povezanost 4 dimenzije temperamenta (prva regresijska analiza), 3 dimenzije karaktera (druga regresijska analiza) i dimenzije impulzivnosti (treća regresijska analiza) s pripadnošću jednoj od dvije kliničke podskupine. Pritom su u regresijskim analizama kontrolirani utjecaji dobi, razine obrazovanja i dužine psihijatrijskog liječenja.

7. Jednostavne korelacije dviju potencijalnih kriterijskih varijabli (razina suicidalnih ideacija i razina subjektivne kvalitete života) sa sociodemografskim čimbenicima, osobinama ličnosti (dimenzije temperamenta i karaktera te impulzivnost) i kliničkim varijablama računata su putem Pearsonovog, Spearmanovog ili Point-biserijalnog koeficijenta korelacije, ovisno o vrsti ispitivane varijable (kontinuirana, usporedna ili dihotomna razina mjerenja).

8. Stupanj jedinstvene/neovisne povezanosti između dimenzija temperamenta i karaktera te impulzivnosti (prediktori) s dva odvojena kriterija (razina suicidalnih ideacija i razina

subjektivne kvalitete života), uz kontroliranje utjecaja dobi, razine obrazovanja, radnog statusa u slučaju subjektivne kvalitete života (dihotomna varijabla radnog statusa: nezaposleni i zaposleni/umirovljeni), dužine psihijatrijskog liječenja i depresivnog poremećaja, izračunat je pomoću multivarijatnih regresijskih analiza.

9. U svrhu sekundarnog ishoda, jedinstvena/nezavisna povezanost stupnja religioznosti (usporedna varijabla u 4 kategorije) s 4 odvojena kriterija, izračunata je pomoću multivarijatne logističke regresijske analize (prisutnost komorbiditetnog depresivnog poremećaja; prethodni suicidalni pokušaji) i multivarijatne regresijske analize (suicidalne ideacije; subjektivna kvaliteta života). Pritom je kontroliran utjecaj sljedećih varijabli: dob, razina obrazovanja i duljina psihijatrijskog liječenja.

U slučaju višestrukih usporedbi prilikom korištenja t-testova za nezavisne uzroke, primijenjena je odgovarajuća Bonferroni korekcija pri čemu je razina statističke značajnosti bila stroža ($p = .004$) u odnosu na inicijalnih i standardno korištenih $p < .05$.

4. REZULTATI

4.1. Opis čitavog uzorka

U Tablicama 1 i 2 su deskriptivno opisani ispitanici dijagnosticirani s PTSP-om izazvanim borbenim iskustvom (N=178). Opis uzorka temeljen je na sociodemografskim (Tablice 1 i 2) i kliničkim čimbenicima (Tablica 3), osobinama ličnosti (dimenzije temperamenta i karaktera te impulzivnost) (Tablice 4 i 5), i subjektivnoj kvaliteti života (Tablica 6), a podatci su prikazani u sljedećim statističkim parametrima: minimalna i maksimalna vrijednost, raspon, postotci/proporcije, aritmetička sredina - M i pripadajuća standardna devijacija - SD.

4.1.1. Sociodemografski čimbenici

Prosječna dob pacijenata liječenih od PTSP-a u našem uzorku iznosi 49.2 godine, a raspon dobi kreće se između 36 i 64 godine (Tablica 1).

Tablica 1. Prikaz dobi ispitanika (N = 178)

| | <i>M</i> | <i>sd</i> | <i>min</i> | <i>max</i> |
|-----|----------|-----------|------------|------------|
| Dob | 49.2 | 6.730 | 36 | 64 |

*Napomena: N – frekvencija sudionika; M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; min – najniža vrijednost podataka; max – najviša vrijednost podataka

U Tablici 2 vidljivo je da je većina pacijenata liječenih od PTSP-a završila srednju školu (73%), dok manji broj tih pacijenata ima visoki stupanj obrazovanja (20%), odnosno završenu osnovnu školu (7%). Od svih pacijenata, njih 58% je zaposleno, dok je podjednaki postotak

pacijenata nezaposlen (20%), odnosno umirovljen (22%). Vežano uz braćni status, većina su oženjeni (74%), rastavljeno je 15%, dok je samo jedan pacijent udovac (1%). Velika većina pacijenata ima barem jedno dijete (81%), a od njih je najviše onih s dvoje djece (50%). Naposljetku, vrlo religioznima opisalo se 62% pacijenata s PTSP-om, religioznima 23%, neodlućnima po pitanju vjere 11%, a kao nevjernici izjasnilo se 4% pacijenata.

Tablica 2. Prikaz deskriptivnih podataka sociodemografskih varijabli (stupanj obrazovanja, radni status, braćni status, broj djece, stupanj religioznosti) ispitanika (N = 178)

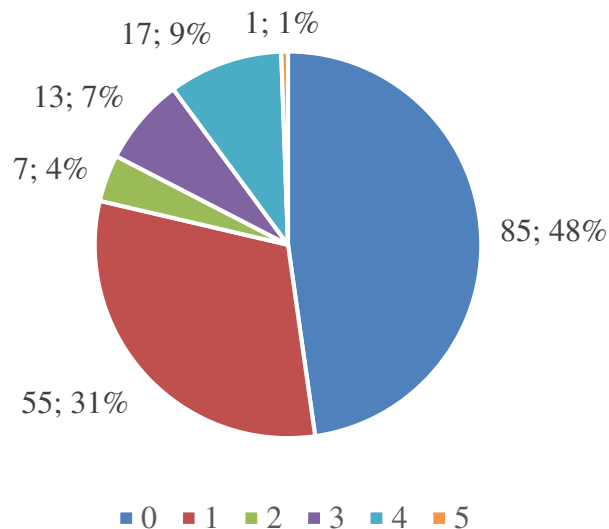
| Sociodemografska varijabla | | N (%) |
|----------------------------|--------------------|----------|
| Stupanj obrazovanja | Osnovna škola | 12 (7) |
| | Srednja škola | 130 (73) |
| | Visoko obrazovanje | 36 (20) |
| Radni status | Zaposleni | 103 (58) |
| | Nezaposleni | 35 (20) |
| | Umirovljeni | 40 (22) |
| Braćni status | Oženjeni | 132 (74) |
| | Samci | 18 (10) |
| | Udovci | 1 (1) |
| | Rastavljjeni | 27 (15) |
| Broj djece | 0 | 33 (19) |
| | 1 | 30 (17) |
| | 2 | 90 (50) |
| | 3 | 22 (12) |
| | 4 | 2 (1) |
| | 5 | 1 (1) |
| Stupanj religioznosti | Vrlo religiozan | 111 (62) |
| | Religiozan | 40 (23) |
| | Neodlućan | 20 (11) |
| | Nije vjernik | 7 (4) |

4.1.2. Klinički čimbenici

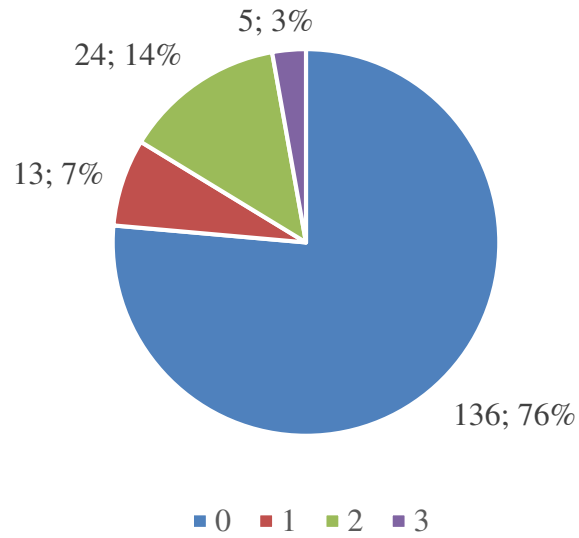
Tablica 3. Prikaz kliničkih podataka ispitanika s obzirom na dužinu psihijatrijskog liječenja, broj psihijatrijskih hospitalizacija, stupanj depresivnosti (BDI-II) te stupanj suicidalnih ideacija (SBQ-R-2) (N = 178)

| | <i>M</i> | <i>sd</i> | <i>min</i> | <i>max</i> |
|--|----------|-----------|------------|------------|
| Dužina psihijatrijskog liječenja | 76.93 | 80.628 | 0 | 240 |
| Broj psihijatrijskih hospitalizacija | 1.01 | 1.327 | 0 | 5 |
| Stupanj depresivnosti (BDI - II) | 23.62 | 14.174 | 0 | 59 |
| Stupanj suicidalnih ideacija (SBQ-R-2) | 1.97 | 1.139 | 1 | 5 |

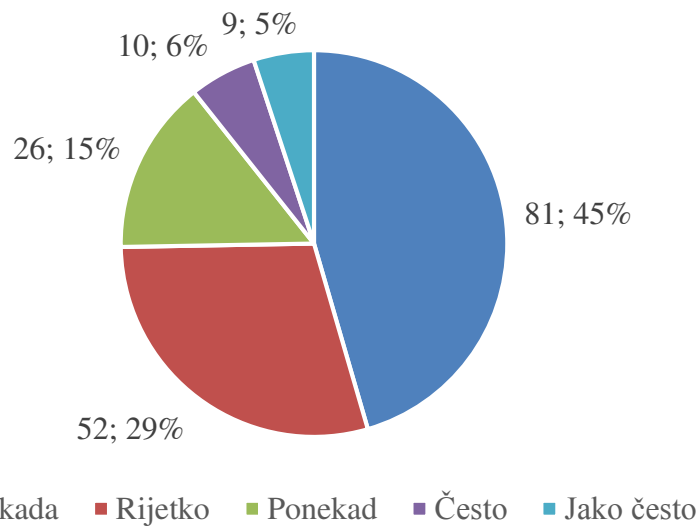
*Napomena: M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; min – najniža vrijednost podataka; max – najviša vrijednost podataka; BDI-II – Beckov inventar depresivnosti-2.izdanje; SBQ-R-2 – Upitnik suicidalnih ponašanja – revidirano izdanje



Slika 4. Raspodjela ispitanika prema broju psihijatrijskih hospitalizacija (N = 178)
Napomena: n (%)



Slika 5. Raspodjela ispitanika prema broju prethodnih pokušaja suicida (N = 178)
Napomena: n (%)



Slika 6. Raspodjela ispitanika prema zastupljenosti suicidalnih ideacija (SBQ-R-2) (N = 178)
Napomena: n (%); SBQ-R-2 – Upitnik suicidalnih ponašanja – revidirano izdanje

4.1.3. Osobine ličnosti

Tablica 4. Prikaz deskriptivnih podataka osobina ličnosti ispitanika s obzirom na dimenzije temperamenta i karaktera (TCI-R) (N = 178)

| | | <i>M</i> | <i>sd</i> | <i>min</i> | <i>max</i> |
|------------------------|---------------------|----------|-----------|------------|------------|
| Dimenzije temperamenta | Traženje novog | 95.86 | 12.906 | 66 | 129 |
| | Izbjegavanje štete | 114.73 | 23.154 | 58 | 165 |
| | Ovisnost o nagradi | 94.42 | 16.935 | 58 | 135 |
| | Ustrajnost | 104.69 | 25.873 | 45 | 160 |
| Dimenzije karaktera | Samousmjerenost | 131.02 | 20.802 | 87 | 188 |
| | Suradljivost | 127.11 | 18.975 | 67 | 166 |
| | Samotranscendencija | 73.31 | 15.178 | 34 | 111 |

*Napomena: M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; min – najniža vrijednost podataka; max – najviša vrijednost podataka; TCI-R – Upitnik temperamenta i karaktera – revidirano izdanje

Tablica 5. Prikaz deskriptivnih podataka stupnja impulzivnosti ispitanika (BIS-11) (N = 178)

| | <i>M</i> | <i>sd</i> | <i>min</i> | <i>max</i> |
|-----------------------|----------|-----------|------------|------------|
| Stupanj impulzivnosti | 66.46 | 10.524 | 44 | 93 |

*Napomena: N – frekvencija pacijenata; M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; min – najniža vrijednost podataka; max – najviša vrijednost podataka; BIS-11 - Barrattova skala impulzivnosti

4.1.4. Subjektivna kvaliteta života

Tablica 6. Prikaz deskriptivnih podataka subjektivne kvalitete života ispitanika (SWLS) (N = 178)

| | <i>M</i> | <i>sd</i> | <i>min</i> | <i>max</i> |
|-------------------------------------|----------|-----------|------------|------------|
| Subjektivna kvaliteta života (SWLS) | 12.22 | 4.783 | 5 | 21 |

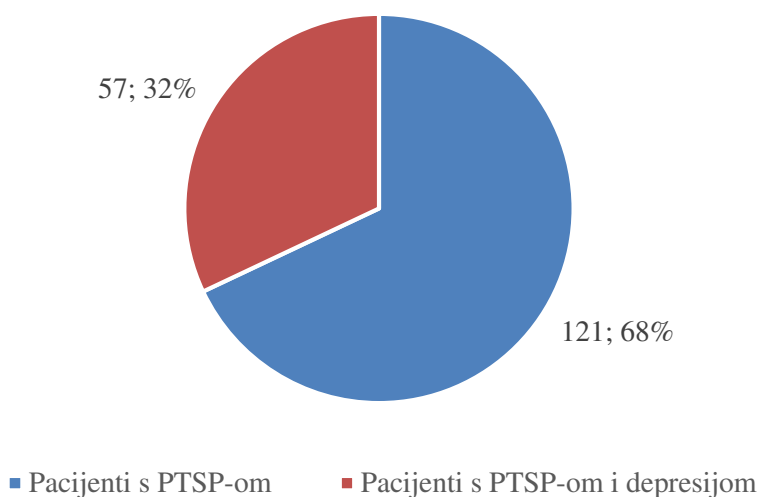
*Napomena: N – frekvencija pacijenata; M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; min – najniža vrijednost podataka; max – najviša vrijednost podataka; SWLS – Upitnik zadovoljstva životom

4.2. Podskupine s PTSP-om i PTSP-om i depresijom

U Slici 7 i Tablicama 7 - 16 je naveden deskriptivni prikaz, odnosno opis podskupina pacijenata s dijagnozom PTSP-a (n=121) i pacijenata s dijagnozom PTSP-a i komorbiditetnog depresivnog poremećaja (n=57). Prikazan je opis sociodemografskih i kliničkih čimbenika, osobina ličnosti (dimenzija temperamenta i karaktera te impulzivnost) i subjektivne kvalitete života, a rezultati su prikazani kao minimalna i maksimalna vrijednost, raspon, postotci/proporcije, aritmetička sredina - M i pripadajuća standardna devijacija - SD.

Razlike između sociodemografskih, kliničkih i psiholoških čimbenika između pacijenata s PTSP-om i pacijenata s PTSP-om i depresijom istražene su pomoću odgovarajućih statističkih testova: dob, dužina psihijatrijskog liječenja, broj psihijatrijskih hospitalizacija, suicidalne ideacije, depresivnost, osobine ličnosti (dimenzije temperamenta i karaktera te impulzivnost) i subjektivna kvaliteta života, kao kontinuirane varijable, uspoređene su putem t-testa za nezavisne uzorke; stupanj obrazovanja i suicidalni pokušaji, kao kategorijalne varijable, uspoređene su

pomoću hi-kvadrat testa. Naposljetku, osobine ličnosti kao potencijalni prediktori komorbiditetnog PTSP-a i depresije istražene su pomoću tri multivarijatne logističke regresijske analize.



Slika 7. Raspodjela ispitanika prema pripadnosti kliničkoj podskupini ishodu (PTSP vs. PTSP + depresija)
*Napomena: n (%)

4.2.1. Razlike između podskupina u sociodemografskim čimbenicima

Pacijenti s PTSP-om i pacijenti s PTSP-om i depresijom ne razlikuju se značajno prema dobi ($t = -1.143$, $p = .255$) (Tablica 7).

Tablica 7. Prikaz osnovnih deskriptivnih podataka za dob bolesnika s PTSP-om (n = 121) i bolesnika s PTSP-om i depresijom (n = 57) te rezultati t-testa

| | Klinička podskupina | | | | | |
|-----|---------------------|-------|----------------------------------|-------|--------|------|
| | Bolesnici s PTSP-om | | Bolesnici s PTSP-om i depresijom | | t | p |
| | M | sd | M | sd | | |
| Dob | 48.70 | 6.948 | 49.95 | 6.314 | -1.143 | .255 |

*Napomena: n – frekvencija skupine; M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; t – t-test; p – razina značajnosti

Pacijenti s PTSP-om i pacijenti s PTSP-om i depresijom značajno se razlikuju u stupnju obrazovanja ($\chi^2 = 16.971$, $p = .000$), odnosno kategorije stupnja obrazovanja značajno su povezane s pripadanjem jednoj od dviju navedenih podskupina (Tablica 9). Distribucije stupnjeva obrazovanja u ove dvije podskupine ispitanika pokazuje relativno višu zastupljenost visokoobrazovanih (VSS) ispitanika u podskupini pacijenata s PTSP-om u odnosu na podskupinu pacijenta s PTSP-om i depresijom (Tablica 8).

Tablica 8. Prikaz raspodjele bolesnika s PTSP-om (n = 121) i bolesnika s komorbidetnim PTSP-om i depresijom (n = 57) prema stupnju obrazovanja

| | Stupanj obrazovanja | | | n ₂ |
|----------------------------------|---------------------|---------------|--------------------|----------------|
| | Osnovna škola | Srednja škola | Visoko obrazovanje | |
| Bolesnici s PTSP-om | 2 | 90 | 29 | 121 |
| Bolesnici s PTSP-om i depresijom | 10 | 40 | 7 | 57 |
| n ₁ | 12 | 130 | 36 | |

*Napomena: n₁ – frekvencija bolesnika prema obrazovanju; n₂ – frekvencija bolesnika prema dijagnozi

Tablica 9. Rezultati χ^2 testa povezanosti dijagnoze bolesnika (PTSP vs. PTSP i depresija) i stupnja obrazovanja (N = 178)

| χ^2 | df | p |
|----------|----|------|
| 16.971 | 2 | .000 |

*Napomena: χ^2 – hi-kvadrat test; df – stupnjevi slobode; p – razina značajnosti

U Tablici 10 vidljivo je da je podjednaka većina pacijenata liječenih od PTSP-a i onih liječenih od PTSP-a u radnom odnosu (57% i 60%), pacijenti s PTSP-om su u većem udjelu umirovljeni (29%), dok su oni s PTSP-om i depresijom češće nezaposleni (30%). Ova razlika je značajna ($\chi^2 = 11.788$, $p = .003$). Nadalje, znatna većina pacijenata u obje kliničke podskupine je oženjena (71% i 80%), sa sličnim udjelom u ostalim kategorijama bračnog statusa, te ovdje nije dobivena značajna razlika ($\chi^2 = 5.053$, $p = .168$). Naposljetku, sličan postotak pacijenata u dvije kliničke podskupine nema djecu (21% i 14%), gotovo istovjetni je udio onih s dvoje djece (50% i 53%), te niti ovdje nije dobivena značajna razlika ($\chi^2 = 8.639$, $p = .124$). Povezanost stupnja religioznosti s pripadnošću ovoj kliničkoj podskupini obrađena je u posljednjem dijelu Rezultata.

Tablica 10. Prikaz ostalih sociodemografskih podataka bolesnika s PTSP-om (n = 121) te bolesnika s PTSP-om i depresijom (n = 57)

| Sociodemografska varijabla | | Klinička podskupina | |
|----------------------------|-----------------|------------------------------|---|
| | | Bolesnici s PTSP-om n (%) | Bolesnici s PTSP-om i depresijom n (%) |
| Stupanj zaposlenja | Zaposleni | 69 (57) | 34 (60) |
| | Nezaposleni | 18 (14) | 17 (30) |
| | Umirovljeni | 36 (29) | 6 (10) |
| Bračni status | Oženjeni | 86 (71) | 46 (80) |
| | Samci | 16 (13) | 2 (4) |
| | Udovci | 1 (1) | 0 (0) |
| | Rastavljeni | 18 (15) | 9 (16) |
| Broj djece | 0 | 25 (21) | 8 (14) |
| | 1 | 23 (19) | 7 (12) |
| | 2 | 60 (50) | 30 (53) |
| | 3 | 12 (9) | 10 (18) |
| | 4 | 0 | 2 (3) |
| | 5 | 1 (1) | 0 (0) |
| Stupanj religioznosti | Vrlo religiozan | 73 (60) | 38 (67) |
| | Religiozan | 29 (24) | 11 (19) |
| | Neodlučan | 12 (10) | 8 (14) |
| | Nije vjernik | 7 (6) | 0 (0) |

4.2.2. Razlike između podskupina u kliničkim čimbenicima

Pacijenti s PTSP-om i pacijenti s PTSP-om i depresijom značajno se ne razlikuju u duljini psihijatrijskog liječenja ($t = -.847$, $p = .398$) (Tablica 11). Nadalje, pacijenti s PTSP-om i pacijenti s PTSP-om i depresijom ne razlikuju se značajno u broju psihijatrijskih hospitalizacija ($t = .822$, $p = .412$) (Tablica 11). Međutim, pacijenti s PTSP-om i pacijenti s PTSP-om i depresijom značajno se razlikuju u stupnju depresivnosti ($t = -18.612$, $p = .000$). Na temelju prosječnih vrijednosti izraženih kao aritmetičke sredine, pacijenti s PTSP-om i depresijom imaju viši stupanj samoprocijenjene depresivnosti u odnosu na pacijente s PTSP-om (Tablica 11). Nakon što je provedena Bonferroni korekcija za višestruke usporedbe ($p = .004$), ova inicijalna razlika ostala je statistički značajna.

Pacijenti s PTSP-om i pacijenti s PTSP-om i depresijom statistički značajno se razlikuju u stupnju suicidalnih ideacija ($t = -5.148$, $p = .000$). Na temelju prosječnih vrijednosti izraženih kao aritmetičke sredine, pacijenti s PTSP-om i depresijom imaju viši stupanj samoprocijenjenih suicidalnih ideacija u odnosu na pacijente s PTSP-om (Tablica 11). Nakon što je provedena Bonferroni korekcija za višestruke usporedbe ($p = .004$), ova inicijalna razlika ostala je statistički značajna.

Tablica 11. Prikaz osnovnih deskriptivnih podataka za bolesnike s PTSP-om (n = 121) i bolesnike s PTSP-om i depresijom (n = 57) te rezultati t-testa za kliničke varijable između navedenih kliničkih podskupina

| Kliničke varijable | Klinička podskupina | | | | | |
|--|-------------------------------|--------|---|--------|---------|------|
| | Bolesnici s PTSP-om (n = 121) | | Bolesnici s PTSP-om i depresijom (n = 57) | | t | p |
| | M | sd | M | sd | | |
| Dužina psihijatrijskog liječenja (u mjesecima) | 74.25 | 83.465 | 85.65 | 75.782 | -.847 | .398 |
| Broj psihijatrijskih hospitalizacija | 1.07 | 1.374 | .89 | 1.269 | .822 | .412 |
| Stupanj depresivnosti (BDI - II) | 15.59 | 8.102 | 40.22 | 8.412 | -18.612 | .000 |
| Stupanj suicidalnih ideacija (SBQ-R-2) | 1.68 | 0.951 | 2.56 | 1.268 | -5.148 | .000 |

*Napomena: n – frekvencija skupine; M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; t – t-test; p – razina značajnosti; BDI-II – Beckov inventar depresivnosti-2. izdanje; SBQ-R-2 – Uпитnik suicidalnih ponašanja – revidirano izdanje

Pacijenti s PTSP-om i pacijenti s PTSP-om i depresijom značajno se razlikuju u pokušajima suicida ($\chi^2 = 5.957$, $p = .015$), odnosno kategorije pokušaja značajno su povezane s pripadanjem jednoj od dviju navedenih podskupina (Tablica 13). Distribucije pokušaja suicida kao dihotomne varijable u ove dvije podskupine ispitanika pokazuje relativno veću učestalost pokušaja suicida u podskupini pacijenata s PTSP-om i depresijom u odnosu na podskupinu pacijenta s PTSP-om (Tablica 12).

Tablica 12. Prikaz raspodjele bolesnika s PTSP-om ($n = 121$) i bolesnika s komorbidetnim PTSP-om i depresijom ($n = 57$) prema suicidalnim pokušajima

| | Pokušaj počinjenja suicida | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|----|-------|
| | Ne | Da | n_2 |
| Bolesnici s PTSP-om | 98 | 23 | 121 |
| Bolesnici s PTSP-om i depresijom | 38 | 19 | 57 |
| n_1 | 136 | 42 | |

*Napomena: n_1 – frekvencija pacijenata prema pokušaju počinjenja suicida; n_2 – frekvencija pacijenata prema dijagnozi

Tablica 13. Rezultati χ^2 testa povezanosti dijagnoze bolesnika i pokušaja suicida ($N = 178$)

| χ^2 | df | p |
|----------|----|------|
| 5.957 | 1 | .015 |

*Napomena: χ^2 – hi-kvadrat test; df – stupnjevi slobode; p – razina značajnosti

4.2.3. Razlike između podskupina u osobinama ličnosti

Pacijenti s PTSP-om i pacijenti s PTSP-om i depresijom značajno se razlikuju u sljedećim dimenzijama temperamenta: *izbjegavanje štete* ($t = -9.779$, $p = .000$), *ovisnost o nagradi* ($t = 3.690$, $p = .000$) i *ustrajnost* ($t = 6.391$, $p = .000$). Na temelju prosječnih vrijednosti izraženih kao aritmetičke sredine, pacijenti s PTSP-om i depresijom imaju izraženije *izbjegavanje štete*, a manje izraženu *ovisnost o nagradi* i *ustrajnost*, u odnosu na pacijente s PTSP-om (Tablica 14). Nakon što je provedena Bonferroni korekcija za višestruke usporedbe ($p = .004$), ove inicijalne razlike ostale su statistički značajne.

Pacijenti s PTSP-om i pacijenti s PTSP-om i depresijom značajno se razlikuju u dimenziji karaktera *samousmjerenost* ($t = 7.951$, $p = .000$) i *suradljivost* ($t = 3.001$, $p = .006$). Na temelju prosječnih vrijednosti izraženih kao aritmetičke sredine, pacijenti s PTSP-om i depresijom imaju manje izraženu *usmjerenost* i *suradljivost* u odnosu na pacijente s PTSP-om (Tablica 14). Nakon što je provedena Bonferroni korekcija za višestruke usporedbe ($p = .004$), inicijalna razlika u *samousmjerenosti* ostala je statistički značajna, dok za *suradljivost* više nije bila značajna.

Tablica 14. Prikaz osnovnih deskriptivnih podataka za bolesnike s PTSP-om (n = 121) i bolesnike s PTSP-om i depresijom (n = 57) te rezultati t-testa osobina ličnosti (dimenzija temperamenta i karaktera – TCI-R) između navedenih kliničkih podskupina

| | Klinička podskupina | | | | | |
|---------------------|---------------------|--------|----------------------------------|--------|--------|------|
| | Bolesnici s PTSP-om | | Bolesnici s PTSP-om i depresijom | | t | p |
| | M | sd | M | sd | | |
| Traženje novog | 95.83 | 12.398 | 94.75 | 13.342 | .524 | .601 |
| Izbjegavanje štete | 104.75 | 18.165 | 134.04 | 19.065 | -9.779 | .000 |
| Ovisnost o nagradi | 97.55 | 15.788 | 87.68 | 17.884 | 3.690 | .000 |
| Ustrajnost | 113.04 | 19.545 | 89.07 | 29.292 | 6.391 | .000 |
| Samousmjerenost | 138.64 | 18.474 | 115.55 | 16.854 | 7.915 | .000 |
| Suradljivost | 130.31 | 18.386 | 121.20 | 19.053 | 3.001 | .006 |
| Samotranscendencija | 71.51 | 14.707 | 75.82 | 15.267 | -1.785 | .076 |

*Napomena: n – frekvencija skupine; M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; t – t-test; p – razina značajnosti; TCI-R – Upitnik temperamenta i karaktera – revidirano izdanje

Pacijenti s PTSP-om i pacijenti s PTSP-om i depresijom značajno se razlikuju u *impulzivnosti* kao osobini ličnosti ($t = -6.721$, $p = .000$). Na temelju prosječnih vrijednosti izraženih kao aritmetičke sredine, pacijenti s PTSP-om i depresijom imaju izraženiju *impulzivnost* u odnosu na pacijente s PTSP-om (Tablica 15). Nakon što je provedena Bonferroni korekcija za višestruke usporedbe ($p = .004$), ova inicijalna razlika ostala je statistički značajna.

Tablica 15. Prikaz osnovnih deskriptivnih podataka za bolesnike s PTSP-om (n = 121) i bolesnike s PTSP-om i depresijom (n = 57) te rezultati t-testa za stupanj impulzivnosti (BIS-11) između navedenih kliničkih podskupina

| | Klinička podskupina | | | | | |
|--------------------------------|---------------------|-------|----------------------------------|-------|--------|------|
| | Bolesnici s PTSP-om | | Bolesnici s PTSP-om i depresijom | | t | p |
| | M | sd | M | sd | | |
| Stupanj impulzivnosti (BIS-11) | 63.14 | 9.799 | 73.33 | 8.499 | -6.721 | .000 |

*Napomena: n – frekvencija skupine; M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; t – t-test; p – razina značajnosti; BIS-11 - Barrattova skala impulzivnosti

4.2.4. Razlike između podskupina u subjektivnoj kvaliteti života

Pacijenti s PTSP-om i pacijenti s PTSP-om i depresijom značajno se razlikuju u subjektivnoj kvaliteti života, odnosno samoprocijenjenom zadovoljstvu životom ($t = 9.830$, $p = .000$). Na temelju prosječnih vrijednosti izraženih kao aritmetičke sredine, pacijenti s PTSP-om i depresijom imaju niži stupanj subjektivne kvalitete života u odnosu na pacijente s PTSP-om (Tablica 16). Nakon što je provedena Bonferroni korekcija za višestruke usporedbe ($p = .004$), ova inicijalna razlika ostala je statistički značajna.

Tablica 16. Prikaz osnovnih deskriptivnih podataka za bolesnike s PTSP-om (n = 121) i bolesnike s PTSP-om i depresijom (n = 57) te rezultati t-testa za subjektivnu kvalitetu života između navedenih kliničkih podskupina

| | Klinička podskupina | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------|----------------------------------|-------|-------|------|
| | Bolesnici s PTSP-om | | Bolesnici s PTSP-om i depresijom | | t | p |
| | M | sd | M | sd | | |
| Subjektivna kvaliteta života (SWLS) | 14.38 | 3.842 | 8.28 | 3.736 | 9.830 | .000 |

*Napomena: n – frekvencija skupine; M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; t – t-test; p – razina značajnosti; SWLS - Upitnik zadovoljstva životom

4.2.5. Osobine ličnosti kao prediktori komorbiditetnog PTSP-a i depresije

S ciljem istraživanja jedinstvenog/neovisnog doprinosa osobina ličnosti (dimenzije temperamenta i karaktera te impulzivnost) u predviđanju pripadnosti kliničkim podskupinama, provedene su tri multivarijatne logističke regresijske analize (odvojeno za dimenzije temperamenta, dimenzije karaktera i impulzivnost). Rezultati na samoprocjenskim upitnicima ličnosti korišteni su kao prediktori, a varijabla pripadnost kliničkoj skupini (PTSP vs. PTSP + depresija) korištena je kao kriterij. Pritom je u regresijskim analizama kontroliran utjecaj varijabli dob, razina obrazovanja i duljina psihijatrijskog liječenja; odnosno ispitivana je jedinstvena povezanost osobina ličnosti s pripadnošću podskupini povrh utjecaja sociodemografskih i kliničkih varijabli.

U prvoj multivarijatnoj logističkoj regresijskoj analizi kao prediktori istraženi su dob, stupanj obrazovanja, duljina psihijatrijskog liječenja, te dimenzije temperamenta *traženje novog*,

izbjegavanje štete, ovisnost o nagradi i ustrajnost. Od kontrolnih varijabli dob se pokazala značajno povezanom s pripadnošću kliničkoj podskupini (Waldov $\chi^2 = 4.562$, $p = .033$). Od dimenzija temperamenta, *izbjegavanje štete* pokazalo se značajno povezanom s pripadnošću kliničkoj podskupini (Waldov $\chi^2 = 27.788$, $p = .000$), u smislu da se povećanjem rezultata na dimenziji *izbjegavanje štete* također povećava vjerojatnost da će pojedinac bolovati od PTSP-a i komorbiditetne depresije. Ovim modelom objašnjeno je ukupno 57% (Nagelkerke R^2) varijance u kriteriju, odnosno varijance u pripadanju kliničkoj podskupini (Tablica 17).

Tablica 17. Multivarijatna logistička regresijska analiza za dimenzije temperamenta s pripadnošću kliničkoj podskupini (PTSP vs. PTSP+depresija), uz kontrolu utjecaja dobi, razine obrazovanja i dužine psihijatrijskog liječenja (N = 178)

| Varijabla | B (S.E.) | Wald | df | p | Exp(B) | Nagelkerke R^2 |
|----------------------------------|---------------|--------|----|------|--------|------------------|
| Dob | .086 (.040) | 4.562 | 1 | .033 | 1.089 | .570 |
| Razina obrazovanja | .203 (.501) | .164 | 1 | .686 | 1.225 | |
| Dužina psihijatrijskog liječenja | -.003 (.003) | .783 | 1 | .376 | .997 | |
| Traženje novog | -.008 (.0199) | .164 | 1 | .686 | .992 | |
| Izbjegavanje štete | .104 (.020) | 27.788 | 1 | .000 | 1.109 | |
| Ovisnost o nagradi | -.025 (.015) | 2.884 | 1 | .089 | .975 | |
| Ustrajnost | .003 (.012) | .046 | 1 | .830 | 1.003 | |

*Napomena: B – nestandardizirani koeficijent prediktorskih varijabli; S.E. – standardna pogreška; Wald – Waldov test; df – stupnjevi slobode; p – razina značajnosti; Exp(B) – prognostička vrijednost za pojedini prediktor; R^2 – koeficijent determinacije

U drugoj multivarijatnoj logističkoj regresijskoj analizi kao prediktori istraženi su dob, stupanj obrazovanja, duljina psihijatrijskog liječenja, te dimenzije karaktera *ustrajnost*, *suradljivost* i *samotranscendencija*. Od kontrolnih varijabli dob se pokazala značajno povezanom s pripadnošću kliničkoj podskupini (Waldov $\chi^2 = 6.482$, $p = .011$). Od dimenzija karaktera, *samousmjerenost* se pokazala značajno povezanom s pripadnošću kliničkoj podskupini (Waldov $\chi^2 = 29.346$, $p = .000$), u smislu da se smanjenjem rezultata na dimenziji *samousmjerenost* također povećava vjerojatnost da će pojedinac bolovati od PTSP-a i komorbiditetne depresije. Ovim modelom objašnjeno je ukupno 44% (Nagelkerke R^2) varijance u kriteriju, odnosno varijance u pripadanju kliničkoj podskupini (Tablica 18).

Tablica 18. Multivarijatna logistička regresijska analiza za dimenzije karaktera s pripadnošću kliničkoj podskupini (PTSP vs. PTSP+depresija), uz kontrolu utjecaja dobi, razine obrazovanja i dužine psihijatrijskog liječenja (N = 178)

| Varijabla | B (S.E.) | Wald | df | p | Exp(B) | Nagelkerke R^2 |
|----------------------------------|--------------|--------|----|------|--------|------------------|
| Dob | .088 (.035) | 6.482 | 1 | .011 | 1.092 | .442 |
| Razina obrazovanja | -.115 (.489) | .055 | 1 | .814 | .891 | |
| Dužina psihijatrijskog liječenja | .001 (.003) | .089 | 1 | .765 | 1.001 | |
| Samousmjerenost | -.082 (.015) | 29.346 | 1 | .000 | .921 | |
| Suradljivost | -.002 (.011) | .032 | 1 | .858 | .998 | |
| Samotranscendencija | .004 (.015) | .085 | 1 | .770 | 1.004 | |

*Napomena: B – nestandardizirani koeficijent prediktorskih varijabli; S.E. – standardna pogreška; Wald – Waldov test; df – stupnjevi slobode; p – razina značajnosti; Exp(B) – prognostička vrijednost za pojedini prediktor ; R^2 – koeficijent determinacije

U trećoj multivarijatnoj logističkoj regresijskoj analizi kao prediktori istraženi su dob, stupanj obrazovanja, duljina psihijatrijskog liječenja, te osobina ličnosti *impulzivnost*. Od kontrolnih varijabli niti jedna se nije pokazala statistički značajno povezanom s pripadnošću kliničkoj podskupini. Osobina ličnosti *impulzivnost* pokazala se značajno povezanom s pripadnošću kliničkoj podskupini (Waldov $\chi^2 = 23.736$, $p = .000$), u smislu da se povećanjem rezultata na dimenziji *impulzivnosti* također povećava vjerojatnost da će pojedinac bolovati od PTSP-a i komorbiditetne depresije. Ovim modelom objašnjeno je ukupno 34% (Nagelkerke R^2) varijance u kriteriju, odnosno varijance u pripadanju kliničkoj podskupini (Tablica 19).

Tablica 19. Multivarijatna logistička regresijska analiza za impulzivnost s pripadnošću kliničkoj podskupini (PTSP vs. PTSP+depresija), uz kontrolu utjecaja dobi, razine obrazovanja i dužine psihijatrijskog liječenja (N = 178)

| Varijabla | B (S.E.) | Wald | df | p | Exp(B) | Nagelkerke R^2 |
|----------------------------------|--------------|--------|----|------|--------|------------------|
| Dob | .048 (.030) | 2.578 | 1 | .108 | 1.049 | .344 |
| Razina obrazovanja | -.751 (.405) | 3.438 | 1 | .064 | .472 | |
| Dužina psihijatrijskog liječenja | -.001 (.002) | .139 | 1 | .710 | .999 | |
| Stupanj impulzivnosti (BIS-11) | .122 (.025) | 23.736 | 1 | .000 | 1.129 | |

*Napomena: B – nestandardizirani koeficijent prediktorskih varijabli; S.E. – standardna pogreška; Wald – Waldov test; df – stupnjevi slobode; p – razina značajnosti; Exp(B) – prognostička vrijednost za pojedini prediktor; R^2 – koeficijent determinacije; BIS-11 - Barrattova skala impulzivnosti

4.3. Povezanost sociodemografskih i kliničkih čimbenika te osobina ličnosti sa suicidalnim ideacijama

U svrhu utvrđivanje jednostavne povezanosti sociodemografskih i kliničkih čimbenika, kao i osobina ličnosti (dimenzije temperamenta i karaktera te impulzivnost) sa suicidalnim ideacijama u bolesnika liječenih od s ratom povezanog PTSP-a (N = 178), provedene su odgovarajuće korelacijske analize, a rezultati su prikazani putem Pearsonovog, Spearmanovog ili Point-biserijalnog koeficijenta korelacije.

Od sociodemografskih varijabli, niti dob niti stupanj obrazovanja nisu se pokazali značajno povezanim sa stupnjem suicidalnih ideacija (Tablica 20). Što se tiče kliničkih čimbenika, duljina psihijatrijskog liječenja i broj psihijatrijskih hospitalizacija nisu bili značajno povezani, dok je razina samoprocijenjene depresivnosti bila značajno pozitivno povezana sa stupnjem suicidalnih ideacija ($r = .52, p < .01$) (Tablica 21).

Od osobina ličnosti, dimenzija temperamenta *izbjegavanje štete* ($r = .33, p < .01$) bila je značajno pozitivno povezana sa stupnjem suicidalnih ideacija, dok su dimenzije temperamenta *ovisnost o nagradi* ($r = -.22, p < .01$) i *ustrajnost* ($r = -.26, p < .01$) pokazale značajnu negativnu povezanost sa suicidalnim ideacijama. Dimenzije karaktera *samousmjerenost* ($r = -.30, p < .01$) i *suradljivost* ($r = -.28, p < .01$) pokazale su značajnu negativnu povezanost sa stupnjem suicidalnih ideacija. Naposljetku, osobina ličnosti *impulzivnost* bila je značajno pozitivno povezana sa stupnjem suicidalnih ideacija ($r = .40, p < .01$) (Tablica 22).

Tablica 20. Prikaz povezanosti stupnja suicidalnih ideacija (SBQ-R) sa sociodemografskim podacima u bolesnika s PTSP-om (N = 178)

| | 1 | 2 | 3 |
|---|---|------|-------|
| 1. Stupanj suicidalnih ideacija (SBQ-R) | 1 | .018 | -.141 |
| 2. Dob | | 1 | -.054 |
| 3. Stupanj obrazovanja | | | 1 |

*Napomena: **p < .01; **p < .01; SBQ-R - Uпитnik suicidalnih ponašanja – revidirano izdanje

Tablica 21. Prikaz povezanosti stupnja suicidalnih ideacija (SBQ - R) s kliničkim varijablama u bolesnika s PTSP-om (N = 178)

| | 1. | 2. | 3. | 4. |
|---|----|------|--------|--------|
| 1. Stupanj suicidalnih ideacija (SBQ-R) | 1 | .077 | .102 | .524** |
| 2. Dužina psihijatrijskog liječenja | | 1 | .325** | .164* |
| 3. Broj psihijatrijskih hospitalizacija | | | 1 | .147 |
| 4. Stupanj depresivnosti (BDI-II) | | | | 1 |

*Napomena: **p < .01; **p < .01; SBQ-R - Uпитnik suicidalnih ponašanja – revidirano izdanje; BDI-II – Beckov inventar depresivnosti-2. izdanje

Tablica 22. Prikaz povezanosti stupnja suicidalnih ideacija (SBQ - R) s osobinama ličnosti (dimenzije temperamenta, dimenzije karaktera, stupanj impulzivnosti) u bolesnika s PTSP-om (N = 178)

| | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. |
|---|----|------|--------|---------|---------|---------|---------|--------|---------|
| 1. Stupanj suicidalnih ideacija (SBQ-R) | 1 | .069 | .326** | -.216** | -.260** | -.296** | -.282** | .107 | .404** |
| 2. Traženje novog | | 1 | .098 | -.077 | -.162* | -.149* | -.295** | .126 | .395** |
| 3. Izbjegavanje štete | | | 1 | -.276** | -.675** | -.675** | -.277** | .006 | .555** |
| 4. Ovisnost o nagradi | | | | 1 | .471** | .325** | .743** | .163* | -.351** |
| 5. Ustrajnost | | | | | 1 | .507** | .507** | .266** | -.500** |
| 6. Samousmjerenost | | | | | | 1 | .434** | -.159* | -.473** |
| 7. Suradljivost | | | | | | | 1 | .061 | -.453** |
| 8. Samotranscedencija | | | | | | | | 1 | .161* |
| 9. Stupanj impulzivnosti (BIS-11) | | | | | | | | | 1 |

*Napomena: **p < .01; **p < .01; SBQ-R - Upitnik suicidalnih ponašanja – revidirano izdanje; BDI-II – Beckov inventar depresivnosti-2.izdanje; BIS-11 - Barrattova skala impulzivnosti

4.3.1. Osobine ličnosti kao prediktori suicidalnih ideacija

S ciljem ispitivanja jedinstvenog/nezavisnog doprinosa osobina ličnosti (dimenzije temperamenta i karaktera te impulzivnost) u predviđanju stupnja suicidalnih ideacija, provedene su tri multivarijatne regresijske analize (posebno za dimenzije temperamenta, dimenzije karaktera i impulzivnost). Rezultati na upitnicima ličnosti korišteni su kao prediktori, a varijabla stupanj suicidalnih ideacija (čestica 2 na SBQ-R) korištena je kao kriterij. U regresijskim analizama kontroliran je utjecaj varijabli dob, razina obrazovanja, duljina psihijatrijskog liječenja

i komorbiditetna depresija; odnosno istražena je jedinstvena povezanost osobina ličnosti sa razinom suicidalnih ideacija povrh utjecaja sociodemografskih i kliničkih varijabli.

U prvoj multivarijantnoj regresijskoj analizi kao prediktori istraženi su dob, stupanj obrazovanja, duljina psihijatrijskog liječenja, komorbiditetna depresija te dimenzije temperamenta *traženje novog, izbjegavanje štete, ovisnost o nagradi i ustrajnost*. Niti jedna sociodemografska varijabla nije se pokazala statistički značajno povezanom sa suicidalnim ideacijama, dok je prisutnost komorbiditetne depresije bila značajno povezana sa suicidalnim ideacijama ($\beta = .242$, $p = .014$), u smislu da pripadnost skupini pacijenata koja pati od PTSP-a i depresije povećava stupanj suicidalnih ideacija. Od dimenzija temperamenta, niti jedna nije bila značajno povezana sa stupnjem suicidalnih ideacija, uz kontrolu prethodno navedenih sociodemografskih i kliničkih varijabli. Ovim modelom objašnjeno je ukupno 16% (R^2) varijance u kriteriju, odnosno varijance u razini suicidalnih ideacija (Tablica 23).

Tablica 23. Multivarijantna regresijska analiza za dimenzije temperamenta sa stupnjem suicidalnih ideacija kao kriterijem, uz kontrolu sociodemografskih i kliničkih varijabli (N = 178)

| Prediktor | B (SE) | β | p | F | R^2 |
|----------------------------------|--------------|---------|------|---------|-------|
| Dob | .001 (.014) | .003 | .965 | 3.751** | .162 |
| Stupanj obrazovanja | .011 (.190) | .005 | .953 | | |
| Dužina psihijatrijskog liječenja | .000 (.001) | .018 | .811 | | |
| Komorbiditetna depresija | .596 (.239) | .242 | .014 | | |
| Traženje novog | .007 (.007) | .071 | .364 | | |
| Izbjegavanje štete | .009 (.006) | .176 | .141 | | |
| Ovisnost o nagradi | -.007 (.006) | -.101 | .251 | | |
| Ustrajnost | .002 (.005) | .039 | .731 | | |

Napomena: **p < .01; *p < .05

U drugoj multivarijantnoj regresijskoj analizi kao prediktori istraženi su dob, stupanj obrazovanja, duljina psihijatrijskog liječenja, komorbiditetna depresija te dimenzije karaktera *ustrajnost*, *suradljivost* i *samotranscendencija*. Niti jedna sociodemografska varijabla nije se pokazala statistički značajno povezanom sa suicidalnim ideacijama, dok je prisutnost komorbiditetne depresije bila značajno povezana sa suicidalnim ideacijama ($\beta = .258$, $p = .004$), u smislu da pripadnost skupini pacijenata koja pati od PTSP-a i depresije povećava stupanj suicidalnih ideacija. Od dimenzija karaktera, *suradljivost* se pokazala značajno povezanom s razinom suicidalnih ideacija ($\beta = -.186$, $p = .027$), u smislu da se smanjenjem rezultata na dimenziji *suradljivost* povećava razina suicidalnih ideacija, uz kontrolu prethodno navedenih sociodemografskih i kliničkih varijabli. Ovim modelom objašnjeno je ukupno 18% (R^2) varijance u kriteriju, odnosno varijance u razini suicidalnih ideacija (Tablica 24).

Tablica 24. Multivarijantna regresijska analiza za dimenzije karaktera sa stupnjem suicidalnih ideacija kao kriterijem, uz kontrolu sociodemografskih i kliničkih varijabli (N = 178)

| Prediktor | B (SE) | β | p | F | R^2 |
|----------------------------------|--------------|---------|------|---------|-------|
| Dob | .002 (.013) | .013 | .867 | 4.959** | .182 |
| Stupanj obrazovanja | .051 (.184) | .022 | .784 | | |
| Dužina psihijatrijskog liječenja | .000 (.001) | .027 | .718 | | |
| Komorbiditetna depresija | .637 (.218) | .258 | .004 | | |
| Samousmjerenost | -.005 (.006) | -.094 | .361 | | |
| Suradljivost | -.011 (.005) | -.186 | .027 | | |
| Samotranscendencija | .006 (.006) | .079 | .295 | | |

Napomena: **p < .01; *p < .05

U trećoj multivarijatnoj regresijskoj analizi kao prediktori istraženi su dob, stupanj obrazovanja, duljina psihijatrijskog liječenja, komorbiditetna depresija te osobina ličnosti *impulzivnost*. Niti jedna sociodemografska varijabla nije se pokazala statistički značajno povezanom sa suicidalnim ideacijama, dok je prisutnost komorbiditetne depresije bila značajno povezana sa suicidalnim ideacijama ($\beta = .209$, $p = .011$), u smislu da pripadnost skupini pacijenata koja pati od PTSP-a i depresije povećava stupanj suicidalnih ideacija. Osobina ličnosti *impulzivnost* bila je značajno povezana s razinom suicidalnih ideacija ($\beta = .318$, $p = .000$), u smislu da se povećanjem rezultata na dimenziji *impulzivnosti* također povećava razina suicidalnih ideacija, uz kontrolu prethodno navedenih sociodemografskih i kliničkih varijabli. Ovim modelom objašnjeno je ukupno 21% (R^2) varijance u kriteriju, odnosno varijance u razini suicidalnih ideacija (Tablica 25).

Tablica 25. Multivarijatna regresijska analiza za stupanj impulzivnosti sa stupnjem suicidalnih ideacija kao kriterijem, uz kontrolu sociodemografskih i kliničkih varijabli (N = 178)

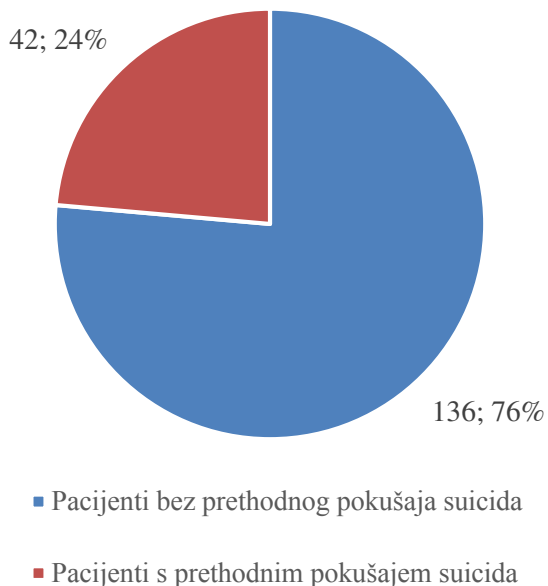
| Prediktor | B (SE) | β | p | F | R^2 |
|----------------------------------|--------------|---------|------|-------|-------|
| Dob | -.001 (.012) | -.007 | .924 | 8.282 | .207 |
| Stupanj obrazovanja | .007 (.167) | .003 | .965 | | |
| Dužina psihijatrijskog liječenja | 7.996 (.001) | .006 | .938 | | |
| Komorbiditetna depresija | .511 (.200) | .209 | .011 | | |
| Stupanj impulzivnosti (BIS-11) | .035 (.009) | .318 | .000 | | |

Napomena: **p < .01; *p < .05; BIS-11 - Barrattova skala impulzivnosti

4.4. Podskupine bolesnika s i bez prethodnog pokušaja suicida

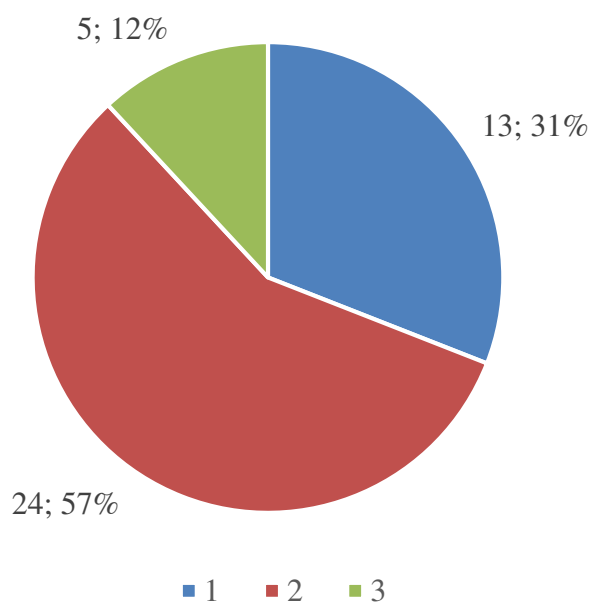
Istražene su podskupine pacijenata s (n=42) i bez prethodnog pokušaja suicida (n=136), temeljene na sociodemografskim i kliničkim čimbenicima, osobinama ličnosti (dimenzije temperamenta i karaktera te impulzivnosti) i subjektivnoj kvaliteti života. Rezultati su prikazani kao minimalna i maksimalna vrijednost, raspon, postotci/proporcije, aritmetička sredina - M i pripadajuća standardna devijacija - SD.

Usporedba mogućih razlika u prethodno navedenim sociodemografskim, kliničkim i psihološkim čimbenicima između pacijenata s i bez prethodnih pokušaja suicida provedena je putem odgovarajućih statističkih testova: dob, dužina psihijatrijskog liječenja, broj psihijatrijskih hospitalizacija, suicidalne ideacije, depresivnost, osobine ličnosti (dimenzije temperamenta i karaktera te impulzivnost) i subjektivna kvaliteta života, kao kontinuirane varijable, uspoređene su pomoću t-testa za nezavisne uzorke. Stupanj obrazovanja, kao kategorijalna varijabla, uspoređen je pomoću hi-kvadrat testa, dok su osobine ličnosti kao potencijalni prediktori pokušaja suicida istražene pomoću tri multivarijatne logističke regresijske analize.



Slika 8. Raspodjela bolesnika s PTSP-om prema prethodnom pokušaju suicida

*Napomena: n (%)



Slika 9. Raspodjela bolesnika s PTSP-om prema broju prethodnih pokušaja suicida (N = 42)
*Napomena: n (%)

4.4.1. Razlike između podskupina u sociodemografskim čimbenicima

Pacijenti s i bez prethodnog pokušaja suicida značajno se ne razlikuju u dobi ($t = -1.051$, $p = .295$) (Tablica 26).

Tablica 26. Prikaz osnovnih deskriptivnih podataka za dob bolesnika bez prethodnog pokušaja suicida ($n = 136$) i s prethodnim pokušajem suicida ($n = 42$) te rezultati t-testa

| | Klinička podskupina | | | | | |
|-----|--------------------------------|-------|-------------------------------|-------|--------|------|
| | Bolesnici bez pokušaja suicida | | Bolesnici s pokušajem suicida | | t | p |
| | M | sd | M | sd | | |
| Dob | 48.73 | 6.776 | 49.98 | 6.569 | -1.051 | .295 |

*Napomena: n – frekvencija skupine; M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; t – t-test; p – razina značajnosti

Pacijenti s i bez prethodnog pokušaja suicida značajno se razlikuju u stupnju obrazovanja ($\chi^2 = 6.081$, $p = .048$), odnosno kategorije stupnja obrazovanja značajno su povezane s pripadanjem jednoj od dviju navedenih podskupina (Tablica 28). Distribucije stupnjeva obrazovanja u ove dvije podskupine ispitanika pokazuje nižu zastupljenost visokoobrazovanih (VSS) ispitanika u podskupini pacijenata s prethodnim pokušajem suicida (Tablica 27).

Tablica 27. Prikaz raspodjele bolesnika bez prethodnog pokušaja suicida ($n = 136$) i bolesnika s prethodnim pokušajem suicida ($n = 42$) prema stupnju obrazovanja

| | Stupanj obrazovanja | | | n_2 |
|--------------------------------|---------------------|---------------|--------------------|-------|
| | Osnovna škola | Srednja škola | Visoko obrazovanje | |
| Pacijenti bez pokušaja suicida | 8 | 95 | 33 | 136 |
| Pacijenti s pokušajem suicida | 4 | 35 | 3 | 42 |
| n_1 | 12 | 130 | 36 | |

*Napomena: n_1 – frekvencija pacijenata prema stupnju obrazovanja; n_2 – frekvencija pacijenata prema pokušaju suicida

Tablica 28. Rezultati χ^2 testa povezanosti prethodnih pokušaja suicida te stupnja obrazovanja ($N = 178$)

| χ^2 | df | p |
|----------|----|------|
| 6.081 | 2 | .048 |

*Napomena: χ^2 – hi-kvadrat test; df – stupnjevi slobode; p – razina značajnosti

U Tablici 29 vidljivo je da je većina pacijenata bez prethodnog pokušaja suicida u radnom odnosu (68%), dok su pacijenti s pokušajem suicida rjeđe bili zaposleni (26%), a ova razlika je značajna ($\chi^2 = 22.705$, $p = .000$). Nadalje, znatna većina pacijenata bez pokušaja suicida je oženjena (83%), dok je taj postotak kod pacijenata sa pokušajem suicida manji (43%), te su pacijenti u potonjoj podskupini češće bili razvedeni (43%), a sveukupna razlika je značajna ($\chi^2 = 42.513$, $p = .000$). Naposljetku, sličan postotak pacijenata u dvije kliničke podskupine nema djecu (19% i 17%), oko polovica pacijenata u obje skupine ima dvoje djece (48% i 57%), te ovdje nije dobivena značajna razlika ($\chi^2 = 3.575$, $p = .612$). Povezanost stupnja religioznosti s pripadnošću ovoj kliničkoj podskupini obrađena je u posljednjem dijelu Rezultata.

Tablica 29. Prikaz ostalih sociodemografskih podataka bolesnika bez prethodnih pokušaja suicida (n = 136) i bolesnika s prethodnim pokušajem suicida (n = 42)

| Sociodemografska varijabla | | Klinička podskupina | |
|----------------------------|-------------|--|---|
| | | Bolesnici bez prethodnog pokušaja suicida n (%) | Bolesnici s prethodnim pokušajem suicida n (%) |
| Stupanj zaposlenja | Zaposleni | 92 (68) | 11 (26) |
| | Nezaposleni | 20 (15) | 15 (36) |
| | Umirovljeni | 24 (17) | 16 (38) |
| Bračni status | Oženjeni | 113 (84) | 18 (43) |
| | Samci | 13 (10) | 5 (12) |
| | Udovci | 1 (1) | 0 (0) |
| | Rastavljeni | 7 (5) | 19 (45) |

| | | | |
|-----------------------|-----------------|---------|---------|
| | 0 | 26 (19) | 7 (17) |
| | 1 | 26 (19) | 4 (10) |
| Broj djece | 2 | 66 (48) | 24 (57) |
| | 3 | 16 (12) | 6 (14) |
| | 4 | 1 (1) | 1 (2) |
| | 5 | 1 (1) | 0 (0) |
| | Vrlo religiozan | 82 (60) | 29 (69) |
| Stupanj religioznosti | Religiozan | 34 (25) | 6 (14) |
| | Neodlučan | 13 (10) | 7 (17) |
| | Nije vjernik | 7 (5) | 0 (0) |

4.4.2. Razlike između podskupina u kliničkim čimbenicima

Pacijenti sa i bez prethodnog pokušaja suicida značajno se razlikuju u duljini psihijatrijskog liječenja ($t = -4.231$, $p = .000$). Na temelju prosječnih vrijednosti izraženih kao aritmetičke sredine, pacijenti s prethodnim pokušajem suicida značajno duže se psihijatrijski liječe u odnosu na pacijente bez pokušaja suicida (Tablica 30). Nakon što je provedena Bonferroni korekcija za višestruke usporedbe ($p = .004$), ova inicijalna razlika ostala je statistički značajna.

Pacijenti s i bez prethodnog pokušaja suicida značajno se razlikuju u broju psihijatrijskih hospitalizacija ($t = -2.976$, $p = .003$). Na temelju prosječnih vrijednosti izraženih kao aritmetičke sredine, pacijenti s prethodnim pokušajem suicida značajno više puta bili su psihijatrijski

hospitalizirani u odnosu na pacijente bez pokušaja suicida (Tablica 30). Nakon što je provedena Bonferroni korekcija za višestruke usporedbe ($p = .004$), ova inicijalna razlika ostala je statistički značajna.

Pacijenti s i bez prethodnog pokušaja suicida značajno se razlikuju u stupnju depresivnosti ($t = -5.240$, $p = .000$). Na temelju prosječnih vrijednosti izraženih kao aritmetičke sredine, pacijenti s prethodnim pokušajem suicida imaju viši stupanj samoprocijenjene depresivnosti u odnosu na pacijente bez pokušaja suicida (Tablica 30). Nakon što je provedena Bonferroni korekcija za višestruke usporedbe ($p = .004$), ova inicijalna razlika ostala je statistički značajna.

Pacijenti s i bez prethodnog pokušaja suicida značajno se razlikuju u stupnju suicidalnih ideacija ($t = -5.185$, $p = .000$). Na temelju prosječnih vrijednosti izraženih kao aritmetičke sredine, pacijenti s prethodnim pokušajem suicida imaju viši stupanj samoprocijenjenih suicidalnih ideacija u odnosu na pacijente bez pokušaja suicida (Tablica 30). Nakon što je provedena Bonferroni korekcija za višestruke usporedbe ($p = .004$), ova inicijalna razlika ostala je statistički značajna.

Tablica 30. Prikaz osnovnih deskriptivnih podataka kliničkih varijabli za bolesnike bez prethodnog pokušaja suicida (n = 136) i bolesnike s prethodnim pokušajem suicida (n = 42) te rezultati t-testa između navedenih kliničkih podskupina

| Kliničke varijable | Klinička podskupina | | | | | |
|--|---|-------|--|-------|--------|------|
| | Bolesnici bez prethodnog pokušaja suicida | | Bolesnici s prethodnim pokušajem suicida | | t | p |
| | M | sd | M | sd | | |
| Dužina psihijatrijskog liječenja | 62.68 | 73.12 | 121.07 | 87.54 | -4.231 | .000 |
| Broj psihijatrijskih hospitalizacija | .84 | 1.27 | 1.54 | 1.38 | -2.976 | .003 |
| Stupanj depresivnosti (BDI - II) | 20.82 | 12.95 | 33.38 | 14.07 | -5.240 | .000 |
| Stupanj suicidalnih ideacija (SBQ-R-2) | 1.74 | 1.00 | 2.74 | 1.25 | -5.185 | .000 |

*Napomena: n – frekvencija skupine; M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; t – t-test; p – razina značajnosti; BDI-II – Beckov inventar depresivnosti-2. izdanje; SBQ-R-2 - Upitnik suicidalnih ponašanja – revidirano izdanje

4.4.3. Razlike između podskupina u osobinama ličnosti

Pacijenti s i bez prethodnog pokušaja suicida značajno se razlikuju u dimenziji temperamenta *izbjegavanje štete* ($t = -2.581$, $p = .011$). Na temelju prosječnih vrijednosti izraženih kao aritmetičke sredine, pacijenti s prethodnim pokušajem suicida imaju izraženije *izbjegavanje štete* u odnosu na pacijente bez pokušaja suicida. No, nakon što je provedena

Bonferroni korekcija za višestruke usporedbe ($p = .004$), ova inicijalna razlika više nije bila statistički značajna (Tablica 31).

Pacijenti s i bez prethodnog pokušaja suicida značajno se razlikuju u dimenziji karaktera *samotranscendencija* ($t = -1.958$, $p = .048$). Na temelju prosječnih vrijednosti izraženih kao aritmetičke sredine, pacijenti s prethodnim pokušajem suicida imaju više izraženu *samotranscendenciju* u odnosu na pacijente bez pokušaja suicida. No, nakon što je provedena Bonferroni korekcija za višestruke usporedbe ($p = .004$), ova inicijalna razlika više nije bila statistički značajna (Tablica 31).

Tablica 31. Prikaz osnovnih deskriptivnih podataka osobina ličnosti (dimenzija temperamenta i karaktera) za bolesnike bez prethodnog pokušaja suicida ($n = 136$) i bolesnike s prethodnim pokušajem suicida ($n = 42$) te rezultati t-testa između navedenih kliničkih podskupina

| | Klinička podskupina | | | | | |
|---------------------|---|--------|--|--------|--------|------|
| | Bolesnici bez prethodnog pokušaja suicida | | Bolesnici s prethodnim pokušajem suicida | | t | p |
| | M | sd | M | sd | | |
| Traženje novog | 94.96 | 11.847 | 98.85 | 15.723 | -1.701 | .091 |
| Izbjegavanje štete | 112.30 | 21.663 | 122.78 | 26.242 | -2.581 | .011 |
| Ovisnost o nagradi | 94.88 | 18.013 | 92.88 | 12.793 | .663 | .508 |
| Ustrajnost | 106.23 | 23.736 | 99.61 | 31.773 | 1.440 | .152 |
| Samousmjerenost | 130.76 | 19.793 | 131.88 | 24.098 | -.302 | .763 |
| Suradljivost | 128.01 | 18.571 | 124.12 | 20.204 | 1.153 | .251 |
| Samotranscendencija | 72.09 | 14.854 | 77.34 | 15.725 | -1.958 | .048 |

*Napomena: n – frekvencija skupine; M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; t – t-test; p – razina značajnosti

Pacijenti sa i bez prethodnog pokušaja suicida ne razlikuju se značajno ($t = -1.576$, $p = .117$) u *impulzivnosti* kao osobini ličnosti (Tablica 32).

Tablica 32. Prikaz osnovnih deskriptivnih podataka stupnja impulzivnosti za bolesnike bez prethodnog pokušaja suicida ($n = 136$) i bolesnike s prethodnim pokušajem suicida ($n = 42$) te rezultati t-testa između navedenih kliničkih podskupina

| | Klinička podskupina | | | | | |
|--------------------------------|---|--------|--|-------|--------|------|
| | Bolesnici bez prethodnog pokušaja suicida | | Bolesnici s prethodnim pokušajem suicida | | t | p |
| | M | sd | M | sd | | |
| Stupanj impulzivnosti (BIS-11) | 65.79 | 10.639 | 68.79 | 9.889 | -1.576 | .117 |

*Napomena: n – frekvencija skupine; M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; t – t-test; p – razina značajnosti; BIS-11 - Barrattova skala impulzivnosti

4.4.4. Razlike između podskupina u subjektivnoj kvaliteti života

Pacijenti sa i bez prethodnog pokušaja suicida značajno se razlikuju u subjektivnoj kvaliteti života, odnosno samoprocijenjenom zadovoljstvu životom ($t = 4.659$, $p = .000$). Na temelju prosječnih vrijednosti izraženih kao aritmetičke sredine, pacijenti s prethodnim pokušajem suicida imaju niži stupanj subjektivne kvalitete života u odnosu na pacijente bez pokušaja suicida. Nakon što je provedena Bonferroni korekcija za višestruke usporedbe ($p = .004$), ova inicijalna razlika ostala je statistički značajna (Tablica 33).

Tablica 33. Prikaz osnovnih deskriptivnih podataka subjektivne kvalitete života (SWLS) za bolesnike bez prethodnog pokušaja suicida (n = 136) i bolesnike s prethodnim pokušajem suicida (n = 42) te rezultati t-testa između navedenih kliničkih podskupina

| | Klinička podskupina | | | | | |
|---|---|-------|--|-------|-------|------|
| | Bolesnici bez prethodnog pokušaja suicida | | Bolesnici s prethodnim pokušajem suicida | | t | p |
| | M | sd | M | sd | | |
| Subjektivno zadovoljstvo životom (SWLS) | 13.09 | 4.680 | 9.26 | 3.898 | 4.659 | .000 |

*Napomena: n – frekvencija skupine; M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija; t – t-test; p – razina značajnosti; SWLS – Upitnik zadovoljstva životom

4.4.5. Osobine ličnosti kao prediktori pokušaja suicida

S ciljem istraživanja jedinstvenog/neovisnog doprinosa osobina ličnosti (dimenzije temperamenta i kratkera te impulzivnost) u predviđanju pripadnosti kliničkim podskupinama, provedene su tri multivarijatne logističke regresijske analize (posebno za dimenzije temperamenta, dimenzije karaktera i impulzivnost). Rezultati na samoprocjenskim upitnicima ličnosti korišteni su kao prediktori, a varijabla pripadnost kliničkoj skupini (pokušaj vs. bez pokušaja suicida) korištena je kao kriterij. Pritom je u regresijskim analizama kontroliran utjecaj varijabli dob, razina obrazovanja i duljina psihijatrijskog liječenja; odnosno istražena je jedinstvena povezanost osobina ličnosti s pripadnošću podskupini povrh utjecaja sociodemografskih i kliničkih varijabli.

U prvoj multivarijatnoj logističkoj regresijskoj analizi kao prediktori istraženi su dob, stupanj obrazovanja, duljina psihijatrijskog liječenja, te dimenzije temperamenta *traženje novog*, *izbjegavanje štete*, *ovisnost o nagradi* i *ustrajnost*. Od kontrolnih varijabli duljina psihijatrijskog

liječenja se pokazala značajno povezanom s pripadnošću kliničkoj podskupini (Waldov $\chi^2 = 10.768$, $p = .001$). Od dimenzija temperamenta, *izbjegavanje štete* pokazalo se značajno povezanom s pripadnošću kliničkoj podskupini (Waldov $\chi^2 = 4.487$, $p = .034$), u smislu da se povećanjem rezultata na dimenziji izbjegavanje štete također povećava vjerojatnost da je pojedinac imao prethodni pokušaj suicida. Nadalje, dimenzija *traženje novog* pokazala je granično (ne)značajnu povezanost s pripadnošću kliničkoj podskupini (Waldov $\chi^2 = 3.655$, $p = .054$), u smislu trenda pri kojem se povećanjem rezultata na dimenziji *traženje novog* također povećava vjerojatnost da je pojedinac imao prethodni pokušaj suicida. Ovim modelom objašnjeno je ukupno 24% (Nagelkerke R^2) varijance u kriteriju, odnosno varijance u pripadanju kliničkoj podskupini (Tablica 34).

Tablica 34. Multivarijatna logistička regresijska analiza za dimenzije temperamenta s pripadnošću kliničkoj podskupini (bez prethodnog pokušaja suicida vs. prethodni pokušaj suicida), uz kontrolu utjecaja dobi, razine obrazovanja i dužine psihijatrijskog liječenja (N=178)

| Varijabla | B (S.E.) | Wald | df | p | Exp(B) | Nagelkerke R^2 |
|----------------------------------|--------------|--------|----|------|--------|------------------|
| Dob | .051 (.033) | 2.394 | 1 | .122 | 1.053 | .238 |
| Razina obrazovanja | -.755 (.490) | 2.376 | 1 | .123 | .470 | |
| Dužina psihijatrijskog liječenja | .008 (.002) | 10.768 | 1 | .001 | 1.008 | |
| Traženje novog | .030 (.017) | 3.655 | 1 | .054 | 1.023 | |
| Izbjegavanje štete | .027 (.013) | 4.487 | 1 | .034 | 1.028 | |
| Ovisnost o nagradi | .003 (.014) | .040 | 1 | .842 | 1.003 | |
| Ustrajnost | .011 (.012) | .818 | 1 | .366 | 1.011 | |

*Napomena: B – nestandardizirani koeficijent prediktorskih varijabli; S.E. – standardna pogreška; Wald – Waldov test; df – stupnjevi slobode; p – razina značajnosti; Exp(B) – prognostička vrijednost za pojedini prediktor ; R^2 – koeficijent determinacije

U drugoj multivarijatnoj logističkoj regresijskoj analizi kao prediktori istraženi su dob, stupanj obrazovanja, duljina psihijatrijskog liječenja, te dimenzije karaktera *ustrajnost*, *suradljivost* i *samotranscendencija*. Od kontrolnih varijabli stupanj obrazovanja (Waldov $\chi^2 = 5.232$, $p = .022$) i duljina psihijatrijskog liječenja (Waldov $\chi^2 = 10.312$, $p = .001$) pokazale su se značajno povezanima s pripadnošću kliničkoj podskupini. Od dimenzija karaktera, *samotranscendencija* se pokazala značajno povezanom s pripadnošću kliničkoj podskupini (Waldov $\chi^2 = 5.156$, $p = .023$), u smislu da se povećanjem rezultata na dimenziji *samotranscendencija* također povećava vjerojatnost da će pojedinac imati prethodni pokušaj suicida. Ovim modelom objašnjeno je ukupno 22% (Nagelkerke R^2) varijance u kriteriju, odnosno varijance u pripadanju kliničkoj podskupini (Tablica 35).

Tablica 35. Multivarijatna logistička regresijska analiza za dimenzije karaktera s pripadnošću kliničkoj podskupini (bez prethodnog pokušaja suicida vs. prethodni pokušaj suicida), uz kontrolu utjecaja dobi, razine obrazovanja i dužine psihijatrijskog liječenja (N=178)

| Varijabla | B (S.E.) | Wald | df | p | Exp(B) | Nagelkerke R^2 |
|----------------------------------|---------------|--------|----|------|--------|------------------|
| Dob | .034 (.034) | .969 | 1 | .325 | 1.034 | .219 |
| Razina obrazovanja | -1.133 (.495) | 5.232 | 1 | .022 | .322 | |
| Dužina psihijatrijskog liječenja | .008 (.002) | 10.312 | 1 | .001 | 1.008 | |
| Samousmjerenost | .020 (.012) | 2.976 | 1 | .084 | 1.021 | |
| Suradljivost | -.018 (.012) | 2.240 | 1 | .135 | .982 | |
| Samotranscendencija | .036 (.016) | 5.156 | 1 | .023 | 1.036 | |

*Napomena: B – nestandardizirani koeficijent prediktorskih varijabli; S.E. – standardna pogreška; Wald – Waldov test; df – stupnjevi slobode; p – razina značajnosti; Exp(B) – prognostička vrijednost za pojedini prediktor; R^2 – koeficijent determinacije

U trećoj multivarijatnoj logističkoj regresijskoj analizi kao prediktori istraženi su dob, stupanj obrazovanja, duljina psihijatrijskog liječenja, te osobina ličnosti *impulzivnost*. Od kontrolnih varijabli duljina psihijatrijskog liječenja se pokazala značajno povezanom s pripadnošću kliničkoj podskupini (Waldov $\chi^2 = 15.685$, $p = .000$). Osobina ličnosti *impulzivnost* nije bila značajno povezana s pripadnošću kliničkoj podskupini (Waldov $\chi^2 = .613$, $p = .434$). Ovim modelom objašnjeno je ukupno 22% (Nagelkerke R^2) varijance u kriteriju, odnosno varijance u pripadanju kliničkoj podskupini (Tablica 36).

Tablica 36. Multivarijatna logistička regresijska analiza za impulzivnost s pripadnošću kliničkoj podskupini (bez prethodnog pokušaja suicida vs. s prethodnim pokušajem suicida), uz kontrolu utjecaja dobi, razine obrazovanja i dužine psihijatrijskog liječenja (N=178)

| Varijabla | B (S.E.) | Wald | df | p | Exp(B) | Nagelkerke R^2 |
|----------------------------------|--------------|--------|----|------|--------|------------------|
| Dob | .040 (.033) | 1.469 | 1 | .226 | 1.040 | .215 |
| Razina obrazovanja | -.868 (.457) | 3.610 | 1 | .057 | .420 | |
| Dužina psihijatrijskog liječenja | .010 (.002) | 15.685 | 1 | .000 | 1.010 | |
| Stupanj impulzivnosti (BIS-11) | .016 (.020) | .613 | 1 | .434 | 1.016 | |

*Napomena: B – nestandardizirani koeficijent prediktorskih varijabli; S.E. – standardna pogreška; Wald – Waldov test; df – stupnjevi slobode; p – razina značajnosti; Exp(B) – prognostička vrijednost za pojedini prediktor ; R^2 – koeficijent determinacije; BIS-11 - Barrattova skala impulzivnosti

4.5. Povezanost sociodemografskih i kliničkih čimbenika te osobina ličnosti sa subjektivnom kvalitetom života

U svrhu utvrđivanje jednostavne povezanosti sociodemografskih i kliničkih čimbenika,

kao i osobina ličnosti (dimenzije temperamenta i karaktera te impulzivnost) sa subjektivnom kvalitetom života, odnosno zadovoljstvom životom, u pacijenata liječenih od PTSP-a (N = 178), provedene su odgovarajuće korelacijske analize, a rezultati su prikazani putem Pearsonovog, Spearmanovog ili Point-biserijalnog koeficijenta korelacije.

Od sociodemografskih varijabli, stupanj obrazovanja pokazao se značajno pozitivno povezanom sa subjektivnom kvalitetom života ($r = .41, p < .01$), dok je radni status (dihotomna varijabla: nezaposleni i zaposleni/umirovljeni) bio značajno negativno povezan sa zadovoljstvom životom ($r = -.38, p < .01$) (Tablica 37). Što se tiče kliničkih čimbenika, duljina psihijatrijskog liječenja i broj psihijatrijskih hospitalizacija nisu bili značajno povezani, dok je razina samoprocijenjene depresivnosti bila značajno negativno povezana sa subjektivnom kvalitetom života ($r = -.69, p < .01$) (Tablica 38).

Tablica 37. Prikaz povezanosti razine subjektivne kvalitete života (SWLS) sa sociodemografskim podacima (N = 178)

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|-------|--------|---------|
| 1. Subjektivna kvaliteta života (SWLS) | 1 | -.006 | .410** | -.376** |
| 2. Dob | | 1 | -.054 | -.088 |
| 3. Stupanj obrazovanja | | | 1 | -.246** |
| 4. Radni status | | | | 1 |

*Napomena: ** $p < .01$; ** $p < .01$; SWLS – Upitnik zadovoljstva životom

Tablica 38. Prikaz povezanosti razine subjektivne kvalitete života (SWLS) s kliničkim varijablama (N = 178)

| | 1. | 2. | 3. | 4. |
|---|----|-------|--------|---------|
| 1. Subjektivna kvaliteta života (SWLS) | 1 | -.038 | .101 | -.693** |
| 2. Dužina psihijatrijskog liječenja | | 1 | .325** | .164* |
| 3. Broj psihijatrijskih hospitalizacija | | | 1 | .147 |
| 4. Stupanj depresivnosti (BDI-II) | | | | 1 |

*Napomena: **p < .01; **p < .01; BDI-II – Beckov inventar depresivnosti-2. izdanje; SWLS – Upitnik zadovoljstva životom

Od osobina ličnosti, dimenzija temperamenta *izbjegavanje štete* bila je značajno negativno povezana ($r = -.59$, $p < .01$), dok su dimenzije temperamenta *ovisnost o nagradi* ($r = .19$, $p = .013$) i *ustrajnost* ($r = .46$, $p < .01$) pokazale značajnu pozitivnu povezanost sa subjektivnom kvalitetom života. Dimenzije karaktera *samousmjerenost* ($r = .49$, $p < .01$) i *suradljivost* ($r = .15$, $p = .048$) pokazale su značajnu pozitivnu povezanost sa subjektivnom kvalitetom života. Naposljetku, osobina ličnosti *impulzivnost* bila je značajno negativno povezana sa subjektivnom kvalitetom života ($r = -.32$, $p < .01$) (Tablica 39.).

Tablica 39. Prikaz povezanosti razine subjektivne kvalitete života (SWLS) s osobinama ličnosti (dimenzije temperamenta, dimenzije karaktera, stupanj impulzivnosti) (N = 178)

| | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. |
|-----------------------------------|----|------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|---------|
| 1. Subjektivna kvaliteta života | 1 | .047 | -.595** | .191* | .462** | .486** | .152* | -.064 | -.321** |
| 2. Traženje novog | | 1 | .098 | -.077 | -.162* | -.149* | -.295** | .126 | .395** |
| 3. Izbjegavanje štete | | | 1 | -.276** | -.675** | -.675** | -.277** | .006 | .555** |
| 4. Ovisnost o nagradi | | | | 1 | .471** | .325** | .743** | .163* | -.351** |
| 5. Ustrajnost | | | | | 1 | .507** | .507** | .266** | -.500** |
| 6. Samousmjerenost | | | | | | 1 | .434** | -.159* | -.473** |
| 7. Suradljivost | | | | | | | 1 | .061 | -.453** |
| 8. Samotranscedencija | | | | | | | | 1 | .161* |
| 9. Stupanj impulzivnosti (BIS-11) | | | | | | | | | 1 |

*Napomena: **p < .01; *p < .05; BIS-11 - Barrattova skala impulzivnosti

4.5.1. Osobine ličnosti kao prediktori subjektivne kvalitete života

S ciljem istraživanja jedinstvenog/neovisnog doprinosa osobina ličnosti (dimenzije temperamenta i kratkera te impulzivnost) u predviđanju subjektivne kvalitete života, odnosno zadovoljstva životom, provedene su tri multivarijatne regresijske analize (posebno za dimenzije temperamenta, dimenzije karaktera i impulzivnost). Rezultati na samoprocjenskim upitnicima ličnosti korišteni su kao prediktori, a varijabla subjektivne kvalitete života (ukupni rezultat na upitniku SWLS) korištena je kao kriterij. Pritom, u regresijskim analizama kontroliran je utjecaj varijabli dob, razina obrazovanja, radni status (dihotomna varijabla: nezaposleni i zaposleni/umirovljeni), duljina psihijatrijskog liječenja i stupanj depresivnosti; odnosno, istražena je jedinstvena povezanost osobina ličnosti sa razinom subjektivne kvalitete života povrh utjecaja sociodemografskih i kliničkih varijabli.

U prvoj multivarijantnoj regresijskoj analizi kao prediktori istraženi su dob, stupanj obrazovanja, radni status, duljina psihijatrijskog liječenja, stupanj depresivnosti te dimenzije temperamenta *traženje novog*, *izbjegavanje štete*, *ovisnost o nagradi* i *ustrajnost*. Sociodemografska varijabla stupanj obrazovanja ($\beta = .206$, $p = .002$) pokazala se značajno povezanom, a također je i stupanj depresivnosti bio značajno povezan sa subjektivnom kvalitetom života ($\beta = -.532$, $p = .000$), u smislu da viša razina obrazovanja i niži stupanj depresivnosti povećavaju subjektivnu kvalitetu života. Od dimenzija temperamenta, samo je *traženje novog* bilo značajno povezana sa zadovoljstvom životom ($\beta = .134$, $p = .021$), u smislu da se povećanjem rezultata na dimenziji *traženje novog* povećava razina zadovoljstva životom, uz kontrolu prethodno navedenih sociodemografskih i kliničkih varijabli. Ovim modelom objašnjeno je ukupno 53% (R^2) varijance u kriteriju, odnosno varijance u razini subjektivne kvalitete života (Tablica 40).

Tablica 40. Multivarijantna regresijska analiza za dimenzije temperamenta sa subjektivnom kvalitetom života kao kriterijem, uz kontrolu sociodemografskih i kliničkih varijabli (N = 178)

| Prediktor | B (SE) | β | p | F | R^2 |
|----------------------------------|--------------|---------|------|----------|-------|
| Dob | -.002 (.041) | -.004 | .952 | 20.504** | .529 |
| Stupanj obrazovanja | 1.895 (.587) | .206 | .002 | | |
| Radni status | .485 (.342) | .086 | .159 | | |
| Dužina psihijatrijskog liječenja | .002 (.003) | .035 | .549 | | |
| Stupanj depresivnosti (BDI-II) | -.174 (.027) | -.532 | .000 | | |
| Traženje novog | .051 (.022) | .134 | .021 | | |
| Izbjegavanje štete | -.032 (.019) | -.159 | .092 | | |
| Ovisnost o nagradi | -.033 (.018) | -.124 | .066 | | |
| Ustrajnost | .012 (.015) | .069 | .419 | | |

Napomena: ** $p < .01$; * $p < .05$; BDI-II – Beckov inventar depresivnosti-2. izdanje; SWLS – Upitnik zadovoljstva životom

U drugoj multivarijantnoj regresijskoj analizi kao prediktori istraženi su dob, stupanj obrazovanja, radni status, duljina psihijatrijskog liječenja, stupanj depresivnosti te dimenzije karaktera *ustrajnost*, *suradljivost* i *samotranscendencija*. Sociodemografska varijabla stupanj obrazovanja ($\beta = .197$, $p = .003$) pokazala se značajno povezanom, a također je i stupanj depresivnosti bio značajno povezan sa subjektivnom kvalitetom života ($\beta = -.706$, $p < .01$), u smislu da viša razina obrazovanja i niži stupanj depresivnosti povećavaju subjektivnu kvalitetu života. Od dimenzija karaktera, *samousmjerenost* ($\beta = .163$, $p = .040$) i *suradljivost* ($\beta = .199$, $p = .003$) pokazale su značajnu povezanost sa subjektivnom kvalitetom života, u smislu da se povećanjem rezultata na dimenzijama *samousmjerenost* i *suradljivost* povećava stupanj zadovoljstva životom, uz kontrolu prethodno navedenih sociodemografskih i kliničkih varijabli. Ovim modelom objašnjeno je ukupno 52% (R^2) varijance u kriteriju, odnosno varijance u razini subjektivne kvalitete života (Tablica 41).

Tablica 41. Multivarijantna regresijska analiza za dimenzije karaktera sa subjektivnom kvalitetom života (SWLS) kao kriterijem, uz kontrolu sociodemografskih i kliničkih varijabli (N = 178)

| Prediktor | B (SE) | β | p | F | R^2 |
|----------------------------------|--------------|---------|------|----------|-------|
| Dob | -.017 (.040) | -.024 | .683 | 22.298** | .522 |
| Stupanj obrazovanja | 1.817 (.602) | .197 | .003 | | |
| Radni status | .269 (.353) | .047 | .448 | | |
| Dužina psihijatrijskog liječenja | .002 (.003) | .031 | .600 | | |
| Stupanj depresivnosti (BDI-II) | -.202 (.023) | -.616 | .000 | | |
| Samousmjerenost | .037 (.018) | .163 | .040 | | |
| Suradljivost | -.048 (.016) | -.199 | .003 | | |
| Samotranscendencija | .037 (.018) | .112 | .056 | | |

Napomena: ** $p < .01$; * $p < .05$; BDI-II – Beckov inventar depresivnosti-2. izdanje; SWLS – Uпитnik zadovoljstva životom

U trećoj multivarijantnoj regresijskoj analizi kao prediktori ispitivani su dob, stupanj obrazovanja, radni status, duljina psihijatrijskog liječenja, stupanj depresivnosti te osobina ličnosti *impulzivnost*. Sociodemografska varijabla stupanj obrazovanja ($\beta = .236$, $p < .01$) pokazala se značajno povezanom, a također je i stupanj depresivnosti bio značajno povezan sa subjektivnom kvalitetom života ($\beta = -.706$, $p = .000$), u smislu da viša razina obrazovanja i niži stupanj depresivnosti povećavaju subjektivnu kvalitetu života. Osobina ličnosti *impulzivnost* nije bila značajno povezana sa subjektivnom kvalitetom života ($\beta = .140$, $p = .054$), u smislu da se promjenom rezultata na dimenziji *impulzivnosti* ne mijenja razina zadovoljstva životom, uz kontrolu prethodno navedenih sociodemografskih i kliničkih varijabli. Ovim modelom objašnjeno je ukupno 51% (R^2) varijance u kriteriju, odnosno varijance u razini subjektivne kvalitete života (Tablica 42).

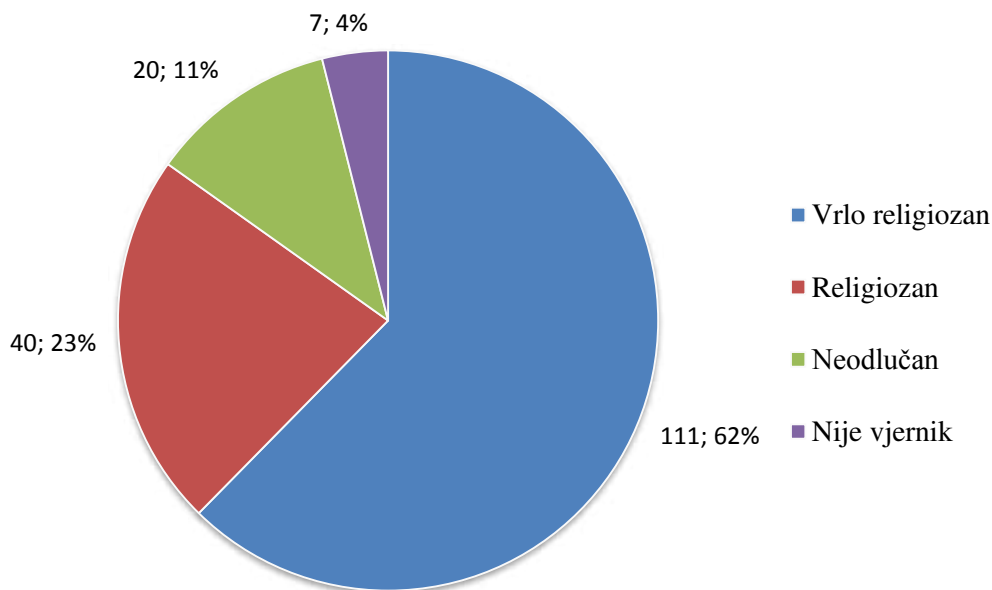
Tablica 42. Multivarijantna regresijska analiza za stupanj impulzivnosti sa subjektivnom kvalitetom života (SWLS) kao kriterijem, uz kontrolu sociodemografskih i kliničkih varijabli (N = 178)

| Prediktor | B (SE) | β | p | F | R^2 |
|----------------------------------|--------------|---------|------|----------|-------|
| Dob | -.011 (.040) | -.016 | .782 | 27.950** | .507 |
| Stupanj obrazovanja | 2.149 (.567) | .236 | .000 | | |
| Radni status | .505 (.347) | .089 | .148 | | |
| Dužina psihijatrijskog liječenja | .002 (.003) | .039 | .512 | | |
| Stupanj depresivnosti (BDI-II) | -.231 (.024) | -.706 | .000 | | |
| Stupanj impulzivnosti (BIS-11) | .065 (.032) | .140 | .054 | | |

Napomena: ** $p < .01$; * $p < .05$; BYI-II – Beckov inventar depresivnosti; SWLS – Uпитnik zadovoljstva životom; BIS-11 - Barrattova skala impulzivnosti

4.6. Religioznost kao prediktor kliničkih čimbenika i subjektivne kvalitete života

S ciljem ispitivanja jedinstvenog/neovisnog doprinosa religioznosti pacijenata liječenih od s ratom povezanog PTSP-a (N = 178) u predviđanju kliničkih čimbenika (PTSP i komorbiditetna depresija, prethodni suicidalni pokušaji i suicidalne ideacije) i subjektivne kvalitete života, provedene su četiri multivarijatne regresijske analize (u slučaju PTSP-a i komorbiditetne depresije i prethodnih suicidalnih pokušaja provedena je multivarijatna logistička regresijska analiza). Samoprocijenjeni stupanj religioznosti (1 = vrlo religiozan, 2 = religiozan, 3 = neodlučan, 4 = nije vjernik) korišten je kao prediktor, a četiri kliničke varijable korištene su kao kriterij. Pritom je u regresijskim analizama kontroliran utjecaj varijabli dob, razina obrazovanja i duljina psihijatrijskog liječenja; odnosno istražena je jedinstvena povezanost stupnja religioznosti sa navedenim kliničkim varijablama povrh utjecaja dobi, razine obrazovanja i duljine psihijatrijskog liječenja. Vezano uz raspodjelu pacijenata po pitanju samoprocenjenog stupnja religioznosti, vrlo religioznima opisalo se 62% pacijenata s PTSP-om, religioznima 23%, neodlučnima po pitanju vjere 11%, a kao nevjernici izjasnilo se 4% pacijenata (Slika 10).



Slika 10. Raspodjela bolesnika s PTSP-om prema stupnju religioznosti (N = 178)

4.6.1. Religioznost i komorbiditetni PTSP i depresija

U multivarijatnoj logističkoj regresijskoj analizi kao prediktori istraženi su dob, stupanj obrazovanja, duljina psihijatrijskog liječenja, te stupanj religioznosti. Od kontrolnih varijabli stupanj obrazovanja pokazao se značajno povezanim s pripadnošću kliničkoj podskupini (Waldov $\chi^2 = 8.889$, $p = .003$). Stupanj religioznosti nije bio značajno povezan s pripadnošću kliničkoj podskupini (Waldov $\chi^2 = .089$, $p = .766$), u smislu da promjena razine religioznosti ne prati promjenu vjerojatnosti pripadanja pojedinca skupini s PTSP-om ili skupini s PTSP-om i depresijom. Ovim modelom objašnjeno je ukupno 10% (Nagelkerke R^2) varijance u kriteriju, odnosno varijance u pripadanju kliničkoj podskupini (Tablica 43).

Tablica 43. Multivarijatna logistička regresijska analiza za religioznost s pripadnošću kliničkoj podskupini (PTSP vs. PTSP+depresija), uz kontrolu utjecaja dobi, stupnja obrazovanja i dužine psihijatrijskog liječenja (N = 178)

| Varijabla | B (S.E.) | Wald | df | p | Exp(B) | Nagelkerke R^2 |
|----------------------------------|---------------|-------|----|------|--------|------------------|
| Dob | .019 (.026) | .539 | 1 | .463 | 1.020 | .099 |
| Stupanj obrazovanja | -1.171 (.393) | 8.889 | 1 | .003 | .310 | |
| Dužina psihijatrijskog liječenja | .001 (.002) | .323 | 1 | .570 | 1.001 | |
| Stupanj religioznosti | -.064 (.216) | .089 | 1 | .766 | .938 | |

*Napomena: B – nestandardizirani koeficijent prediktorskih varijabli; S.E. – standardna pogreška; Wald – Waldov test; df – stupnjevi slobode; p – razina značajnosti; Exp(B) – prognostička vrijednost za pojedini prediktor ; R^2 – koeficijent determinacije

4.6.2. Religioznost i suicidalne ideacije

U multivarijatnoj regresijskoj analizi kao prediktori istraženi su dob, stupanj obrazovanja, duljina psihijatrijskog liječenja, te stupanj religioznosti. Od kontrolnih varijabli niti jedna nije bila značajno povezana s razinom suicidalnih ideacija. Stupanj religioznosti nije bio značajno povezan s razinom suicidalnih ideacija ($\beta = -.007$, $p = .929$), u smislu da promjena razine religioznosti ne prati promjenu stupnja suicidalnih ideacija kod ovih ispitanika. Ovim modelom objašnjeno je ukupno 0.5% (R^2) varijance u kriteriju, odnosno varijance u razini suicidalnih promišljanja (Tablica 44).

Tablica 44. Multivarijatna regresijska analiza za religioznost sa stupnjem suicidalnih ideacija (SBQ-R) kao kriterijem, uz kontrolu dobi, stupnja obrazovanja te dužine psihijatrijskog liječenja (N = 178)

| Prediktor | B (SE) | β | p | F | R^2 |
|----------------------------------|--------------|---------|------|------|-------|
| Dob | -.004 (.014) | -.024 | .766 | .812 | -.005 |
| Stupanj obrazovanja | -.263 (.180) | -.116 | .147 | | |
| Dužina psihijatrijskog liječenja | .001 (.001) | .068 | .395 | | |
| Stupanj religioznosti | -.010 (.110) | -.007 | .929 | | |

Napomena: **p < .01; *p < .05; SBQ-R-2 – Uпитnik suicidalnih ponašanja – revidirano izdanje

4.6.3. Religioznost i prethodni pokušaj suicida

U multivarijatnoj logističkoj regresijskoj analizi kao prediktori istraženi su dob, stupanj

obrazovanja, duljina psihijatrijskog liječenja, te stupanj religioznosti. Od kontrolnih varijabli stupanj obrazovanja (Waldov $\chi^2 = 4.368$, $p = .037$) i duljina psihijatrijskog liječenja (Waldov $\chi^2 = 14.020$, $p = .000$) pokazali su se značajno povezanim s prethodnim pokušajem suicida. Stupanj religioznosti nije bio značajno povezan s pripadnošću kliničkoj podskupini (Waldov $\chi^2 = .022$, $p = .883$), u smislu da promjena razine religioznosti ne prati promjenu vjerojatnosti pripadanja pojedinca skupini s ili bez prethodnog pokušaja suicida. Ovim modelom objašnjeno je ukupno 17% (Nagelkerke R^2) varijance u kriteriju, odnosno varijance u pripadanju kliničkoj podskupini (Tablica 45).

Tablica 45. Multivarijatna logistička regresijska analiza za religioznost s prethodnim pokušajem suicida (bez prethodnog pokušaja suicida vs. s prethodnim pokušajem suicida), uz kontrolu utjecaja dobi, stupnja obrazovanja i dužine psihijatrijskog liječenja (N = 178)

| Varijabla | B (S.E.) | Wald | df | p | Exp(B) | Nagelkerke R^2 |
|----------------------------------|--------------|--------|----|------|--------|------------------|
| Dob | .022 (.031) | .521 | 1 | .471 | 1.022 | .174 |
| Stupanj obrazovanja | -.902 (.431) | 4.368 | 1 | .037 | .406 | |
| Dužina psihijatrijskog liječenja | .009 (.002) | 14.020 | 1 | .000 | 1.009 | |
| Stupanj religioznosti | .036 (.242) | .022 | 1 | .883 | 1.036 | |

*Napomena: B – nestandardizirani koeficijent prediktorskih varijabli; S.E. – standardna pogreška; Wald – Waldov test; df – stupnjevi slobode; p – razina značajnosti; Exp(B) – prognostička vrijednost za pojedini prediktor; R^2 – koeficijent determinacije

4.6.4. Religioznost i subjektivna kvaliteta života

U multivarijatnoj logističkoj regresijskoj analizi kao prediktori istraženi su dob, stupanj

obrazovanja, duljina psihijatrijskog liječenja, te stupanj religioznosti. Od kontrolnih varijabli stupanj obrazovanja ($\beta = .398$, $p = .000$) bio je značajno povezan sa subjektivnom kvalitetom života. Stupanj religioznosti nije bio značajno povezan sa subjektivnom kvalitetom života ($\beta = .031$, $p = .677$), u smislu da promjena razine religioznosti ne prati promjenu u zadovoljstvu životom kod ovih ispitanika. Ovim modelom objašnjeno je ukupno 14% (R^2) varijance u kriteriju, odnosno varijance u subjektivnoj kvaliteti života (Tablica 46).

Tablica 46. Multivarijatna regresijska analiza za religioznost sa subjektivnom kvalitetom života (SWLS) kao kriterijem, uz kontrolu dobi, stupnja obrazovanja te dužine psihijatrijskog liječenja (N = 178)

| Prediktor | B (SE) | β | p | F | R^2 |
|----------------------------------|--------------|---------|------|---------|-------|
| Dob | .025 (.052) | .035 | .638 | 7.660** | .143 |
| Stupanj obrazovanja | 3.665 (.684) | .398 | .000 | | |
| Dužina psihijatrijskog liječenja | .000 (.004) | -.004 | .960 | | |
| Stupanj religioznosti | .174 (.419) | .031 | .677 | | |

Napomena: **p < .01; *p < .05; SWLS – Upitnik zadovoljstva životom

5. RASPRAVA

U ovom istraživanju ispitivali smo povezanost, odnosno uloge osobina ličnosti hrvatskih ratnih veterana koji boluju od PTSP u kontekstu razvoja komorbiditetnog depresivnog poremećaja, povećanog suicidalnog rizika te narušene subjektivne kvalitete života, odnosno sveopćeg zadovoljstva vlastitim životom. Nadalje, dodatno je provjeren značaj razine religioznosti hrvatskih branitelja kao potencijalni protektivni čimbenik vezano uz prethodno navedene psihijatrijske i psihološke entitete.

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 178 branitelja liječenih od PTSP-a na Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Zagreb, koji su sudjelovali u Domovinskom ratu u periodu između 1991. i 1995. godine. Prosječna starosna dob branitelja bila je 49 godina. Usporedbom s domaćim radovima objavljenima na temu ratom uzrokovanog PTSP-a, vidimo da prosječna starosna dob našeg uzorka hrvatskih branitelja uglavnom odgovara podacima o dobi bolesnika s PTSP-om liječenim u različitim psihijatrijskim ustanovama u Republici Hrvatskoj, ovisno o vremenskom periodu prikupljanja podataka (30, 36, 38, 225). Obrazovni status čitavog uzorka bio je sljedeći: 12 (7%) branitelja završilo je osnovnu školu, njih 130 (73%) ima srednjoškolsko obrazovanje, dok ih je 36 (20%) visokoobrazovanih. Nadalje, 103 (58%) branitelja su u radnom odnosu, 35 (20%) ih je nezaposleno, dok je njih 40 (22%) u mirovini. Podaci o obrazovnom statusu vrlo su slični podacima dobivenima u drugim istraživanjima provedenim na hrvatskim veteranima s PTSP-om, gdje više od 70% veterana ima završenu srednju školu (79, 30, 38), iako u nekim domaćim istraživanjima autori nisu navodili raspodjelu ispitanika po stupnjevima obrazovanja (53, 177). Oženjen je 131 (74%) branitelj, 26 (15%) ih je razvedeno, 18 (10%) nisu u partnerskom odnosu, a 1 (1%) je udovac. Njih 145 (82%) ima djecu, pri čemu je 2 djece prosjek za ovaj uzorak. Ponovno, usporedbom s domaćim istraživanjima, naši podaci su vrlo slični u smislu da je znatna većina ratnih veterana oženjena (36, 38, 79, 115, 177), te ih velika većina ima barem jedno dijete (38, 177), iako podatak o broju djece često dosada nije bio ispitivan (30, 36, 79). Vezano za religiozni status, njih 111 (62%) opisalo se vrlo religioznima, 40 (23%) su religiozni, 20 (11%) ih je neodlučno po pitanju vjere, a 7 (4%) su naveli da nisu vjernici. Također, ovakva raspodjela po religioznom statusu ponovno odgovara

ranijim domaćim podacima iz literature gdje se velika većina veterana procjenjuje religioznim osobama (38, 177), iako treba napomenuti da većina studija nije ispitala ovaj čimbenik (30, 36, 53, 79, 115). Što se tiče nekih kliničkih čimbenika, prosječno trajanje psihijatrijskog liječenja u ovom uzorku jest 77 mjeseci, odnosno nešto više od 6 godina, pri čemu je veliki raspon od tek započetog liječenja do 240 mjeseci, odnosno 20 godina. U prosjeku je provedeno jedno psihijatrijsko bolničko liječenje po branitelju, a raspon je između 0 i 5 bolničkih liječenja. Više studija provedenih na hrvatskim ratnim veteranima s PTSP-om također ukazuje na višegodišnje psihijatrijsko liječenje s barem jednom, a često i višestrukim psihijatrijskim hospitalizacijama (36, 53, 226), a zanimljiva je činjenica da u mnogim domaćim studijama izostaje podatak o dužini i vrsti psihijatrijskog liječenja (30, 38, 177). O prethodnom pokušaju suicida izvijestila su 42 (24%) branitelja, pri čemu su u prosjeku gotovo 2 pokušaja suicida po bolesniku. Naposljetku, iako se većina domaćih istraživanja nije usmjerila na suicidalni rizik među ratnim veteranima s PTSP-om, dvije prethodne studije, kao i naša, utvrdile su prethodni pokušaj suicida kod 24% ispitanika (38, 177).

Kod ispitanika s PTSP-om proječna ukupna vrijednost na samoprocjenskom upitniku depresivnosti bila je 24, što prema autorima originalnog Beckovog inventara depresivnosti-2. izdanje (BDI-II) odgovara umjerenoj razini depresivne simptomatike (201). Ta je razina depresivnosti značajno viša u odnosu na kritičnu vrijednost (rezultat 16 i više) indikativnu za prisustvo klinički značajnih simptoma depresije dobivenu u istraživanju na hrvatskoj populaciji pacijenata iz ordinacija obiteljske medicine (203). Štoviše, neki bolesnici s PTSP-om su u ovom istraživanju imali broj bodova za depresiju od 59 (od maksimalnog teoretskog rezultata 63), što upućuje na mogućnost vrlo visoko izraženih depresivnih smetnji u ovoj populaciji. Taj je podatak uglavnom u skladu s istraživanjima provedenima među liječenim američkim ratnim veteranima; primjerice, u jednoj studiji dobivena prosječna vrijednost na BDI-II bodovima među američkim veteranima koji su sudjelovali u borbama u Iraku i Afganistanu, iznosila je vrlo sličnih 24.73 (59), dok su Asamsama i suradnici (202) na velikom uzorku veterana liječenih u američkoj ustanovi specijaliziranoj za liječenje PTSP-a, izvijestili o nešto većem prosječnom rezultatu od 31.34, ali također s rasponom vrijednosti u nekih bolesnika do 59 bodova. Slično tome, Banducci i suradnici (227) utvrdili su prosječne BDI-II bodove od 29 kod ratnih veterana koji su liječenih od PTSP-a i ovisnosti o alkoholu. Isto tako, na uzorcima američkih vojnika nakon borbenih

akcija koji nisu zahtijevali psihijatrijski ili psihološki tretman, prosječne vrijednosti na BDI-II upitniku uputile su na značajno niži stupanj depresivnosti (prosječni rezultat 10) u odnosu na prethodne kliničke uzorke (228). U svakom slučaju, ovi podaci, zajedno s našima dobivenima u ovom istraživanju, upućuju na značajnu zastupljenost i intenzitet depresivne simptomatike u populaciji psihijatrijski liječenih ratnih veterana oboljelih od PTSP-a i srodnih mentalnih poremećaja.

5.1. PTSP i komorbiditetni depresivni poremećaj

U našem istraživanju 32% hrvatskih ratnih veterana s PTSP-om također je zadovoljilo dijagnostičke kriterije za veliki depresivni poremećaj, što se u literaturi ponekad naziva *posttraumatski poremećaj raspoloženja* (PTPR) (76, 77). To je gotovo istovjetno podatku iz jednog ranijeg domaćeg istraživanja Kozarić-Kovačić i suradnika (79) provedenog na 346 ratnih veterana liječenih od PTSP-a, gdje je njih 31% također patilo od komorbiditetnog depresivnog poremećaja. Nalazi iz literature govore o velikom rasponu ovog specifičnog komorbiditeta, pri čemu studije provedene na aktivnom vojnom osoblju i veteranima izvještavaju o rasponu između 20% i 70% (52, 58, 59, 64, 83, 229), dok relativno novije meta-analitičko istraživanje na 6670 ispitanika procjenjuje da općenito najčešće oko 50% bolesnika istovremeno pati od ova dva psihijatrijska poremećaja (64). Taj postotak je posebice velik kod ratom uzrokovanog PTSP-a među civilnim i vojnim populacijama, a čini se da podjednako zahvaća ženske i muške ratne veterane (65). Među ispitivanim sociodemografskim čimbenicima u našem istraživanju, nije pronađena razlika u dobi između bolesnika s PTSP-om i onih s PTSP-om i komorbiditetnom depresijom, dok su se značajno razlikovali u stupnju obrazovanja, u smislu da je među bolesnicima s PTSP-om bilo više onih s visokom razinom obrazovanja. Ti nalazi djelomično su u skladu s podacima ranijih studija, koje su uglavnom pokazale da dob, stupanj obrazovanja, bračni i radni status nisu povezani s pripadnošću jednoj od ove dvije kliničke podskupine (59, 79, 80). Razlika u obrazovnom statusu između dviju kliničkih podskupina dijelom se možda može pripisati činjenici da je u našem istraživanju, u odnosu na prethodno spomenute studije, bio

relativno visok postotak bolesnika s PTSP-om koji su završili fakultet, njih čak 20%. Time je vjerojatnost različite distribucije bolesnika po pitanju obrazovnog statusa bila uvećana u odnosu na studije koje su uključile manji broj ispitanika odnosno postotak u čitavom uzorku. S druge strane, to je u skladu s nekim istraživanjima u različitim kliničkim populacijama koja su utvrdila vezu između višeg obrazovnog statusa i nešto manje izražene depresivne simptomatike, iako su studije po tom pitanju još uvijek nedovoljno konzistentne (203, 230). Nadalje, klinički parametri istraživani u našoj studiji, konkretno duljina psihijatrijskog liječenja i broj psihijatrijskih hospitalizacija, bili su podjednaki u dvije kliničke podskupine, a ovaj nalaz je opet dijelom u skladu s prethodnim istraživanjima ove tematike u ratnoj populaciji jer je, primjerice, u ranijoj domaćoj studiji podskupina s PTSP-om i depresijom imala veći broj psihijatrijskih bolničkih liječenja (79). No, s obzirom da čestina psihijatrijskih hospitalizacija ovisi o brojnim čimbenicima, poput kapaciteta pojedinih psihijatrijskih ustanova i promjene u stručnim pristupima liječenju ratnih veterana s PTSP-om u smislu povećanja ponude dnevno bolničkih tretmana (2), razlike između pojedinih istraživanja u ovom kliničkom parametru su zaista multifaktorijalne. Osim toga, pokazali smo da je u podskupini bolesnika s PTSP-om i depresivnim poremećajem veća zastupljenost suicidalnih ideacija, kao i viši intenzitet simptoma depresije i manje zadovoljstvo životom, a ti nalazi posve su konzistentni s drugim domaćim i stranim istraživanjima u populacijama zahvaćenim ratnim sukobima (59, 78 - 81, 109). Pritom smo prosječnim rezultatom na BDI-II upitniku u iznosu od 40 bodova ustanovili vrlo visok intenzitet depresivne simptomatike u podskupini s ovim komorbiditetom, što upućuje na težu kliničku sliku depresivnog poremećaja u našem uzorku u odnosu na slična istraživanja na američkim vojnicima i ratnim veteranima (59). Iako su Kimbrel i suradnici (109) pronašli povezanost PTSP-a i depresije sa brojem suicidalnih pokušaja u ratnoj populaciji, oni nisu uspoređivali bolesnike u ove dvije kliničke skupine. Ramsawh i suradnici (100) su u reprezentativnom uzorku aktivnog američkog vojnog osoblja ukazali na povećani rizik od suicidalnih pokušaja u vojnika s ovim komorbiditetom u odnosu na one koji su patili od pojedinačnog PTSP-a ili depresije. Stoga, naše je istraživanje jedno od malobrojnih koje je ustanovilo veću učestalost suicidalnih pokušaja među umirovljenim ratnim veteranima s ovim komorbiditetom.

5.1.1. Osobine ličnosti i komorbiditetni depresivni poremećaj

U ovom istraživanju pokazane su razlike u osobinama ličnosti između ratnih veterana s PTSP-om i onih s PTSP-om i komorbiditetnim depresivnim poremećajem, što predstavlja jedan od prvih takvih nalaza u znanstvenoj literaturi, posebice iz perspektive Cloningerovog psihobiološkog modela ličnosti. Točnije, bolesnici s PTSP-om i depresijom imali su izraženiju dimenziju temperamenta *izbjegavanje štete*, a manje izražene dimenzije temperamenta *ovisnost o nagradi* i *ustrajnost*. Dimenzija karaktera *samousmjerenost* bila je manje karakteristična za ratne veterane s ovim komorbiditetom. Ovaj nalaz upućuje na to da su veterani koji uz PTSP razvijaju depresivni poremećaj po pitanju svog temperamenta strašljiviji, više pesimistični i skloni tjeskobi uslijed frustrativnih okolnosti (visoko *izbjegavanje štete*), socijalno otuđeniji, rezerviraniji i nepovljerljivi (niska *ovisnost o nagradi*), manje ustrajni, nestrpljivi i neambiciozni (niska *ustrajnost*), kao i s manjkom osjećaja životnog smisla, nesamopouzđani, s nedovoljno zrele odgovornosti i samoprihvatanja (niska *samousmjerenost*) (138, 139). U statistički strožem prediktivnom modelu, korištenjem logističke regresijske analize uz kontrolu sociodemografskih i kliničkih parametara, ali i interkorelacija između pojedinih dimenzija ličnosti, dimenzija temperamenta *izbjegavanje štete* i dimenzija karaktera *samousmjerenost* bile su značajno povezane s razvojem PTSP-a i komorbiditetne depresije u našem uzorku. Prethodni pokušaji konceptualizacije osobina ličnosti kao rizičnih čimbenika za razvoj PTPR-a temeljeni su uglavnom na studijama koje su istraživale latentnu strukturu PTSP-a i pratećih komorbiditeta, ali nisu izravno uspoređivale pacijente s PTSP-om i one s komorbiditetnim PTSP-om i depresijom (23, 71). Te studije, korištenjem klaster analize ili analize latentnih klasa, upućuju na 3 podtipa PTSP-a koja se temelje na rezultatima dobivenim na inventarima ličnosti: internalizirani, eksternalizirani i 'jednostavni' PTSP (23, 123, 124, 231). Bolesnici s internaliziranim PTSP-om karakteriziraju depresivnost, anksioznost, socijalno izbjegavanje, pokazuju znakove shizoidnosti, te imaju izražene dvije dimenzije ličnosti – visok *neuroticizam* (dimenzija konceptualno slična *izbjegavanju štete* iz perspektive Cloningerovog modela ličnosti) i nisku *ekstraverziju*. Zanimljivo je da nisko izražene dimenzije *ovisnost o nagradi* i *samousmjerenost*, pronađene u našoj podskupini ratnih veterana s PTPR-om, se također povezuju s nekim karakteristikama shizoidnog poremećaja ličnosti u kontekstu Psihobiološkog modela temperamenta i karaktera

(138). Istraživanje najbližnje našem proveli su Spinhoven i suradnici (154) u velikom i klinički heterogenom uzorku iz perspektive 5-faktorskog modela ličnosti, ali ono nije uključivalo populaciju ratnih veterana. Pronašli su specifičnu kombinaciju dimenzija ličnosti izmjerenih u početnoj točki, visoki *neuroticizam* i nisku *ekstraverziju*, kao prediktore razvoja komorbiditetnog PTSP-a i depresije, dok te osobine ličnosti nisu bile prediktivne za zasebni razvoj svakog od ova dva pojedina psihijatrijska poremećaja (154). Također, jedna studija na američkim vojnicima po povratku iz Iraka utvrdila je prediktivnu ulogu *neuroticizma* u prospektivnom razvoju PTSP-a i depresije, ali ovi autori nisu ispitivali nastanak komorbiditeta ovih dvaju mentalnih poremećaja (25). Naposljetku, naši rezultati pokazali su također više izraženu dimenziju *impulzivnosti* u veterana s PTPR-om u odnosu na one s PTSP-om, a ta povezanost bila je značajna u prediktivnom modelu uz kontrolu utjecaja sociodemografskih i kliničkih čimbenika. Ovo predstavlja jedan od prvih takvih nalaza u literature, tim više što su dosadašnja istraživanja podtipova PTSP-a impulzivnost više povezivala s ekstremaliziranim podtipom PTSP-a koji uključuje antisocijalna ponašanja, agresivnost i ovisnost o drogama (23, 124, 232). Slično tome, u prethodno opisanom longitudinalnom istraživanju Spinhovena i suradnika (154), osobe s impulzivnim crtama ličnosti koje su razvile PTSP nisu bile posebno sklone k razvoju depresivnog poremećaja, već su češće izvještavale o smetnjama u vidu ovisnosti o alkoholu i drogama te agresivnom ponašanju (154). Doduše, istraživanje od Kimbrel i suradnika (109), iako nije ispitivalo impulzivnost u užem smislu niti uspoređivalo kliničke podskupine, pronašlo je povezanost ovog komorbiditeta s težim kontroliranjem nasilnog ponašanja u ratnih veterana. Buduća istraživanja trebati će dodatno razjasniti ulogu ove dimenzije ličnosti u nastanku PTPR-a u ratnim populacijama. Iako se impulzivnost ponekad spominje u kontekstu razvoja depresivnih poremećaja (150), prethodno spomenuti nekonzistentni nalazi možda govore u prilog specifične uloge impulzivnosti među aktivnim vojnicima i ratnim veteranima. Moguće je da dimenzija impulzivnosti neizravno utječe na povećani rizik od razvoja PTPR-a, preko sklonosti tih pojedinaca da se izlažu opasnijim borbenim situacijama tijekom ratnih zbivanja. Ova pretpostavka u skladu je s nekim istraživanjima koja, iako nisu ispitivala nastanak PTPR-a, govore o neizravnoj prospektivnoj povezanosti osobina ličnosti nalik impulzivnosti i kasnijem razvoju posttraumatske simptomatike, pri čemu izlaganje opasnim životnim i borbenim situacijama predstavlja medijator ovog odnosa (228, 233).

Sveukupno, dobiveni rezultati u skladu su s paradigmom u kojoj komorbiditet između PTSP-a i depresije predstavlja jedinstveni fenotip, možda čak i podtip PTSP-a (70 - 72), koji mnogi autori nazivaju *posttraumatski poremećaj raspoloženja* (PTPR) (77, 78). Naše istraživanje upućuje da veterani s PTPR-om iskazuju viši intenzitet depresivnih simptoma i suicidalnih promišljanja, veće nezadovoljstvo vlastitim životom, te imaju izražene određene osobine ličnosti (prvenstveno veće *izbjegavanje štete* i manju *samousmjerenost* te veću *impulzivnost*), u odnosu na veterane koji boluju samo od PTSP-a. Dosadašnje studije također su pokazale kako bolesnici s ovim komorbiditetom imaju izraženiji psihijatrijski hereditet, teži stupanj simptoma obaju poremećaja, izraženije neurokognitivne smetnje, veću socijalnu i radnu ometenost, problematičnije obiteljske odnose, slabiju percipiranu socijalnu podršku po povratku s ratišta, te nižu objektivnu kvalitetu života (59, 79 - 83). Buduća istraživanja trebala bi provjeriti jesu li specifične osobine ličnosti dijelom u podlozi nekih negativnih aspekata ovog komorbiditeta, poput veće socijalne i radne disfunkcionalnosti, povrh utjecaja intenziteta depresivnih simptoma. Osim toga, istraživanje uloge osobina ličnosti i sličnih stabilnih psiholoških entiteta moglo bi pomoći u razjašnjavanju specifične patogeneze PTPR-a, kao i u inicijalnom probiru i tretmanskim usmjeravanju ratnih veterana s PTSP-om, s obzirom da nalazi upućuju na činjenicu da se depresivni poremećaji najčešće vremenski razvijaju nakon prvobitne dijagnoze PTSP-a među ratom zahvaćenim populacijama (65, 234). Također, ovi nalazi su klinički relevantni zbog općenito poznatog negativnog učinka depresije na motivaciju za tretmanom, uključenost u tretman i učinak psiholoških terapija (66, 67), uključujući češće odustajanje depresivnih bolesnika koji su započeli liječenje od PTSP-a (235) i lošiji ishod tretmana kod osoba koje su preživjele ratnu trauma (236). Postoje i neke naznake u empirijskoj literaturi da osobe koje pate od komorbiditetnog PTSP-a i depresivnog poremećaja imaju veću sklonost k tretmanu koji uključuje i psihofarmake (68). Slično tome, novija istraživanja pronašla su potrebu za većim dozama psihijatrijskih lijekova kod pacijenata s dijagnozama PTSP-a i depresivnog poremećaja, u odnosu na pacijente bez depresije (69). Zadnjih godina prisutne su rasprave u znanstvenoj i stručnoj literaturi o pristupu liječenju bolesnika s PTPR-om; iako konsenzus još uvijek ne postoji, većina autora smatra da je od iznimne važnosti kombinirati različite psihološke tretmane fokusirane na PTSP i prateće komorbiditete, prvenstveno depresivni poremećaj, uključujući uzastopne i istovremene terapijske intervencije (64, 75, 83). Primjerice, čini se da modificirana forma bihevioralne terapije bolje zahvaća i reducira simptome oba komorbiditetna poremećaja u

odnosu na neke starije oblike tretmana (237, 238).

5.2. Suicidalne ideacije u bolesnika s PTSP-om

U našem uzorku ratnih veterana s PTSP-om, njih 44% nije imalo suicidalne ideacije u posljednjih 12 mjeseci, dok ih je 66% izvijestilo o pojavi suicidalnih promišljanja; točnije, 29% je rijetko imalo ova promišljanja, 15% ponekad, 6% često, a 5% je vrlo često razmišljalo o suicidu u proteklih godinu dana. Ovi podaci govore o većoj učestalosti suicidalnih ideacija u hrvatskih branitelja u odnosu na veliki uzorak američkih veterana koji su sudjelovali u borbama u Iraku i Afganistanu, gdje je njih 32.4% izvijestilo o pojavi suicidalnih promišljanja (89). Na uzorku 215 ratnih veterana koji su sudjelovali u borbama na području Kosova, njih 32% je patilo od suicidalnih promišljanja (90), dok su veterani sa subkliničkim PTSP-om koji su sudjelovali u borbama u Afganistanu i Iraku, imali 3 puta veći rizik od suicidalnih misli u odnosu na one bez PTSP-a (91). Doduše, u nekim ovim istraživanjima nisu bili uključeni veterani s dijagnosticiranim PTSP-om, a depresija je bila indicirana na temelju rezultata na trijažnim instrumentima, što djelomično može objasniti niže vrijednosti suicidalnih promišljanja u odnosu na naš uzorak ratnih veterana s PTSP-om, od kojih su neki patili i od komorbiditetne depresije. Podaci našeg istraživanja pokazali su kako sociodemografski čimbenici dob i stupanj obrazovanja nisu bili značajno povezani s razinom suicidalnih ideacija, što je uglavnom u skladu s prethodnim studijama u ratom zahvaćenim populacijama (89, 91). Od kliničkih čimbenika, duljina psihijatrijskog liječenja i broj psihijatrijskih hospitalizacija također nisu bili povezani sa suicidalnim ideacijama, dok je razina depresivnih simptoma pokazala značajnu pozitivnu povezanost sa suicidalnim promišljanjima. Sukladno tome, jedno nešto novije istraživanje Kimbrel i suradnika (110) provedeno na američkim veteranima, pokazalo je značajno veći postotak veterana sa suicidalnim ideacijama u slučajevima kada su patili od komorbiditetnog PTSP-a i depresije; iznad 60% tih bolesnika izvijestilo je o pojavi suicidalnih promišljanja. Više studija provedenih među ratnim veteranima jasno je ustanovilo depresivne simptome i poremećaje kao rizični čimbenik za pojavu suicidalnih ideacija (89, 99, 105, 239, 240), iako

postoje i kontradiktorni nalazi u literaturi (241).

5.2.1. Osobine ličnost i suicidalne ideacije

Naši podaci demonstrirali su manje do umjerene korelacije dimenzija *izbjegavanja štete*, *ustrajnost*, *samousmjerenost*, *suradljivost*, te *impulzivnost* sa razinom suicidalnih ideacija u proteklih 12 mjeseci kod hrvatskih ratnih veterana s PTSP-om. Ipak, u dvije multivarijatne regresijske analize učinci dimenzija *izbjegavanje štete* i *samousmjerenost* nisu više bili značajni, prilikom kontroliranja utjecaja sociodemografskih i kliničkih čimbenika, uključujući komorbiditetnu depresiju. U svim regresijskim analizama zadržao se značajan učinak komorbiditetne depresije na razinu suicidalnih ideacija. Imajući na umu relativno visoke korelacije *izbjegavanja štete* i *samousmjerenosti* s depresivnim simptomima u ovom istraživanju, čini se da se djelovanje ovih dviju dimenzija ličnosti u kontekst suicidalnih ideacija među ratnim veteranima odvija preko depresivne patologije. To je u skladu s ranijim istraživanjima koja su uputila na snažnu povezanost *izbjegavanja štete* i *samousmjerenosti* s depresijom u različitim kliničkim populacijama (242). Štoviše, dvije velike longitudinalne studije provedene na ispitanicima iz opće populacije utvrdile su da visoko *izbjegavanje štete* i niska *samousmjerenost* predstavljaju prospektivni rizik za pojavu budućih diforičnih i depresivnih epizoda (194, 243). Iako su neke studije u različitim psihijatrijskim populacijama uputile na vezu barem jedne od ovih dviju dimenzija ličnosti s povećanim suicidalnim rizikom (160, 163), budući istraživački pothvati trebali bi kontrolirati utjecaj depresivnih simptoma prilikom ispitivanja jedinstvenih doprinosa dimenzija temperamenta i karaktera u objašnjavanju suicidalnih promišljanja.

Dimenzija karaktera *suradljivost* pokazala se značajno i jedinstveno povezana sa suicidalnim ideacijama među hrvatskim ratnim veteranima, a ovaj učinak bio je neovisan o drugim dimenzijama karaktera i komorbiditetnoj depresiji. Ovaj nalaz upućuje na činjenicu da su ratni veterani s PTSP-om koji se ne doživljavaju kao integralni dio društva i kojima nedostaje

interpersonalne povezanosti, suosjećanja i empatije (što odgovara niskoj *suradljivosti*), skloniji k javljanju misli o okončanju svog života. To je u skladu s rezultatima jedne druge studije provedene na vojnom osoblju koje je imalo dijagnozu poremećaja prilagodbe, iako ne i PTSP-a, gdje je niska razina *suradljivosti* bila povezana sa povećanim suicidalnim rizikom (166). Vezano uz ovu dimenziju ličnosti, točnije karaktera, treba spomenuti tzv. *Interpersonalnu teoriju suicida* (168, 244) koja nudi sveobuhvatni heuristički model suicidalnosti, naglašavajući ulogu subjektivnih i objektivnih socijalnih čimbenika. Pritom je suicidalni proces opisan kroz subjektivne osjećaje i misli pojedinca kako ne pripada svojoj okolini, dojam da predstavlja teret drugima ili društvu u cjelini, te sposobnost da nadvlada strah od boli koja prati suicidalne aktivnosti, a teorija je provjerena i u ratom pogođenim populacijama (170 - 172). U tom smislu, Bryan i suradnici (239) pokazali su da specifični interpersonalni čimbenici, poput percipiranog osjećaja tereta spram drugih i smanjene želje za pripadanjem svojoj okolini, predstavljaju čimbenike koji facilitiraju suicidalnost među vojnicima i ratim veteranima. S obzirom da se dimenzija karaktera *suradljivost* ne smatra posebice nasljednom i biološki predeterminiranom (za razliku od nekih dimenzija temperamenta) (138, 139), naši rezultati upućuju da bi interpersonalno orijentirane terapijske metode i tehnike usmjerene na razvijanje komunikacijskih i socijalnih vještina (245), možda mogle smanjiti suicidalni rizik u populaciji koja boluje od ratom uzrokovanog PTSP-a. Sukladno tome, jedna novija studija (213) provedena na velikom uzorku američkih ratnih veterana pronašla je prospektivni učinak nižih razina dimenzije *suradljivosti* na pojavu simptoma PTSP-a unutar prve godine po povratku s ratišta. Imajući na umu rezultate ove studije, kao i našeg istraživanja, ubuduće bi trebalo dodatno ispitati važnost dimenzija karaktera poput *suradljivosti* za različite aspekte PTSP-a, pri čemu su neki autori već predlagali terapijske aktivnosti u svrhu jačanja ove karakterne osobine (139).

Naposlijetku, utvrdili smo pozitivnu povezanost *impulzivnosti* kao osobine ličnosti s povišenom razinom suicidalnih ideacija, uz istovremenu kontrolu utjecaja sociodemografskih i kliničkih čimbenika, uključujući komorbiditetnu depresiju. Kotler i suradnici (246) također su pronašli sličnu povezanost među pacijentima koji su bolovali od PTSP-a, ali pritom nisu kontrolirali utjecaj depresivnih simptoma niti poremećaja. U postojećoj literaturi o suicidalnim fenomenima, impulzivna agresivnost i s njom povezano disfunkcionalno donošenje odluka koncipirani su kao endofenotipovi suicidalnog rizika u čijoj je podlozi disfunkcija serotoninskog

sustava (151). Iako u našoj studiji nismo istraživali prisutnost poremećaja ličnosti, visoka razina *impulzivnosti* karakteristična je za osobe s dijagnozama iz klastera B patologije ličnosti, koje su posebice sklone suicidalnim promišljanjima i nakanama (247). U kontekstu suicidalnosti, buduća istraživanja trebala bi ispitivati prisutnost i utjecaj primarne i sekundarne (posttraumatske) patologije ličnosti u ratom pogođenim populacijama, s obzirom na poznate podatke iz literature o višestrukoj pojavnosti i preklapanjima PTSP-a i poremećaja ličnosti u populacijama civila i aktivnog i umirovljenog vojnog osoblja (248 - 250).

5.3. Suicidalni pokušaji u bolesnika s PTSP-om

U našem istraživanju 24% hrvatskih ratnih veterana oboljelih od PTSP-a izvijestilo je o prethodnom pokušaju suicida. Ovako visoka zastupljenost u našem uzorku u skladu je s američkim podacima kako je stopa pokušanih i izvršenih suicida kod ratnih veterana u porastu unazad 15-ak godina (111, 119), do te mjere da je prešla zastupljenost suicidalnog ponašanja u općoj populaciji (97, 251). Pritom, dodatno visok rizik od pokušaja suicida imaju umirovljeni ratni veterani, a pogotovo oni koji su oboljeli od ratom uzrokovanog PTSP-a ili nekog srodnog psihijatrijskog poremećaja (106, 112, 125, 252). Tako je, recimo, pokazano da umirovljeni vojnici s borbenim iskustvima imaju 68% veću šansu da će pokušati suicid u odnosu na veterane bez borbenih iskustava, a noviji sustavni pregled literature potvrdio je značajnu povezanost dijagnoze PTSP-a i suicidalnih pokušaja u aktivnom vojnom osoblju i veteranima (98). Važnost kontinuiranog istraživanja suicidalnog ponašanja u ratnih veterana sadržana je i u činjenici da simptomi PTSP-a, ali i povećani rizik od suicida među ratnim veteranima, nažalost ostaje i može se javiti mnogo godina nakon borbenih i ratnih iskustava (63, 30). Tako je jedno istraživanje među američkim ratnim veteranima uočilo povećani suicidalni rizik čak 25 godina nakon borbenih iskustava (63), uključujući i veterane koji su prošli psihijatrijsko i psihološko liječenje (101). Naše istraživanje nastavlja se na dosadašnju znanstvenu i stručnu literaturu koja opisuje brojne moguće predisponirajuće i moderirajuće čimbenike za povećani suicidalni rizik među aktivnim i umirovljenim vojnim osobljem. Među ispitivanim sociodemografskim čimbenicima u

našem istraživanju nije pronađena razlika u dobi između bolesnika sa i bez prethodnih pokušaja suicida, dok su se značajno razlikovali u stupnju obrazovanja, u smislu da je među bolesnicima s pokušajem suicida bilo manje onih s visokom razinom obrazovanja. Ovaj nalaz dijelom je u skladu dosadašnjim pregledima literature u kojima je zaključeno kako ovi sociodemografski parametri nisu značajno povezani sa suicidalnim pokušajima u ratnih veterana (99, 110). S druge strane, istraženi klinički čimbenici pokazali su se značajno različitim između dvije kliničke podskupine, na način da su bolesnici s prethodnim pokušajem suicida imali dulje trajanje psihijatrijskog liječenja, veći broj psihijatrijskih hospitalizacija, veću razinu depresivnosti, više suicidalnih ideacija u proteklih 12 mjeseci, kao i nižu subjektivnu kvalitetu života, odnosno manje zadovoljstvo životom. Ovi podaci u skladu su s opsežnim procjenama u literaturi o brojnim rizičnim čimbenicima za suicidalne pokušaje u ratnih veterana, među kojima su psihijatrijski simptomi i dijagnoze među vodećim čimbenicima rizika (110 - 112, 125). Tako je, primjerice, među američkim povratnicima iz rata u Iraku i Afganistanu, pokazano da su dijagnoze PTSP-a i depresivnog poremećaja naj snažniji prediktori suicidalnih pokušaja i izvršenih suicida (111, 118), čak i u jednogodišnjem prospektivnom praćenju ratnih veterana (110). Pritom su naši ispitanici s prethodnim pokušajem suicida imali prosječni rezultat na BDI-II upitniku u iznosu 33 boda, što prema originalnim autorima instrumenta predstavlja visoku razinu depresivnosti (201). Podatak o suicidalnim ideacijama u potpunosti je konzistentan s prethodnim spoznajama dobivenima među različitim kliničkim i nekliničkim populacijama, kako su one općenito jedan od najvećih čimbenika rizika za buduće suicidalne pokušaje i počinjene suicide (94, 95). Iako u našem istraživanju nije bilo moguće utvrditi prospektivnu povezanost suicidalnih ideacija i pokušaja suicida, već se radi o povezanosti aktualnih suicidalnih promišljanja i prethodnih pokušaja suicida, američki ratni veterani kojima su se inicijalno javljale suicidalne misli po povratku s ratišta s vremenom su bili skloniji pokušajima oduzimanja vlastitog života (112).

5.3.1. Osobine ličnosti i pokušaji suicida

Naše istraživanje utvrdilo je neke razlike u osobinama ličnosti između ratnih veterana sa i

bez prethodnog pokušaja suicida, što predstavlja jedan od malobrojnih takvih nalaza u literaturi, posebice iz perspektive sveobuhvatnog Psihobiološkog modela temperamenta i karaktera. Izravnom usporedbom dviju kliničkih podskupina pronađene su razlike u dimenziji temperamenta *izbjegavanje štete* i dimenziji karaktera *samotranscendencija*, iako te razlike nisu bile statistički značajne nakon što je provedena Bonferroni korekcija za višestruke usporedbe. No, u prediktivnim modelima, korištenjem multivarijatnih logističkih regresijskih analiza, dobivena je značajnu povezanost ovih dviju dimenzija ličnosti s pripadnošću jednoj od dviju podskupina, pri čemu je kontroliran utjecaj sociodemografskih i kliničkih čimbenika. Pritom je više izražena dimenzija temperamenta *izbjegavanje štete* bila povezana s većom vjerojatnošću da je bolesnik imao prethodni pokušaj suicida. Prethodna istraživanja pokazala su povezanost *izbjegavanja štete* i *neuroticizma*, kao dviju srodnih osobina ličnosti, sa suicidalnim rizikom u pacijenata koji su bolovali od afektivnih poremećaja (159 - 162), shizofrenije (163) i ovisnosti o drogama (164). Tako su, Jylha i suradnici (162) demonstrirali značajnu povezanost nekih dimenzija ličnosti, uključujući *izbjegavanje štete*, s retrospektivnim i prospektivnim pokušajima suicida kod bolesnika s unipolarnom i bipolarnom depresijom, s time da je učinak dimenzija ličnosti uglavnom bio indirektan preko duljine trajanja depresivnih epizoda. Mali broj istraživanja ispitivao je ulogu osobina ličnosti kao rizičnih čimbenika za suicidalna ponašanja među psihijatrijski liječenim vojnicima i ratnim veteranima. Primjerice, Soltaninejad i suradnici (165) ispitivali su specifične dimenzije ličnosti iz perspektive 5-faktorskog modela ličnosti, među aktivnim iranskim vojnim osobljem, pokazavši da *neuroticizam* povećava suicidalni rizik. Ova studija, kao i naša, upućuje da ratni veterani koji su temperamentalno skloni strahu, i koji su nervozni i napeti, često sumnjaju u sebe i brinu, te su skloni pasivnom ponašanju i pesimističnom sagledavanju budućnosti, imaju veći rizik od suicidalnih pokušaja. Iako dimenzija *izbjegavanja štete* donekle ovisi o trenutnom emocionalnom stanju, odnosno epizodi psihijatrijskog poremećaja poput PTSP-a i depresije, pokazano je da ostaje povišena čak i u eutimičnoj fazi kod bolesnika liječenih od depresivnog poremećaja (253). Ako se tome doda i činjenicu da su *izbjegavanje štete*, kao i suicidalna ponašanja, snažno povezana s disfunkcijom serotoninskog neurotransmiterskog sustava (254) koji je promijenjen u PTSP-u (44), uloga ove dimenzije temperamenta u kontekstu suicidalnog rizika u ratnih veterana postaje sve očitija. Primjerice, van Heeringen i suradnici (254) utvrdili su da u pojedinaca koji su pokušali suicid, vezujući potencijal 5-HT_{2A}-receptora negativno korelira s dimenzijom *izbjegavanje štete*.

Također, dimenzija karaktera *samotranscendencija* pokazala je jedinstvenu povezanost sa suicidalnim pokušajima, u smislu da više vrijednosti dobivene na ovoj dimenziji predviđaju veću vjerojatnost ovog neželjenog ponašanja u ratnih veterana s PTSP-om. Iako uloga dimenzije *samotranscendencije* u kontekstu suicidalnog rizika nije toliko konzistentno utvrđivana (129), više autora pronašlo je povezanost sa suicidalnim rizikom u bolesnika s depresijom (159, 161), bipolarnim poremećajem (255), shizofrenijom (163) i poremećajima hranjenja (256), a neki autori su tek djelomično potvrdili te nalaze (162). Dijelom nekonzistentni rezultati vezani uz ovu dimenziju karaktera i suicidalni rizik leže u činjenici da njezina rizična ili protektivna uloga ovisi o istovremenoj izraženosti drugih dimenzija karaktera (257). U Cloningerovom modelu ličnosti *samotranscendencija* se opisuje kao sklonost k spiritualnim idejama, poput traženja uzvišenih principa i smatranja sebe integralnim dijelom svemira, a takve osobe smatraju se skromnima, produhovljenima i kreativnima (134). No, visoko izražena samotranscendencija izgleda da poprima disfunkcionalne aspekta kada je pojedinac istovremeno nisko na dimenzijama karaktera *samousmjerenost* i *suradljivost*, što je relativno česti nalaz kod bolesnika s PTSP-om (23). Takvi pojedinci opisuju se kao pojačano sumnjičavi i nepovjerljivi, skloni magičnom i paranoidnom mišljenju, neobičnim perceptivnim doživljajima, te pokazuju karakteristike emocionalne nezrelosti i patologije ličnosti (138, 258). Stoga, bilo bi poželjno da buduća istraživanja ove relativno kontroverzne dimenzije ličnosti, odnosno karaktera, ispituju višestruke konfiguracije dimenzija ličnosti unutar pojedinca s obzirom na njihovu dinamičku i često nelinearnu prirodu (257). U svakom slučaju, čini se da se nalazi (161, 163, 255) o značaju *samotranscendencije* u kontekstu povećanog rizika od suicidalnih ponašanja mogu generalizirati i na populaciju ratnih veterana oboljelih od PTSP-a. Budući da izravno ispitivanje vojnog osoblja i ratnih veterana o suicidalnim nakanama često ne rezultira ispravnom detekcijom ovog ozbiljnog psihopatološkog fenomena, prvenstveno zbog poznatog straha od socijalne stigmatizacije i osjećaja neadekvatnosti i slabosti u ovoj specifičnoj populaciji (78, 126), osobine ličnosti mogu poslužiti kao diskretni neizravni pokazatelji suicidalnog rizika. Zbog svoje genetske i neurobiološke podloge koja je također implicirana u PTSP-u i suicidalnim fenomenima, brojni autori shvaćaju osobine ličnosti kao endofenotipove, odnosno posrednike u složenoj vezi između genetske vulnerabilnosti i suicidalnog ponašanja (44, 151, 259), a to se odnosi i na populacije zahvaćene traumatskim ratnim zbivanjima (125).

5.4. Subjektivna kvaliteta života bolesnika s PTSP-om

Naši podaci pokazali su da prosječna vrijednost na samoprocjenskom upitniku subjektivne kvalitete života, odnosno općeg zadovoljstva vlastitim životom, iznosi 12 bodova, što upućuje na sniženu (ispodprosječnu) razinu zadovoljstva životom u odnosu na teoretsku prosječnu vrijednost 15 bodova i na podatke dobivene u odraslim populacijama (221, 222). Takav nalaz govori u prilog tome da hrvatski ratni veterani, čak oko 20 godina nakon završetka Domovinskog rata, svoje živote opisuju generalno nezadovoljavajućima. Više empirijskih ispitivanja dokumentiralo je sniženu subjektivnu kvalitetu života među ratom pogođenim pojedincima, uključujući i osobe koje su emigrirale u druge države (186 - 189, 260), s tim da je samo nekoliko studija koristilo mjeru zadovoljstva životom u populaciji ratnih veterana (24, 30, 190, 261). Većina domaćih i inozemnih istraživanja provedenih u ovim populacijama nije ispitivala osjećaj subjektivne dobrobiti, već se usmjerila na konstrukt opće ili sa zdravljem povezane objektivne kvalitete života (37, 262 - 267). U jednom domaćem istraživanju autori su pronašli nezadovoljavajuću subjektivnu kvalitetu života u hrvatskih ratnih veterana oko 15 godina nakon završetka rata (30), a slični rezultati dobiveni su na uzorku australskih ratnih veterana čak 50 godina nakon povratka iz tzv. Korejskog rata (190). U provedenim regresijskim analizama, od svih sociodemografskih čimbenika, jedino je stupanj obrazovanja bio značajno pozitivno povezan sa zadovoljstvom životom. Ovaj nalaz u skladu je s nekim (189), ali ne i svim studijama provedenim na ratom zahvaćenim populacijama (186). Treba istaknuti da ove studije nisu uključivale ratne veterane, što znači da je naše istraživanje među rijetkima koje je utvrdilo ovu povezanost u ovoj specifičnoj populaciji. S obzirom da je ta povezanost bila značajna u svim provedenim regresijskim analizama, može se istaknuti protektivni učinak visokog obrazovanja na zadovoljstvo životom, povrh utjecaja drugih sociodemografskih čimbenika i osobina ličnosti. Također, depresivna simptomatika poznata je kao relevantan čimbenik u konekstu zadovoljstva životom u općoj (179) i traumom zahvaćenoj populaciji (27), a mi smo ovaj nalaz replicirali među hrvatskim ratnim veteranima s PTSP-om. Intenzitet depresivnih simptoma objasnio je veći postotak varijance u zadovoljstvu životom u regresijskim analizama od svih pojedinih dimenzija ličnosti i sociodemografskih parametara. Budući da prethodna istraživanja odnosa između

osobina ličnosti i zadovoljstva životom nisu u obzir uzela depresivne simptome (192, 194), smatrali smo da je bitno kontrolirati ovu kliničku varijablu, odnosno ispitati neovisne učinke dimenzija ličnosti na subjektivnu kvalitetu života ratnih veterana.

5.4.1. Osobine ličnosti i subjektivna kvaliteta života

Ovim istraživanjem pronađena je neovisna pozitivna povezanost dimenzije temperamenta *traženje novog* i zadovoljstva životom; drugim riječima, ratni veterani koji aktivno izbjegavaju monotoniju i poduzimaju nove aktivnosti bili su skloniji izvijestiti o većem zadovoljstvu svojim životom. Slično tome, Gil i suradnici (268) pokazali su negativnu povezanost *traženja novog* i rizika od razvoja PTSP među studentima koji su svjedočili terorističkim napadima, dok je jedna studija na osobama oboljelim od shizofrenije pokazala pozitivan učinak *traženja novog* na opću kvalitetu života i pozitivnije emocije (269). S druge strane, postoji i nalaz da su povišene razine *traženja novog* opisane među bolesnicima s PTSP-om (23). S obzirom na ove kontradiktorne nalaze, postoji mogućnost da veza između dimenzije *traženje novog* i zadovoljstva životom dijelom ovisi o vrsti traume i ispitivane populacije, što bi trebalo provjeriti u budućim istraživačkim naporima. Primjerice, u dugogodišnjih psihijatrijskih bolesnika, kao što su ispitanici iz naše te iz studije Ritsner i suradnika (269), može se pretpostaviti da povišene razine *traženja novog* (koje odražava sklonost k uzbuđenju u kontekstu novih životnih sadržaja) upućuju na manje izražene kronične depresivne smetnje, anhedoniju i asocijalne tendencije. Osim toga, buduća istraživanja trebala bi detaljnije istražiti ovu povezanost na razini subskala ove dimenzije temperamenta i time provjeriti eventualne nekonzistentne odnose četiri facete *traženja novog* sa zadovoljstvom životom. To bi donekle bilo u skladu s ranijim izvještajima o kompleksnoj faktorskoj strukturi i pomalo kontroverznoj diskriminativnoj valjanosti i unutarnjoj pouzdanosti ove dimenzije ličnosti (207, 270).

Što se tiče dimenzija karaktera, *samousmjerenost* i *suradljivost* bili su neovisno i pozitivno povezani sa subjektivnom kvalitetom života. Ovo je u skladu sa zaključcima dosad

provedenih studija na ostalim populacijama, kako ličnost može značajno predvidjeti zadovoljstvo životom, pri čemu su dimenzije karaktera snažnije i konzistentnije povezane sa subjektivnom dobrobiti u odnosu na dimenzije temperamenta (179, 192, 194). Čini se da ratni veterani koji su odgovorni, samopouzdana i svrhoviti, i koji opisuju višu razinu samousmjerenosti, svoje živote procjenjuju boljima, odnosno zadovoljniji su istima. U literaturi se navodi kako samousmjerenost predstavlja temelj za pojedinčevu regulaciju želja i ciljeva, što utječe na sve aspekte osobne dobrobiti, u skladu s teorijama o samoefikasnosti i samodeterminaciji (271). Bez obzira na njihovu teorijsku i empirijsku, dapače prospektivnu, povezanost (243), naši podaci govore da *samousmjerenost* utječe na zadovoljstvo životom povrh djelovanja depresivne simptomatike. Nadalje, ratni veterani s višim vrijednostima na dimenziji *suradljivosti*, koju karakteriziraju socijalna tolerancija, empatija i sklonost pomaganju, izvještavaju o većoj subjektivnoj dobrobiti. Neki autori smatraju da dimenzija *suradljivosti* ima snažan učinak na osobnu percepciju socijalne podrške što onda neizravno utječe na subjektivnu kvalitetu života (194), ali nalazi o odnosu *suradljivosti* i zadovoljstva životom su nedosljedni (179). Dijelom se čini da ove povezanosti ovise o korištenim mjernim instrumentima, pri čemu instrumenti koji više zahvaćaju socijalne aspekte osobne dobrobiti obično pokazuju snažniju povezanost s dimenzijom *suradljivosti* (192, 194). Iako upitnik koji je korišten u ovom istraživanju (Skala zadovoljstva životom – SWLS) ne sadrži eksplicitne tvrdnje o interpersonalnom funkcioniranju, postoji mogućnost da su ratni veterani općenito potrebitiji po pitanju šire socijalne podrške i onda implicitno procjenjuju svoju kvalitetu života kroz njene socijalne aspekte. Protektivni učinak socijalne podrške na mentalno zdravlje ratnih veterana poznat je od ranije, kao i potreba za jačanjem društvenih interakcija i aktivnosti u ovoj vulnerabilnoj populaciji (272).

U kliničkom smislu, koncept subjektivne kvalitete života, odnosno osobne dobrobiti, ima rastuću popularnost kao utvrđeni subjektivni klinički ishod u različitim psihijatrijskim populacijama, zato jer obuhvaća širi kontekst pojedinčevog života prema definiciji zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije (273). S obzirom na ranije navedene odnose subjektivne dobrobiti sa trenutnim i budućim zdravstvenim stanjima (182), moguće je da bi poboljšanje subjektivne kvalitete života preveniralo ili minimiziralo utjecaj pojedinih psihijatrijskih i tjelesnih poremećaja, a time smanjilo troškove liječenja. Pritom je bitno podsjetiti da su veterani koji boluju od PTSP-a, uz čestu opterećenost drugim psihijatrijskim poremećajima (22, 49), pod

posebno povećanim rizikom od razvoja različitih somatskih bolesti (36, 48, 184, 274), te su također skloni češćim traženjima liječničke pomoći u odnosu na opću populaciju (275, 276). Naši rezultati upućuju da bi se to moglo postići kroz procijenjivanje i terapijsko ciljanje određenih dimenzija temperamenta, a pogotovo karaktera, u populaciji ratnih veterana. Budući da u kliničkoj praksi nije moguće mijenjati socioekonomske životne uvjete ratnih veterana, facilitacija i jačanje samopouzdanja, samoprihvatanja i svrhovitog života (dimenzija karaktera *samousmjerenost*) i povezanosti i empatije spram društvene okoline (dimenzija karaktera *suradljivost*), mogla bi voditi ka većem zadovoljstvu životom u ovoj specifičnoj populaciji. U literaturi već postoje detaljni opisi psihofarmakoloških i psihoterapijskih napora u kontekstu Psihobiološkog modela ličnosti (138, 277), a jedna od vodećih ideja u domeni psihotraumatologije upravo jest povećanje rezilijencije nakon pretrpljenih traumatskih iskustava (22). Osim toga, zadnjih godina u kliničkoj psihologiji i psihijatriji raste paradigma po kojoj psihijatrijski bolesnici, uključujući ratne veterane s PTSP-om, za cilj trebaju imati jačanje osobne autonomije, postavljanje smislenih životnih ciljeva i smanjenje subjektivnog osjećaja stigme, unatoč i povrhu mentalnih poremećaja poput PTSP-a (278).

5.5. Religioznost, klinički čimbenici i subjektivna kvaliteta života

U ovom uzorku hrvatskih ratnih veterana s PTSP-om zastupljenost različitih razina religioznosti bila je sljedeća: 62% ih se izjasnilo kao vrlo religiozni, 23% kao religiozni, 11% ih je neodlučno po pitanju religije, a 4% ih je navelo da nisu vjernici. Ova distribucija u kojoj se 85% ratnih veterana procjenjuje religioznim osobama uglavnom odgovara dvjema manjim studijama provedenima među psihijatrijski liječenim hrvatskim veteranima (38, 177), ali i među ratom zahvaćenim stanovništvom, uključujući veterane, iz susjednih zemalja (195). U okviru sekundarnog cilja istraživanja, podaci dobiveni na našem uzorku upućuju na manjak povezanosti stupnja samoprocijenjene religioznosti s nekoliko kliničkih i psiholoških entiteta: pojavnost komorbiditetnog depresivnog poremećaja, učestalost suicidalnih ideacija, prethodni pokušaji suicida, te razina subjektivne kvalitete života, odnosno zadovoljstva vlastitim životom kod

veterana liječenih od PTSP-a. Mnogi teoretičari u području psihopatologije pojedinca, a i širih društvenih zajednica, opisuju religioznost i srodne koncepte poput duhovnosti, kao priliku za poboljšanje individualnog i kolektivnog mentalnog zdravlja, kvalitete života i prosocijalnog djelovanja (135, 279 - 283), a posebice u kontekstu nošenja s posljedicama traumatskih iskustava, uključujući ratne oblike traume (22). U skladu s time, neka empirijska istraživanja demonstrirala su protektivnu ulogu religioznosti u kontekstu mentalnog i tjelesnog zdravlja, uključujući reakcije na stres, depresivnost, suicidalnost, kvalitetu života i smanjen morbiditet i mortalitet (174, 175, 195, 284 - 287). Među ratnim veteranima, dobivene su povezanosti religioznosti s manje istaknutim simptomima PTSP-a i depresije (38, 288 - 290), nižim suicidalnim rizikom (176, 177) i većim zadovoljstvom životom (195). S druge strane, istraživanja o utjecaju religioznosti i srodnih koncepata na različite aspekte mentalnog zdravlja, uključujući one ispitivane u našem istraživanju, nisu posve konzistentna. Tako su, među američkim i kanadskim vojnicima i ratnim veteranima, neki autori izvijestili o manjku povezanosti religioznosti sa suicidalnim rizikom (21, 173), a isti nalaz dobiven je i u jednom manjem istraživanju među hrvatskim ratnim veteranima (38). Slično tome, nisu svi autori potvrdili značajnu povezanost između religioznosti i zadovoljstva životom (196), odnosno depresivnosti (291), među traumom zahvaćenim populacijama.

Jedan od mogućih razloga zašto nije utvrđena povezanost stupnja religioznosti s kliničkim i psihološkim čimbenicima u našem istraživanju, možda leži u tome što je velika većina ispitanika bila u kategoriji religioznih osoba, čak njih 85%. Drugim riječima, iz metodološko-statističke perspektive, snižena varijanca u nekoj ispitivanoj varijabli, kao što je religioznost u našem slučaju, može prividno umanjiti jačinu povezanosti s drugim ispitivanim konstruktima, tako da bi u buduća istraživanja u ovoj populaciji trebala imati veću zastupljenost veterana koji pripadaju kategorijama neodlučnih ili ateista po pitanju stupnja religioznosti. Osim toga, mnogi autori naglašavaju da su religioznost i srodni koncepti po svojoj prirodi vrlo složeni (135, 281), odnosno da različiti aspekti religioznosti mogu različito djelovati spram brojnih zdravstvenih ishoda. U tom smislu, istraživanja koriste različite psihometrijske instrumente kako bi ispitala brojne aspekte religioznosti i duhovnosti, poput intrinzične i ekstrinzične religioznosti, organizacijske religioznosti, pozitivnog i negativnog religioznog suočavanja, spiritualne dobrobiti, spiritualnog distresa, i slično (173, 177, 178). Primjerice, neke studije provedene u

općim populacijama i ratnim veteranima utvrdile su povezanost *negativnog religioznog suočavanja*, stila religioznog suočavanja sa stresom koji odražava osjećaj nesigurnosti u odnosu s Bogom i napetost/nezadovoljstvo unutar vjerske zajednice (292), s povećanim suicidalnim rizikom (178, 293). Postoji mogućnost da i unutar našeg visoko religioznog uzorka ratnih veterana postoje različiti aspekti religioznosti čiji utjecaj nije bio ispitan, pri čemu se pripadnici iste 'objektivne' kategorije stupnja religioznosti mogu razlikovati u nekim drugim i čak međusobno kontradiktornim aspektima religioznosti i duhovnosti, čime je izostala povezanost s ispitivanim kliničkim ishodima. U svakom slučaju, budući empirijski pothvati trebali bi upotrijebiti dodatne instrumente za ispitivanje ovog složenog fenomena koji će obuhvatiti sve njegove pozitivne i negativne aspekte, kao i konceptualizacije religioznosti koje uključuju formalne i neformalne, odnosno ekstrinzične i intrinzične, aspekte religioznosti (294, 295). Dobivanje jasnije slike o empirijskim učincima tih aspekata religioznosti, moglo bi poslužiti u boljem predviđanju kliničkih ishoda kod ratnih veterana oboljelih od PTSP-a, kao i u poticanju određenih terapijskih intervencija prikladnijih za bolesnika ovisno o njegovom sustavu životnih vrijednosti, uključujući religioznost. Predložena je, primjerice, kognitivna terapija orijentirana na spiritualnost u radu s aktivnim vojnicima i ratnim veteranima oboljelima od PTSP-a (296).

5.6. Očekivani znanstveni doprinos

Zadnjih godina raste interes za komorbiditet PTSP-a i depresije, u recentnoj literaturi opisan kao tzv. posttraumatski poremećaj raspoloženja, s obzirom na nalaze o različitim kliničkim manifestacijama i ishodima u odnosu na izolirani PTSP. Dosad nijedna studija nije sustavno ispitala ulogu osobina ličnosti u kontekstu Cloningerovog modela temperamenta i karaktera, kao potencijalnih faktora vulnerabilnosti i/ili rezilijencije za razvoj komorbiditete depresije u ratnih veterana s PTSP-om. Također, s obzirom da je suicidalni rizik povišen u ovoj specifičnoj populaciji, sustavno ispitivanje važnosti osobina ličnosti, s obzirom na njihovu obećavajuću ulogu endofenotipova suicidalnih tendencija, može doprinijeti ranoj identifikaciji povećanog suicidalnog rizika kod psihijatrijski liječenih ratnih veterana.

Koncept subjektivne kvalitete života/subjektivne dobrobiti integralni je dio holističkog pristupa liječenju ratnih veterana s PTSP-om. S obzirom na podatke o važnosti subjektivne dobrobiti za ishode liječenja u drugim populacijama, potrebno je empirijski istražiti različite faktore (osobine ličnosti, religioznost, sociodemografski faktori) koji potpomažu istu. Ti faktori mogu služiti u terapijskom kontekstu u svrhu poticanja pacijenata na korištenje unutarnjih psiholoških i okolinskih resursa koji će razvijati njihovu subjektivnu dobrobit nakon pretrpljenih trauma. Općenito, istraživanje uloge ličnosti, religioznosti i ostalih faktora u razvoju gore navedenih kliničkih entiteta doprinosi boljem razumijevanju i mogućoj implementaciji tih saznanja u psihijatrijskoj i psihološkoj kliničkoj praksi.

5.7. Ograničenja istraživanja

Ovo istraživanje, osim nekih svojih prednosti i novih nalaza, sadrži i određena metodološka ograničenja. Prvenstveno, riječ je o poprečnom istraživanju koje zbog takvog metodološkog nacrtu ne dopušta sasvim jasno zaključivanje u terminima uzročnosti, već se radi o poprečnim povezanostima između istraživanih sociodemografskih, kliničkih i psiholoških čimbenika. S druge strane, brojna druga istraživanja u različitim općim i psihijatrijskim populacijama utvrdila su prospektivne povezanosti osobina ličnosti s raznim kliničkim ishodima, uključujući depresivnost, suicidalni rizik i kvalitetu života. Primjerice, Rosenstrom i suradnici (243) pronašli su prospektivnu vezu između određenim dimenzija temperamenta i karaktera i budućih depresivnih simptoma, tijekom 15-godišnjeg praćenja pripadnika opće populacije u Finskoj. Slično tome, Jylha i suradnici (162) pokazali su 5-godišnju prospektivnu povezanost temperamenta i karaktera s pokušajima suicida među bolesnicima liječenima od unipolarne i bipolarnе depresije. U budućnosti bi empirijske studije trebale ispitivati, između ostalog, osobine ličnosti kod vojnog osoblja prije njihovog borbenog angažmana, te zatim utvrditi odnos osobina ličnosti i drugih čimbenika s različitim kliničkim ishodima, i to longitudinalno pratiti, kao što se primjerice sve češće radi zadnjih godina kad je u pitanju američko vojno osoblje (112, 297). Nadalje, buduće prospektivne studije, kako bi dodatno istražile složene fenomene PTPR-a i

suicidalnog rizika kod ratnih veterana, trebaju ispitivati potencijalne moderatorske i medijatorske čimbenike u odnosu između osobina ličnosti i kliničkih ishoda, poput razine izloženosti borbenim traumama, poslijeratne socijalne podrške, peritraumatskih disocijativnih tegoba, a naravno i genetskih i neurobioloških parametara. Neki autori u tom smislu posebno naglašavaju važnost ispitivanja poslijeratnih društvenih i političkih okolnosti gdje osjećaji razočaranja, frustracije i nepravde kod ratnih veterana, što se ponekad naziva *tzv. posttraumatski sindrom ogorčenosti* (298, 299), mogu biti relevantni za razvoj PTSP-a, depresije i suicidalnog rizika, a naravno i za smanjeno zadovoljstvo životom. Također, jedno od ograničenja istraživanja jest činjenica da su bolesnici s prethodnim depresivnim poremećajem bili svrstani u odgovarajuću kliničku podskupinu na temelju medicinske dokumentacije i kliničkog intervjua. Iako bi korištenje strukturiranih dijagnostičkih intervjua (npr. SCID-I) za utvrđivanje cjeloživotnog depresivnog poremećaja bilo rigoroznije u metodološkom smislu, neke prethodne studije uputile su na visoko preklapanje između SCID-I, medicinske dokumentacije i samoprocijenjene povijesti depresivnih epizoda (300, 301). Slično tome, nije korišten dijagnostički intervju za ispitivanje suicidalnih ideacija, ali pokazano je da ponekad samoprocjenski instrumenti suicidalnosti mogu imati veću valjanost u odnosu na intervju, pogotovo kad se ispituju aktualna suicidalna promišljanja (302). Druga istraživanja dodatno bi trebala ispitati još neke aspekte suicidalnosti u populaciji ratnih veterana oboljelih od PTSP-a, kao što su načini suicidalnih pokušaja i razina letalnosti. Slično tome, konstrukt subjektivne kvalitete života je razmjerno širok fenomen koji uključuje prisutnost pozitivnih i odsustvo negativnih emocija, socijalnu uključenost, tjelesnu dobrobit, te zadovoljstvo životom (192), dok smo se u našem istraživanju usmjerili na potonji aspekt - zadovoljstvo životom. Stoga, potrebno je istraživati i ostale koncepte u sklopu subjektivne kvalitete života, te pritom koristiti neke šire i novije mjerne instrumente (303).

Nadalje, u našoj studiji, iako je kontroliran utjecaj mnogih sociodemografskih i kliničkih čimbenika, nije kontrolirana duljina i intenzitet borbenih iskustava, što se ponekad pokazuje relevantnim u kontekstu razvoja PTSP-a i suicidalnog rizika u ovoj populaciji, a moguće i u kontekstu PTPR-a i subjektivne kvalitete života, iako ovdje još nema konsenzusa po tom pitanju (304). Veličina našeg uzorka bila je dovoljna u smislu statističke snage istraživanja, ali budući da smo imali dvije kliničke podskupine (PTSP vs. PTSP i depresija; ili PTSP bez i sa suicidalnim pokušajem), veći uzorak doprinio bi većoj pouzdanosti i valjanosti dobivenih podataka. Slično

tome, a obzirom da je naš uzorak uključivao hrvatske muške ratne veterane, nije posve moguće generalizirati dobivene nalaze na populaciju ratnih veteranki, kao i na srodne ratom pogođene populacije civila i izbjeglog stanovništva. Naposljetku, spomenuta je i metodološka složenost ispitivanja dimenzija temperamenta i karaktera u kontekstu uloge dimenzije *samotranscendencije* u suicidalnim fenomenima. Srodno tome, empirijski napori posljednjih godina idu u smjeru naprednijih statističkih metoda i utvrđivanja različitih kombinacija, odnosno klastera dimenzija ličnosti, budući da su veze između pojedinih dimenzija ličnosti često dinamičke i nelinearne (257), pa bi te naprednije analize mogle realnije oslikavati strukturu i dinamiku ličnosti pojedinca. To nužno zahtjeva znatno veće uzorke ispitanika od našeg trenutnog uzorka, ali bi dodatno doprinijelo razumijevanju složene prirode PTSP-a i srodnih kliničkih entiteta, s obzirom na još uvijek postojeće nejasnoće u području psihotraumatologije (299). Štoviše, naprednije istraživanje različitih dimenzija ličnosti, kao potencijalnih rizičnih i protektivnih čimbenika, pomoglo bi u jasnijem shvaćanju i poticanju rezilijencije među vojnicima i ratnim veteranima, u svrhu prevencije mentalnih poremećaja i korištenja psiholoških resursa s ciljem osobnog rasta i razvoja ovih pojedinaca (22, 278, 305, 306), uključujući i aspekte posttraumatskog rasta (22, 307).

6. ZAKLJUČAK

S obzirom na postavljene ciljeve i hipoteze ovog istraživanja, ova studija je rezultirala ovim zaključcima:

1. Ratni veterani s PTSP-om i komorbiditetnom depresijom, u odnosu na one s PTSP-om, razlikuju se u dimenzijama *izbjegavanje štete*, *samousmjerenost* i *impulzivnost*, kao i u razini suicidalnih ideacija, prethodnim suicidalnim pokušajima i zadovoljstvu životom.
2. Razina suicidalnih ideacija ratnih veterana s PTSP-om povezana je s dimenzijama *suradljivost* i *impulzivnost*, kao i sa zadovoljstvom životom.
3. Ratni veterani oboljeli od PTSP-a s prethodnim pokušajima suicida, u odnosu na one bez tih pokušaja, razlikuju se u dimenzijama *izbjegavanje štete* i *samotranscendencija*, kao i u razini suicidalnih ideacija i zadovoljstvu životom.
4. Subjektivna kvaliteta života, odnosno zadovoljstvo životom, ratnih veterana s PTSP-om povezana je s dimenzijama *traženje novog*, *samousmjerenost* i *suradljivost*.
5. Stupanj religioznosti ratnih veterana s PTSP-om nije povezan s razvojem komorbiditetne depresije, suicidalnim ideacijama i pokušajima, te zadovoljstvom životom.

7. LITERATURA

1. McNally RJ. Posttraumatic Stress Disorder and Dissociative Disorders. U: Blaney PH, Krueger RF, Millon T, ur. Oxford Textbook of Psychopathology. New York: Oxford University Press; 2015, str. 191-221.
2. Britvić D, Frančišković T. Psihotraumatologija. U: Jukić V, ur. Hrvatska psihijatrija početkom 21. stoljeća. Zagreb: Medicinska naklada; 2018, str. 89-95.
3. Begić D, Jukić V, Medved V, ur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
4. Thomas JL, Wilk JE, Riviere LA, McGurk D, Castro CA, Hoge CW. Prevalence of mental health problems and functional impairment among active component and National Guard soldiers 3 and 12 months following combat in Iraq. Arch Gen Psychiatry 2010;67(6):614-23.
5. Kok BC, Herrell RK, Thomas JL, Hoge CW. Posttraumatic stress disorder associated with combat service in Iraq or Afghanistan: reconciling prevalence differences between studies. J Nerv Ment Dis 2012;200:444-50.
6. Hines LA, Sundin J, Rona RJ, Wessely S, Fear NT. Posttraumatic Stress Disorder Post Iraq and Afghanistan: Prevalence Among Military Subgroups. Can J Psychiatry 2014;59:468-479.
7. Ramchand R, Rudavsky R, Grant S, Tanielian T, Jaycox L. Prevalence of, Risk Factors for, and Consequences of Posttraumatic Stress Disorder and Other Mental Health Problems in Military Populations Deployed to Iraq and Afghanistan. Curr Psychiatry Rep 2015;17:37.
8. Wisco BE, Marx BP, Miller MW, Wolf EJ, Mota NP, Krystal JH, Southwick SM, Pietrzak RH. Probable Posttraumatic Stress Disorder in the US Veteran Population According to DSM-5: Results From the National Health and Resilience in Veterans Study. J Clin Psychiatry 2016;77(11):1503-1510.

9. Hoge CW, Terhakopian A, Castro CA, Messer SC, Engel CC. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *Am J Psychiatry* 2007;164(1):150-3.
10. Gates MA, Holowka DW, Vasterling JJ, Keane TM, Marx BP, Rosen RC. Posttraumatic stress disorder in veterans and military personnel: epidemiology, screening, and case recognition. *Psychol Serv* 2012;9:361–82.
11. McHugh PR, Treisman G. PTSD: a problematic diagnostic category. *J Anxiety Disord* 2007;21(2):211-22.
12. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med* 2004 ;351(1):13-22.
13. Ramchand R, Schell TL, Karney BR, Osilla KC, Burns RM, Caldarone LB. Disparate prevalence estimates of PTSD among service members who served in Iraq and Afghanistan: possible explanations. *J Trauma Stress* 2010;23(1):59-68.
14. Sundin J, Fear NT, Iversen A, Rona RJ, Wessely S. PTSD after deployment to Iraq: conflicting rates, conflicting claims. *Psychol Med.* 2010;40(3):367-82.
15. Thomas CL, Amin R, Friedlander JN. Prolonged exposure for combat veterans with PTSD. U: Ritchie EC, ur. *Posttraumatic stress disorder and related diseases in combat veterans.* Springer International Publishing AG; 2015, str. 55-68.
16. Kaiser DJ. *Combat Related Post Traumatic Stress Disorder in Veterans of Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom: A Review of the Literature.* *Grad J Couns Psychol* 2012;3:Article 5.
17. Pietrzak RH, Johnson DC, Goldstein MB, Malley JC, Southwick SM. Psychological resilience and postdeployment social support protect against traumatic stress and depressive symptoms in soldiers returning from Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Depress Anxiety* 2009;26:745–51.

18. Jacobson IG, Horton JL, Leardmann CA, Ryan MA, Boyko EJ, Wells TS, Smith B, Smith TC. Posttraumatic stress disorder and depression among U.S. military health care professionals deployed in support of operations in Iraq and Afghanistan. *J Trauma Stress* 2012;25(6):616-23.
19. Armenta RF, Rush T, LeardMann CA i sur. Factors associated with persistent posttraumatic stress disorder among U.S. military service members and veterans. *BMC Psychiatry* 2018;18:48.
20. Pietrzak RH, Russo AR, Ling Q, Southwick SM. Suicidal ideation in treatment-seeking Veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom: The role of coping strategies, resilience, and social support. *J Psychiatr Res* 2011;45:720–6.
21. Nelson C, Cyr KS, Corbett B i sur. Predictors of posttraumatic stress disorder, depression, and suicidal ideation among Canadian Forces personnel in a National Canadian Military Health Survey. *J Psychiatr Res* 2011;45:1483–8.
22. Jakovljevic M, Brajkovic L, Jaksic N, Loncar M, Aukst-Margetic B, Lasic D. Posttraumatic stress disorder (PTSD) from different perspectives: a transdisciplinary integrative approach. *Psychiatr Danub* 2012;24:246-55.
23. Jaksic N, Brajkovic L, Ivezic E, Topic R, Jakovljevic M. The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatr Danub* 2012;24:256–66.
24. Tsai J, Harpaz-Rotem I, Pietrzak RH, Southwick SM. The Role of Coping, Resilience, and Social Support in Mediating the Relation Between PTSD and Social Functioning in Veterans Returning from Iraq and Afghanistan. *Psychiatry Interpers Biol Process* 2012;75:135–49.
25. James LM, Van Kampen E, Miller RD, Engdahl BE. Risk and Protective Factors Associated With Symptoms of Post-Traumatic Stress, Depression, and Alcohol Misuse in OEF/OIF Veterans. *Mil Med* 2013;178:159–65.
26. Vogt DS, King DW, King LA. Risk pathways for PTSD: Making sense of the literature. U: Friedman MJ, Keane TM, Resick PA, ur. *Handbook of PTSD: Science and practice*. The Guilford Press; 2014, str. 146-165.

27. Smith BN, Taverna EC, Fox AB, Schnurr PP, Matteo RA, Vogt D. The Role of PTSD, Depression, and Alcohol Misuse Symptom Severity in Linking Deployment Stressor Exposure and Post- Military Work and Family Outcomes in Male and Female Veterans. *Clin Psychol Sci* 2017;5:664–682.
28. Steele M, Germain A, Campbell JS. Mediation and Moderation of the Relationship Between Combat Experiences and Post-Traumatic Stress Symptoms in Active Duty Military Personnel. *Mil Med.* 2017;182(5):e1632-e1639.
29. Gregurek R, Klain E, ur. Posttraumatski stresni poremećaj: hrvatska iskustva. Zagreb: Medicinska naklada; 2000.
30. Loncar M, Dijanic Plasc I, Bunjevac T i sur. Predicting symptom clusters of posttraumatic stress disorder (PTSD) in Croatian war veterans: the role of socio-demographics, war experiences and subjective quality of life. *Psychiatr Danub* 2014;26:231–8.
31. Frančišković T, Šuković Z, Tovilović Z i sur. The utilization and perceived usefulness of health care and other support services by people exposed to traumatic events related to the war in the Balkans. *Acta Med Acad* 2013;42:4–14.
32. Priebe S, Gavrilovic JJ, Matanov A i sur. Treatment Outcomes and Costs at Specialized Centers for the Treatment of PTSD After the War in Former Yugoslavia. *Psychiatr Serv* 2010;61:598—604.
33. Bogic M, Ajdukovic D, Bremner S i sur. Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *Br J Psychiatry* 2012;200:216–23.
34. Komar Z, Vukušić H. Post-traumatic stress disorder in Croatian war veterans; incidence and psychosocial features. Rad prezentiran na 36. IAMPS, Split, Hrvatska, 2000.
35. Ljubotina D, Pantić Z, Frančišković T, Mladić M, Priebe S. Treatment Outcomes and Perception of Social Acknowledgment in War Veterans: Follow-up Study. *Croat Med J* 2007;48:157–66.

36. Kovačić Petrović Z, Peraica T, Eterović M, Anđelinović M, Kozarić-Kovačić D. Combat Posttraumatic Stress Disorder and Quality of Life: Do Somatic Comorbidities Matter? *J Nerv Ment Dis.* 2019;207(2):53-58.
37. Peraica T, Vidović A, Petrović ZK, Kozarić-Kovačić D. Quality of life of Croatian veterans' wives and veterans with posttraumatic stress disorder. *Health Qual Life Outcomes* 2014;12:1–9.
38. Sagud M, Petrovic B, Vilibić M i sur. The relationship among psychopathology, religiosity, and nicotine dependence in Croatian war veterans with posttraumatic stress disorder. *Croat Med J* 2018;59:165–77.
39. Pivac N, Kozarić-Kovačić D, Mück-Šeler D. Olanzapine versus fluphenazine in an open trial in patients with psychotic combat related posttraumatic stress disorder. *Psychopharmacology* 2004;175:451-456.
40. Pivac N, Kozarić-Kovacic D. Pharmacotherapy of treatment-resistant combat-related posttraumatic stress disorder with psychotic features. *Croat Med J* 2006;47(3):440-451.
41. Kozaric-Kovacic D, Pivac N. Quetiapine treatment in an open trial in combat related posttraumatic stress disorder with psychotic features, *Int J Neuropsychopharmacology* 2007;10:253-261.
42. Kozarić-Kovačić D, Pivac N, Mück-Šeler D, Rothbaum BO. Risperidone in psychotic combat related posttraumatic stress disorder: an open trial. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:922-927.
43. Pivac N, Nedic G, Kozaric-Kovacic D, Nikolac M, Grubisic Ilic M, Mustapic M, Jendricko T, Rakos I, Muck-Seler D. Biomarkers as new tools to improve the diagnosis and treatment of PTSD. U: Wiederhold BK, ur. NATO Science for peace programme: NATO ASI - Invisible Wounds, New Tools to Enhance PTSD Diagnosis and Treatment.. Amsterdam: IOS Press; 2013, str. 21-72.
44. Nedic Erjavec G, Nikolac Perkovic M, Tudor L, Svob Strac D, Pivac N. Neurotransmitter and neurotrophic biomarkers in combat related PTSD. U: Kumar U, ur. *The Routledge International Handbook of Military Psychology and Mental Health.* Routledge International

Handbooks, Routledge Taylor & Francis Group; 2020, str 467-481.

45. Kovacic Petrovic Z, Nedic Erjavec G, Nikolac Perkovic M, Svob Strac D, Peraica T, Tudor L, Pivac N. The Association between Serotonin Transporter Polymorphism, Platelet Serotonin Concentration and Insomnia in Non-Depressed Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatr Danub* 2019;31(1):78-87.

46. Tudor L, Konjevod M, Nikolac Perkovic M, Svob Strac D, Nedic Erjavec G, Uzun S, Kozumplik O, Sagud M, Kovacic Petrovic Z, Pivac N. Genetic Variants of the Brain-Derived Neurotrophic Factor and Metabolic Indices in Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. *Front Psychiatry* 2018;9:637.

47. Kuwert P, Knaevelsrud C, Pietrzak RH. Loneliness among older veterans in the United States: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014;22:564–9.

48. Britvić D, Antičević V, Kaliterna M i sur. Comorbidities with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) among combat veterans: 15 years postwar analysis. *Int J Clin Health Psychol* 2015;15:81-92.

49. Byrne SP, Harpaz-Rotem I, Tsai J, Southwick SM, Pietrzak RH. Latent typologies of DSM-5 PTSD symptoms in U.S. military veterans. *Psychiatry Res* 2018;273:255–273.

50. Long N, MacDonald C, Chamberlain K. Prevalence of posttraumatic stress disorder, depression and anxiety in a community sample of New Zealand Vietnam War veterans. *Aust N Z J Psychiatry* 1996;30:253–6.

51. Orsillo SM, Weathers FW, Litz BT, Steinberg HR, Huska JA, Keane TM. Current and lifetime psychiatric disorders among veterans with war zone-related posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:307–13.

52. Lapierre CB, Schwegler AF, Labauve BJ. Posttraumatic stress and depression symptoms in soldiers returning from combat operations in Iraq and Afghanistan. *J Trauma Stress* 2007;20:933-43.

53. Arbanas G. Patients with Combat-related and War-related Posttraumatic Stress Disorder 10 Years After Diagnosis. *Croat Med J* 2010;51:209–14.
54. McDevitt-Murphy ME, Williams JL, Bracken KL, Fields JA, Monahan CJ, Murphy JG. PTSD Symptoms, Hazardous Drinking, and Health Functioning among U.S.OEF/OIF Veterans Presenting to Primary Care. *J Trauma Stress* 2010;23:108-111.
55. Rielage JK, Hoyt T, Renshaw K. Internalizing and externalizing personality styles and psychopathology in OEF-OIF veterans. *J Trauma Stress* 2010;23:350-7.
56. Mugisha J, Muyinda H, Malamba S, Kinyanda E. Major depressive disorder seven years after the conflict in northern Uganda: Burden, risk factors and impact on outcomes (The Wayo-Nero Study). *BMC Psychiatry* 2015;15:1–12.
57. Goldstein RB, Smith SM, Chou SP i sur. The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016; 51:1137-48.
58. Zisook S, Tal I, Weingart K i sur. Characteristics of U.S. Veteran Patients with Major Depressive Disorder who require “next-step” treatments: A VAST-D report. *J Affect Disord* 2016;206:232–40.
59. Goetter EM, Hoepfner SS, Khan AJ, Charney ME, Wieman S, Venners MR, Avallone KM, Rauch SAM, Simon NM. Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Major Depression in U.S. Veterans: The Role of Deployment Cycle Adversity and Social Support. *J Trauma Stress* 2020;33(3):276-284.
60. Kozarić-Kovačić D, Kocijan-Hercigonja D. Assessment of post-traumatic disorder and comorbidity. *Mil Med* 2001;166:677-80.
61. Ivezić S, Bagarić A, Oruč L, Mimica N, Ljubin T. Psychotic symptoms and comorbid psychiatric disorders in Croatian combat-related posttraumatic stress disorder patients. *Croat Med J* 2000;41:179–83.

62. Compean E, Hamner M. Posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features (PTSD-SP): Diagnostic and treatment challenges. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2019;88:265-275.
63. Price RK, Risk NK, Haden AH, Lewis CE, Spitznagel EL. Post-traumatic stress disorder, drug dependence, and suicidality among male Vietnam veterans with a history of heavy drug use. *Drug Alcohol Depend* 2004;76:S31-43.
64. Rytwinski NK, Scur MD, Feeny NC, Youngstrom EA. The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *J Trauma Stress* 2013;26:299–309.
65. Curry JF, Aubuchon-Endsley N, Brancu M, Runnals JJ, Fairbank JA. Lifetime major depression and comorbid disorders among current-era women veterans. *J Affect Disord* 2014;152–154:434–40.
66. Green BL, Krupnick JL, Chung J i sur. Impact of PTSD comorbidity on one-year outcomes in a depression trial. *Journal of Clinical Psychology* 2006;62:815–835.
67. Lindley SE, Carlson EB, Hill K. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of augmentation topiramate for chronic combatrelated posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2007;27:677–681.
68. Feeny NC, Zoellner LA, Mavissakalian MR, Roy-Byrne PP. What would you choose? Sertraline or prolonged exposure in community and PTSD treatment seeking women. *Depression and Anxiety* 2009; 26:724–731.
69. Chiba H, Oe M, Uchimura N. Patients with Posttraumatic Stress Disorder with Comorbid Major Depressive Disorder Require a Higher Dose of Psychotropic Drugs. *Kurume Med J* 2015;62:23–8.
70. Shah R, Shah A, Links P. Post-traumatic stress disorder and depression comorbidity: Severity across different populations. *Neuropsychiatry (London)* 2012;2:521–9.

71. Flory JD, Yehuda R. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: Alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues Clin Neurosci* 2015;17:141–50.
72. Stander VA, Thomsen CJ, Highfill-McRoy RM. Etiology of depression comorbidity in combat-related PTSD: a review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2014;34(2):87-98.
73. Elhai JD, Grubaugh AL, Kashdan TB, Frueh BC. Empirical examination of a proposed refinement to DSM-IV posttraumatic stress disorder symptom criteria using the National Comorbidity Survey Replication data. *J Clin Psychiatry* 2008;69(4):597-602.
74. Elhai JD, de Francisco Carvalho L, Miguel FK, Palmieri PA, Primi R, Frueh BC. Testing whether posttraumatic stress disorder and major depressive disorder are similar or unique constructs. *J Anxiety Disord* 2011;25(3):404-410.
75. Angelakis S, Nixon RDV. The comorbidity of PTSD and MDD: Implications for clinical practice and future research. *Behaviour Change* 2015;32(1):1–25.
76. Sher L. The concept of post-traumatic mood disorder. *Med Hypotheses* 2005;65:205–210.
77. Sher L. A model of suicidal behavior in war veterans with posttraumatic mood disorder. *Med Hypotheses* 2009;73:215–9.
78. Sher L, Braquehais MD, Casas M. Posttraumatic stress disorder, depression, and suicide in veterans. *Cleve Clin J Med* 2012;79:92–7.
79. Kozarić-Kovacić D, Hercigonja DK, Grubisić-Ilić M. Posttraumatic stress disorder and depression in soldiers with combat experiences. *Croat Med J* 2001;42:165–70.
80. 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;80:231–8.
81. Ikin JF, Creamer MC, Sim MR, McKenzie DP. Comorbidity of PTSD and depression in Korean War veterans: Prevalence, predictors, and impairment. *J Affect Disord* 2010;125:279–86.

82. Galatzer-Levy IR, Nickerson A, Litz BT, Marmar CR. Patterns of lifetime PTSD comorbidity: A latent class analysis. *Depress Anxiety* 2013;30:489–96.
83. Morina N, Ajdukovic D, Bogic M i sur. Co-occurrence of major depressive episode and posttraumatic stress disorder among survivors of war: How is it different from either condition alone? *J Clin Psychiatry* 2013;74:212–8.
84. Yehuda R, Teicher MH, Trestman RL, Levengood RA, Siever LJ. Cortisol regulation in posttraumatic stress disorder and major depression: a chronobiological analysis. *Biol Psychiatry* 1996;40(2):79-88.
85. Oquendo MA, Echavarria G, Galfalvy HC, i sur. Lower cortisol levels in depressed patients with comorbid post-traumatic stress disorder. *Neuropsychopharmacology* 2003;28:591– 8.
86. Sher L, Oquendo MA, Galfalvy HC, Cooper TB, Mann JJ. Age effects on cortisol levels in depressed patients with and without comorbid posttraumatic stress disorder, and healthy volunteers. *J Affect Disord* 2004;82:53–9.
87. Woodward SH, Friedman MJ, Bliwise DL. Sleep and depression in combat-related PTSD inpatients. *Biol Psychiatry* 1996;39:182–92.
88. Jakupcak M, Cook J, Imel Z, Fontana A, Rosenheck R, McFall M. Posttraumatic stress disorder as a risk factor for suicidal ideation in Iraq and Afghansitan war veteran. *J Trauma Stress* 2009;22:303-306.
89. Corson K, Denneson LM, Bair MJ, Helmer DA, Goulet JL, Dobscha SK. Prevalence and correlates of suicidal ideation among Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom veterans. *J Affect Disord* 2013;149:291–8.
90. Halimi R, Halimi H. Risk among combat veterans with post-traumatic stress disorder: The impact of psychosocial factors on the escalation of suicidal risk. *Noropsikiyatri Ars* 2015;52:263–6.

91. Jakupcak M, Hoerster KD, Varra A, Vannoy S, Felker B, Hunt S. Hopelessness and suicidal ideation in Iraq and Afghanistan war veterans reporting subthreshold and threshold posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 2011;199:272–5.
92. Mann JJ, Ellis SP, Wateraux CM i sur. Classification trees distinguishing suicide attempters in major psychiatric disorders: A model of clinical decision making. *J Clinl Psychiatry* 2008;69:23– 31.
93. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008;30(1):133-54.
94. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009;373:1372–81.
95. Marčinko D, ur. Suicidologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
96. Kuehn BM: Military probes epidemic of suicide: mental health issues remain prevalent. *JAMA* 2010; 304:1427- 1430.
97. Kang HK, Bullman TA, Smolenski DJ, Skopp NA, Gahm GA, Reger MA. Suicide risk among 1.3 million veterans who were on active duty during the Iraq and Afghanistan wars. *Ann Epidemiol* 2015;25:96-100.
98. Holliday R, Borges LM, Stearns-Yoder KA, Hoffberg AS, Brenner LA, Monteith LL. Posttraumatic Stress Disorder, Suicidal Ideation, and Suicidal Self-Directed Violence Among U.S. Military Personnel and Veterans: A Systematic Review of the Literature From 2010 to 2018. *Front Psychol* 2020;11:1998.
99. Pompili M, 7 L, Serafini G i sur. Posttraumatic stress disorder and suicide risk among veterans: a literature review. *J Nerv Ment Dis* 2013;201:802-12.
100. Ramsawh HJ, Fullerton CS, Mash HB i sur. Risk for suicidal behaviors associated with PTSD, depression, and their comorbidity in the U.S. Army. *J Affect Disord* 2014;161:116-22.

101. Rosenheck R, Fontana A. Impact of efforts to reduce inpatient costs on clinical effectiveness: Treatment of posttraumatic stress disorder in the Department of Veterans Affairs. *Med Care* 2001;39:168Y180.
102. Pivac N, Nedić G, Nikolac M, Mück-Šeler D. Genetics of suicidal behaviour. U: Wiederhold BK, ur. Coping with posttraumatic stress disorder in returning troops. Wounds of war II. NATO Science through peace and security series E: human and societal dynamics. Vol 68. IOS Press Amsterdam; 2010, str. 31-55.
103. Pivac N, Kozarić-Kovačić D, Nedić G, Nikolac M, Mustapić M, Babić A, Grubišić-Ilić M, Kovačić Z, Muck-Šeler D. Genetic markers in suicidal and non-suicidal veterans with combat-related posttraumatic stress disorder. U: Egan SJ, ur. Posttraumatic stress disorder (PTSD): causes, symptoms and treatment. New York: NOVA SCI Publisher; 2010, str. 109-139.
104. Brewin CR, Garnett R, Andrews B. Trauma, identity and mental health in UK military veterans. *Psychol Med* 2011;41:1733–40.
105. Cigrang JA, Balderrama-Durbin C, Snyder DK i sur. Predictors of Suicidal Ideation Across Deployment: A Prospective Study. *J Clin Psychol* 2015;71:828–42.
106. Nock MK, Deming CA, Fullerton CS i sur. Suicide Among Soldiers: A Review of Psychosocial Risk and Protective Factors 2013;76:97–125.
107. Hellmuth JC, Stappenbeck CA, Hoerster KD, Jakupcak M. Modeling PTSD Symptom Clusters, Alcohol Misuse, Anger, and Depression as They Relate to Aggression and Suicidality in Returning U.S. Veterans. *J Trauma Stress* 2012;25:527–34.
108. Gallegos AM, Streltsov N, Stecker T. Improving Treatment Engagement for Returning OEF/OIF Veterans with PTSD, Depression, and Suicidal Ideation. *J Nerv Ment Dis* 2016;204:339–343.
109. Kimbrel NA, Calhoun PS, Elbogen EB i sur. The factor structure of psychiatric comorbidity among Iraq/ Afghanistan-era veterans and its relationship to violence, incarceration, suicide attempts, and suicidality. *Psychiatry Res* 2014;220:397–403.

110. Kimbrel NA, Meyer EC, DeBeer DB, Gulliver SB, Morissette SB. A 12-Month Prospective Study of the Effects of PTSD- Depression Comorbidity on Suicidal Behavior in Iraq/Afghanistan-Era Veterans. *Psychiatry Res* 2016;243:97-9.
111. Ursano RJ, Kessler RC, Stein Mb i sur. Risk Factors, Methods, and Timing of Suicide Attempts Among US Army Soldiers. *JAMA Psychiatry* 2016;73:741–749.
112. Lee DJ, Kearns JC, Wisco BE i sur. A longitudinal study of risk factors for suicide attempts among Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom veterans. *Depress Anxiety* 2018;35:609–18.
113. Butterfield MI, Stechuchak KM, Connor KM, Davidson JR, Wang C, MacKuen CL, Pearlstein AM, Marx CE. Neuroactive steroids and suicidality in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162:380Y382.
114. Kovacic Z, Henigsberg N, Pivac N, Nedic G, Borovecki A. Platelet serotonin concentration and suicidal behavior in combat related posttraumatic stress disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008; 32:544Y551.
115. Vilibić M, Jukić V, Pandžić-Sakoman M, Bilić P, Milošević M. Association between total serum cholesterol and depression, aggression, and suicidal ideations in war veterans with posttraumatic stress disorder: a cross-sectional study. *Croat Med J* 2014;55:520–9.
116. Lemaire CM, Graham DP. Factors associated with suicidal ideation in OEF/OIF veterans. *J Affect Disord* 2011;130:231–8.
117. Pukay-Martin ND, Pontoski KE, Maxwell MA i sur. The Influence of Depressive Symptoms on Suicidal Ideation Among U.S. Vietnam-Era and Afghanistan/Iraq-Era Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress* 2012;25:578–82.
118. Bryan CJ, Hernandez AM, Allison S, Clemans T. Combat Exposure and Suicide Risk in Two Samples of Military Personnel. *J Clin Psychol* 2013;69:64–77.

119. LeardMann CA, Powell TM, Smith TC i sur. Risk factors associated with suicide in current and former US military personnel. *JAMA* 2013;310:496–506.
120. DeBeer DB, Kimbrel NA, Meyer EC, Gulliver SB, Morissette SB. Combined PTSD and Depressive Symptoms Interact with Post- Deployment Social Support to Predict Suicidal Ideation in Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom Veterans. *Psychiatry Res* 2014;216: 357–362.
121. Jakupcak M, Vannoy S, Imel Z i sur. Does PTSD moderate the relationship between social support and suicide risk in Iraq and Afghanistan war veterans seeking mental health treatment? *Depress Anxiety* 2010;27:1001–1005.
122. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:180–206.
123. Flood AM, Boyle SH, Calhoun PS i sur. Prospective study of externalizing and internalizing subtypes of posttraumatic stress disorder and their relationship to mortality among Vietnam veterans. *Compr Psychiatry* 2010;51:236–242.
124. Wolf EJ, Miller MW, Harrington KM, Reardon A. Personality-based latent classes of posttraumatic psychopathology: personality disorders and the internalizing/externalizing model. *J Abnorm Psychol* 2012;121:256-62.
125. Pompili M, Dominici G, Forte A, Giordano G, Lamis DA. PTSD and Suicide Risk in War Veterans. U: Martin CR, Preedy VR, Patel VB, ur. *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorder*. Switzerland: Springer; 2016, str. 1–13.
126. Denneson LM, Basham C, Dickinson KC i sur. Suicide risk assessment and content of VA health care contacts before suicide completion by veterans in Oregon. *Psychiatr Serv* 2010; 61:1192–1197.

127. Denneson LM, Teo AR, Ganzini L, Helmer DA, Bair MJ, Dobscha SK. Military Veterans' Experiences with Suicidal Ideation: Implications for Intervention and Prevention. *Suicide Life Threat Behav* 2015;45:399-414.
128. McCrae RR, Costa PT. *Personality in Adulthood: A FiveFactor Theory Perspective*. New York: The Guilford Press; 2003.
129. Aukst Margetić B i Margetić B. Modeli ličnosti i suicid. U: Marčinko D, ur. *Suicidologija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
130. Gourion D, Péliissolo A, Lépine JP. Test-retest reliability of the Temperament and Character Inventory in patients with opiate dependence. *Psychiatry Research* 2003;118(1):81–88.
131. Ojehagen A, Johnsson E, Träskman-Bendz L. The long-term stability of temperament traits measured after a suicide attempt. A 5-year follow-up of ratings of Karolinska Scales of Personality (KSP). *Nord J Psychiatry* 2003;57(2):125-30.
132. Widiger TA. Personality and psychopathology. *World Psychiatry* 2011;10:103-106.
133. Cloninger CR. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry* 2006;5(2):71-76.
134. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:975-90.
135. Cloninger CR. *Feeling Good. The Science of Well-Being*. New York: Oxford University Press; 2004.
136. Cloninger CR, Svrakic NM, Svrakic DM. Role of personality self-organization in development of mental order and disorder. *Development and Psychopathology* 1997;9:881–906.
137. Svrakic DM, Cloninger RC. Epigenetic perspective on behavior development, personality, and personality disorders. *Psychiatr Danub* 2010; 22:153-66

138. Svrakic DM, Cloninger CR. Pharmacotherapy and the Psychobiological Model of Personality: Implications for DSM-5. *Curr Psychopharmacol* 2012;1:122-136.
139. Cloninger CR. Completing the psychobiological architecture of human personality development: Temperament, character, and coherence. U: Staudinger U, Lindenberger U, ur. *Understanding human development: Dialogues with lifespan psychology*. Boston, MA: Kluwer; 2003, str. 159-181.
140. Svrakic DM, Cloninger RC. Psychobiological Model of Personality: Guidelines for Pharmacotherapy of Personality Disorder. *Curr Psychopharmacol* 2013;2:190-203.
141. Cloninger CR, Cloninger KM. Person-centered Therapeutics. *Int J Pers Cent Med* 2011;1(1):43-52.
142. Eysenck S. Development of a measure of impulsivity and its relationship to the superfactors of personality. 17th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 1993.
143. Barratt E. Impulsiveness and aggression. Chicago: University of Chicago; 1994.
144. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry* 2001; 158(11):1783-93.
145. Hur YM & Bouchard TJ. The genetic correlation between impulsivity and sensation seeking traits. *Behav Genet* 1997; 27:455–463.
146. Ersche KD, Turton AJ, Pradhan S, Bullmore ET, Robbins TW. Drug addiction endophenotypes: impulsive versus sensation-seeking personality traits. *Biol Psychiat* 2010;68:770–773.
147. Bevilacqua L, Goldman D. Genetics of impulsive behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2013;368(1615):20120380.
148. Svob Strac D, Nikolac Perkovic M, Nedic Erjavec G, Kiive E, Dodig Curkovic K, Curkovic M, Kocijan Hercigonja D, Harro J, Muck-Seler D, Pivac N. Biomarkers of Impulsivity. U: Olmstead M, ur. *Psychology of Impulsivity*. NOVA Sci Publ; 2014, str. 93-140.

149. Bakhshani NM. Impulsivity: a predisposition toward risky behaviors. *Int J High Risk Behav Addict* 2014;3(2):e20428.
150. Moustafa AA, Tindle R, Frydecka D, Misiak B. Impulsivity and its relationship with anxiety, depression and stress. *Compr Psychiatry* 2017;74:173-179.
151. Courtet P, Gottesman II, Jollant F, Gould TD. The neuroscience of suicidal behaviors: What can we expect from endophenotype strategies? *Transl Psychiatry* 2011;1:e7-7.
152. Williams JMG, Barnhoefer T, Crane C, Hermans D, Raes F, Watkins E, Dalgliesh T. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin* 2007;113:122–148.
153. Michl LC, McLaughlin KA, Shepherd K, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: Longitudinal evidence in early adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology* 2013; 122:339–352.
154. Spinhoven P, Penninx BW, van Hemert AM, de Rooij M, Elzinga BM. Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: prevalence and shared risk factors. *Child Abuse Negl* 2014;38:1320–1330.
155. Mann JJ, Arango VA, Avenevoli S, Brent DA, Champagne FA, Clayton P i sur. Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior. *Biol Psychiatry* 2009; 65:556–563.
156. Jimenez-Trevino L, Blasco-Fontecilla H, Braquehais MD, Ceverino-Dominguez A, Baca-Garcia E. Endophenotypes and suicide behaviour. *Actas Esp Psiquiatr* 2011;39:61-9.
157. Zwir I, Arnedo J, Del-Val C i sur. Uncovering the complex genetics of human temperament. *Mol Psychiatry* 2020;25:2275–2294.
158. Perroud N, Baud P, Ardu S i sur. Temperament personality profiles in suicidal behaviour: An investigation of associated demographic, clinical and genetic factors. *J Affect Disord* 2013;146:246–53.

159. Conrad R, Walz F, Geiser F, Imbierowicz K, Liedtke R, Wegener I. Temperament and character personality profile in relation to suicidal ideation and suicide attempts in major depressed patients. *Psychiatry Res* 2009;170:212–7.
160. Pawlak J, Dmitrzak-Weglarz M, Skibińska M i sur. Suicide attempts and clinical risk factors in patients with bipolar and unipolar affective disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 2013;35:427–32.
161. Woo YS, Jun TY, Jeon YH i sur. Relationship of temperament and character in remitted depressed patients with suicidal ideation and suicide attempts - Results from the CRESCEND study. *PLoS One* 2014;9:22–4.
162. Jylha PJ, Rosenström T, Mantere O i sur. Temperament, character, and suicide attempts in unipolar and bipolar mood disorders. *J Clin Psychiatry* 2016;77:252–60.
163. Aukst Margetic B, Jakovljevic M, Ivanec D, Marcinko D, Margetic B, Jaksic N. Current suicidality and previous suicidal attempts in patients with schizophrenia are associated with different dimensions of temperament and character. *Psychiatry Res* 2012;200:120-5.
164. Evren C, Evren B. The relationship of suicide attempt history with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality in substance dependents. *Nord J Psychiatry* 2006;60(4):263-9.
165. Soltaninejad A, Fathi-Ashtiani A, Ahmadi K, Mirsharafoddini HS, Nikmorad A, Pilevarzadeh M. Personality factors underlying suicidal behavior among military youth. *Iran Red Crescent Med J* 2014;16:e12686.
166. Na KS, Oh SJ, Jung HY. Alexithymia and low cooperativeness are associated with suicide attempts in male military personnel with adjustment disorder: a case-control study. *Psychiatry Res* 2013;205:220-6.
167. Jakšić N, Aukst-Margetić B, Marčinko D, Brajković L, Lončar M, Jakovljević M. Temperament, character, and suicidality among Croatian war veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Danub* 2015;27(1):60-3.

168. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE Jr. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev* 2010;117(2):575-600.
169. Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, i sur. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychol Bull* 2017;143(12):1313-1345.
170. Monteith LL, Menefee DS, Pettit JW, Leopoulos WL, Vincent JP. Examining the interpersonal-psychological theory of suicide in an inpatient veteran sample. *Suicide Life Threat Behav* 2013;43(4):418-28.
171. Davis MT, Witte TK, Weathers FW. Posttraumatic stress disorder and suicidal ideation: The role of specific symptoms within the framework of the interpersonal-psychological theory of suicide. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2014;6(6):610–618.
172. Pennings SM, Finn J, Houtsma C, Green BA, Anestis MD. Posttraumatic Stress Disorder Symptom Clusters and the Interpersonal Theory of Suicide in a Large Military Sample. *Suicide Life Threat Behav* 2017;47(5):538-550.
173. Ames D, Erickson Z, Youssef NA i sur. Moral Injury, Religiosity, and Suicide Risk in U.S. Veterans and Active Duty Military with PTSD Symptoms. *Mil Med* 2018;00:1–8.
174. Koenig HG: Association of religious involvement and suicide. *JAMA Psychiatry* 2016;73(8):775–776.
175. VanderWeele TJ, Li S, Tsai AC i sur. Association between religious service attendance and lower suicide rates among US women. *JAMA Psychiatry* 2016;73(8):845–51.
176. Benda BB: Discriminators of suicide thoughts and attempts among homeless veterans who abuse substances. *Suicide & Life-Threat Behav* 2003;33(4):430–442.
177. Nađ S, Marcinko D, Vuksan-Cusa B, Jakovljevic M, Jakovljevic G. Spiritual well-being, intrinsic religiosity, and suicidal behavior in predominantly Catholic Croatian war veterans with chronic posttraumatic stress disorder: a case control study. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:79-83.

178. Kopacz MS, Currier JM, Drescher KD, Pigeon WR. Suicidal behavior and spiritual functioning in a sample of Veterans diagnosed with PTSD. *J Inj Violence Res* 2016;8:6-14.
179. Spittlehouse JK, Vierck E, Pearson JF, Joyce PR. Temperament and character as determinants of well-being. *Compr Psychiatry* 2014;55:1679-87.
180. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th Ed. Geneva: WHO; 1992.
181. Priebe S, Fakhoury WKH. Quality of life. U: Mueser KT, Jeste DV, ur. *Clinical handbook of schizophrenia*. New York: The Guildford Press; 2008.
182. Steptoe A. Happiness and health. *Annu Rev Public Health* 2019;40:339–359.
183. Chida Y, Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosom Med* 2008;70:741-56.
184. Šagud M, Jakšić N, Vuksan-Ćusa B, Lončar M, Lončar I, Peleš AM, Miličić D, Jakovljević M. Cardiovascular Disease Risk Factors in Patients with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): A Narrative Review. *Psychiatr Danub* 2017;29(4):421-430.
185. Jukić M, Filaković P, Požgain I, Glavina T. Health-Related Quality of Life of Ex-Prisoners of War Affected by Posttraumatic Stress Disorder 25 Years After Captivity. *Psychiatr Danub* 2019;31(2):189-200.
186. Besser A, Neria Y. PTSD symptoms, satisfaction with life, and prejudicial attitudes toward the adversary among Israeli civilians exposed to ongoing missile attacks. *J Trauma Stress* 2009;22:268–75.
187. Priebe S, Matanov A, Janković Gavrilović J i sur. Consequences of Untreated Posttraumatic Stress Disorder Following War in Former Yugoslavia: Morbidity, Subjective Quality of Life, and Care Costs. *Croat Med J* 2009;50:465–75.

188. Bravo-Mehmedbašić A, Kučukalić A, Kulenović AD, Suljić E. Impact of chronic posttraumatic stress disorder on the quality of life of war survivors. *Psychiatr Danub* 2010;22:430–5.
189. Matanov A, Giacco D, Bogic M i sur. Subjective quality of life in war-affected populations. *BMC Public Health* 2013;13:624.
190. Ikin JF, Sim MR, McKenzie DP i sur. Life satisfaction and quality in Korean War veterans five decades after the war. *J Epidemiol Community Health* 2009;63:359-65.
191. DeNeve KM, Cooper H. The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychol Bull* 1998;124:197–229.
192. Cloninger CR, Zohar AH. Personality and the perception of health and happiness. *J Affect Disord* 2011;128:24-32.
193. Okbay A, Baselmans B, De Neve JE i sur. Genetic variants associated with subjective well-being, depressive symptoms, and neuroticism identified through genome-wide analyses. *Nat Genet* 2016;48:624–633.
194. Josefsson K, Merjonen P, Jokela M, Pulkki-Råback L, Keltikangas-Järvinen L. Personality profiles identify depressive symptoms over ten years? A population-based study. *Depress Res Treat* 2011;11:1–11.
195. Fadilpašić S, Maleč D, Džubur-Kulenović A. Relationship of Religiousness and Religious Coping with Quality of Life among War Trauma Survivors. *Psychiatr Danub* 2017;29:291-301.
196. Hussain A, Weisaeth L, Heir T. Changes in religious beliefs and the relation of religiosity to posttraumatic stress and life satisfaction after a natural disaster. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46:1027-32.
197. North CS, Cloninger CR. Personality and Major Depression among Directly Exposed Survivors of the Oklahoma City Bombing. *Depress Res Treat* 2012;2012:204741.

198. North CS, Abbacchi A, Cloninger CR. Personality and posttraumatic stress disorder among directly exposed survivors of the Oklahoma City bombing. *Compr Psychiatry* 2012;53(1):1-8.
199. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K i sur. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1998;20:22-33.
200. Dzubur-Kulenovic A, Agani F, Avdibegovic E i sur. Molecular Mechanisms of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) as a Basis for Individualized and Personalized Therapy: Rationale, Design and Methods of the South Eastern Europe (SEE)-PTSD study. *Psychiatr Danub* 2016;28:154-63.
201. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
202. Asamsama OH, Dickstein BD, Chard KM. Do scores on the Beck Depression Inventory-II predict outcome in cognitive processing therapy? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2015;7(5):437–441.
203. Jakšić N, Ivezić E, Jokić-Begić N, Suranyi Z, Stojanović-Špehar S. Factorial and diagnostic validity of the Beck Depression Inventory – II (BDI-II) In Croatian primary health care. *J Clin Psychol Med Settings* 2013;20:311-22.
204. Osman A, Bagge CL, Gutierrez PM, Konick LC, Kopper BA, Barrios FX. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment* 2001;8:443-54.
205. Bryan CJ, Clemans TA. Repetitive Traumatic Brain Injury, Psychological Symptoms, and Suicide Risk in a Clinical Sample of Deployed Military Personnel. *JAMA Psychiatry* 2013;70(7):686–691.
206. Stanley IH, Buchman-Schmitt JM, Chu C, Rogers ML, Gai AR, Wagner RK, Gutierrez PM, Joiner TE. The Military Suicide Research Consortium Common Data Elements: An Examination of Measurement Invariance Across Current Service Members and Veterans. *Assessment*

2019;26(6):963-975.

207. Jaksic N, Aukst-Margetic B, Rozsa S i sur. Psychometric properties and factor structure of the Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R) in a Croatian psychiatric outpatient sample. *Compr Psychiatry* 2015;57:177-86.

208. Cloninger CR. The Temperament and Character Inventory—Revised (TCI-R). St. Louis: Center for Psychobiology of Personality, Washington University; 1999.

209. Hansenne M, Delhez M, Cloninger CR. Psychometric Properties of the Temperament and Character Inventory Revised (TCI-R) in a Belgian Sample. *J Pers Assess* 2005;85:40–9.

210. Pelissolo A, Mallet L, Baleyte JM, Michel G, Cloninger CR, Allilaire JF, Jouvent R. The Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R): psychometric characteristics of the French version. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112(2):126-33.

211. Martinotti G, Mandelli L, Di Noicola M, Serretti A, Fossati A, Borroni S i sur. Psychometric characteristics of the Italian version of the Temperament and Character Inventory–Revised, personality, psychopathology, and attachment styles. *Compr Psychiatry* 2008;49:514–22.

212. Wang S, Mason J, Charney D, Yehuda R, Riney S, Southwick S: Relationships between Hormonal Profile and Novelty Seeking in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Biol Psychiatry* 1997;41:145-51.

213. Reijnen A, Geuze E, Gorter R, Vermetten E. Development of Self-Directedness and Cooperativeness in Relation to Post-Traumatic Stress Disorder Symptom Trajectories After Military Deployment. *Chronic Stress (Thousand Oaks)* 2018;2:2470547018803511.

214. Aukst Margetić B. Temperament, karakter i religioznost oboljelih od shizofrenije i njihovih srodnika. Doktorska disertacija. Sveučilište u Zagrebu; 2010.

215. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol* 1995;51:768–74.
216. Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM, Lake SL, Anderson NE, Patton JH. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences* 2009;47:385-395.
217. Black AC, Cooney NL, Sartor CE, Arias AJ, Rosen MI. Impulsivity interacts with momentary PTSD symptom worsening to predict alcohol use in male veterans. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2018;44(5):524-531.
218. Young DA, Neylan TC, Zhang H, O'Donovan A, Inslicht SS. Impulsivity as a multifactorial construct and its relationship to PTSD severity and threat sensitivity. *Psychiatry Res* 2020;293:113468.
219. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess* 1985;49:71-5.
220. Pavot WG, Diener E, Colvin CR, Sandvik E. Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment* 1991;57(1):149–161.
221. Pavot W, Diener E. The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology* 2008;3:137-152.
222. Kobau R, Snizek J, Zack MM, Lucas RE, Burns A. Well-Being Assessment: An Evaluation of Well-Being Scales for Public Health and Population Estimates of Well-Being among US Adults. *Applied Psychology: Health and Well-Being* 2010;2:272-297.
223. Butković A, Vukasović Hlupić T, Bratko D. Psychological Needs as Mediators of Income-Life Satisfaction Relationship in Croatian Adults. *Open Journal for Psychological Research* 2017; 1(1):1-10.

224. Dew RE, Daniel SS, Goldston DB i sur. A prospective study of religion/spirituality and depressive symptoms among adolescent psychiatric patients. *Journal of Affective Disorders* 2010;120:149e57.
225. Begić D, Jokić-Begić N. Heterogeneity of posttraumatic stress disorder symptoms in Croatian war veterans: retrospective study. *Croat Med J* 2007;48:133–9.
226. Ljubičić D, Peitl MV, Peitl V, Ljubičić R, Filipović B. Posttraumatic stress disorder and depression as comorbid disorders. *Psychiatr Danub* 2009;21:415–9.
227. Banducci AN, Connolly KM, Vujanovic AA, Alvarez J, Bonn-Miller MO. The impact of changes in distress tolerance on PTSD symptom severity post-treatment among veterans in residential trauma treatment. *J Anxiety Disord* 2017;47:99-105.
228. Koffel E, Kramer MD, Arbisi PA, Erbes CR, Kaler M, Polusny MA. Personality Traits and Combat Exposure as Predictors of Psychopathology Over Time. *Psychol Med* 2016; 46:209–220.
229. Al-Turkait FA, Ohaeri JU. Prevalence and correlates of posttraumatic stress disorder among Kuwaiti military men according to level of involvement in the first Gulf War. *Depress Anxiety* 2008;25:932–41.
230. Contractor AA, Elhai JD, Fine TH i sur. Latent profile analyses of posttraumatic stress disorder, depression and generalized anxiety disorder symptoms in trauma-exposed soldiers. *J Psychiatr Res* 2015;68:19–26.
231. Campbell SB, Renshaw KD, Righter JB. The Role of Personality Traits and Profiles in Posttrauma Comorbidity. *J Trauma Dissociation* 2015;16:197–210.
232. Mahoney CT, Cole HE, Gilbar O, Taft CT. The Role of Impulsivity in the Association Between Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity and Substance Use in Male Military Veterans. *Journal of Traumatic Stress* 2020;33:296-306.

233. Sadeh N, Miller MW, Wolf EJ, Harkness KL. Negative emotionality and disconstraint influence PTSD symptom course via exposure to new major adverse life events. *Journal of Anxiety Disorders* 2015; 31:20–27.
234. Ginzburg K, Ein-Dor T, Solomon Z. Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20-year longitudinal study of war veterans. *J Affect Disord* 2010;123:249–57.
235. Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM, Dang ST, Nixon RD. Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(4):706-12.
236. Morina N, Rushiti F, Salihu M, Ford JD. Psychopathology and well-being in civilian survivors of war seeking treatment: a follow-up study. *Clin Psychol Psychother* 2010;17(2):79-86.
237. Strachan M, Gros DF, Ruggiero KJ, Lejuez CW, Acierno R. An integrated approach to delivering exposure-based treatment for symptoms of PTSD and depression in OIF/OEF veterans: preliminary findings. *Behav Ther* 2012;43(3):560-9.
238. Etherton JL, Farley R. Behavioral activation for PTSD: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2020; Advance online publication.
239. Bryan CJ, Ray-Sannerud B, Morrow CE, Etienne N. Shame, pride, and suicidal ideation in a military clinical sample. *J Affect Disord* 2013;147:212-6.
240. Dobscha SK, Corson K, Helmer DA i sur. Brief assessment for suicidal ideation in OEF/OIF veterans with positive depression screens. *Gen Hosp Psychiatry* 2013;35:272–8.
241. Guerra VS, Calhoun PS, Mid-Atlantic Mental Illness Research Education and Clinical Center Workgroup. Examining the Relation between Posttraumatic Stress Disorder and Suicidal Ideation, in an OEF/OIF Veteran Sample. *J Anxiety Disord* 2011;25:12–8.
242. Mochcovitch MD, Nardi AE, Cardoso A. Temperament and character dimensions and their relationship to major depression and panic disorder. *Rev Bras Psiquiatr* 2012;34:342-51.

243. Rosenstrom T, Jylhä P, Cloninger CR i sur. Temperament and character traits predict future burden of depression. *J Affect Disord* 2014;158:139–47.
244. Selby EA, Anestis MD, Bender TW i sur. Overcoming the fear of lethal injury: evaluating suicidal behavior in the military through the lens of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide. *Clin Psychol Rev* 2010;30:298–307.
245. Markowitz JC, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy: principles and applications. *World Psychiatry* 2004;3:136–139.
246. Kotler M, Iancu I, Efroni R, Amir M. Anger, impulsivity, social support, and suicide risk in patients with posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:162-7.
247. Rihmer Z, Benazzi F. Impact on suicidality of the borderline personality traits impulsivity and affective instability. *Ann Clin Psychiatry* 2012;22:121–128.
248. Munjiza J, Britvic D, Radman M, Crawford MJ. Severe war-related trauma and personality pathology: A case-control study. *BMC Psychiatry* 2017;17:100.
249. Munjiza J, Britvic D, Crawford MJ. Lasting personality pathology following exposure to severe trauma in adulthood: retrospective cohort study. *BMC Psychiatry* 2019;19(1):3.
250. Hyland P, Karatzias T, Shevlin M, Cloitre M. Examining the Discriminant Validity of Complex Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder Symptoms: Results From a United Kingdom Population Sample. *J Trauma Stress* 2019;32(6):855-863.
251. Reimann CA, Mazuchowski EL. Suicide rates among active duty service members compared with civilian counterparts, 2005–2014. *Military Medicine* 2018;183(3-4suppl), 396–402.
252. Yi SW, Hong JS. Depressive symptoms and other risk factors predicting suicide in middle-aged men: a prospective cohort study among Korean Vietnam War veterans. *PeerJ* 2015;3:e1071.
253. Pelissolo A, Corruble E. Personality factors in depressive disorders: contribution of the psychobiologic model developed by Cloninger. *Encéphale* 2002;28(4):363-73.

254. van Heeringen K. The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry* 2003;48(5):292-300.
255. Sarısoy G, Kaçar OF, Pazvantoğlu O, Oztürk A, Korkmaz IZ, Kocamanoğlu B, Böke O, Sahin AR. Temperament and character traits in patients with bipolar disorder and associations with attempted suicide. *Compr Psychiatry* 2012;53(8):1096-102.
256. Anderson CB, Carter FA, McIntosh VV, Joyce PR, Bulik CM. Self-harm and suicide attempts in individuals with bulimia nervosa. *Eat Disord* 2002;10:227– 243.
257. Jaksic N, Aukst Margetic B. Comments on the Role of the Character Dimension Self-Transcendence in Suicidal Phenomena. *J Clin Psychiatry* 2017; 78:2.
258. Daneluzzo E, Stratta P, Rossi A. The contribution of temperament and character to schizotypy multidimensionality. *Compr Psychiatry* 2005;46(1):50–55.
259. Giner L, Blasco-Fontecilla H, De La Vega D, Courtet P. Cognitive, Emotional, Temperament, and Personality Trait Correlates of Suicidal Behavior. *Curr Psychiatry Rep* 2016;18:102.
260. Kashdan TB, Uswatte G, Julian T. Gratitude and hedonic and eudaimonic well-being in Vietnam war veterans. *Behav Res Ther* 2006;44:177–99.
261. Loncar M, Plasc ID, Bunjevac T i sur. Self-assessment of well-being as an indicator of quality of life of former war prisoners - a Croatian study. *Coll Antropol* 2011;35Suppl 1:199–204.
262. Kucukalic A, Dzubur-Kulenovic A. Quality of life in veterans suffering from chronic posttraumatic stress disorder. *Med Arh* 2009;63:339–41.
263. Schnurr PP, Lunney CA, Bovin MJ, Marx BP. Posttraumatic stress disorder and quality of life: extension of findings to veterans of the wars in Iraq and Afghanistan. *Clin Psychol Rev* 2009;29(8):727-35.

264. Raab PA, Mackintosh MA, Gros DF, Morland LA. Impact of comorbid depression on quality of life in male combat Veterans with posttraumatic stress disorder. *J Rehabil Res Dev* 2015;52(5):563-76.
265. Braš M, Brajković L, Đorđević V, Pjevač N, Braš B. The Role of PTSD in Perception of Health-Related Quality of Life and Social Support among Croatian War Veterans. *Psychiatr Danub* 2019;31(5suppl):761-768.
266. Jukić M, Lukinac AM, Požgain I, Talapko J, Jukić M, Filaković P. The Role of Perceived Social Support in Assessing Posttraumatic Stress Disorder and Mental Health-Related Quality of Life in Veterans. *Healthcare (Basel)* 2020;8(4):396.
267. Stevens SM, Gustavson DE, Fang B, Tu X, Logue M, Lyons MJ, Reynolds CA, Kremen WS, Franz CE. Predicting Health-Related Quality of Life in Trauma-Exposed Male Veterans in Late Midlife: A 20 Year Longitudinal Study. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(12):4554.
268. Gil S. Pre-traumatic personality as a predictor of posttraumatic stress disorder among undergraduate students exposed to a terrorist attack: A prospective study in Israel. *Pers Ind Diff* 2005;39:819–827.
269. Ritsner M, Farkas H, Gibel A. Satisfaction with quality of life varies with temperament types of patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2003;191(10):668-74.
270. Farmer RF, Goldberg LR. A psychometric evaluation of the revised Temperament and Character Inventory (TCI-R) and the TCI-140. *Psychological Assessment* 2008;20(3):281–291.
271. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* 2000;55:68–78.
272. Sripada RK, Lamp KE, Defever M, Venners M, Rauch SA. Perceived social support in multi-era veterans with posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 2016;204:317–320.
273. World Health Organization. *Mental health: New understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization; 2011.

274. Waller M, Treloar SA i sur. Traumatic events, other operational stressors and physical and mental health reported by Australian Defence Force personnel following peacekeeping and war-like deployments. *BMC Psychiatry* 2012;12:88.
275. Lazar SG. The mental health needs of military service members and veterans. *Psychodyn Psychiatry* 2014;42:459-78.
276. Jeleč V, Bajić Ž, Šimunović Filipčić I, Portolan Pajić I, Šentija Knežević M, Miloloža I, Radić-Krišto D, Benjak T, Jakšić N, Šagud M, Wang W, Filipčić I. Utilization of somatic healthcare in Croatian patients with schizophrenia spectrum disorder, major depression, PTSD and the general population. *BMC Psychiatry* 2019;19(1):203.
277. Svrakic D, Divac-Jovanovic M, Azhar N. An Integrative Model and Dynamic Nosology of Personality Disorder: Part 2: Symptom-based pharmacotherapy. *Psychiatr Danub* 2019;31(1):2-17.
278. Bejerholm U, Roe D. Personal recovery within positive psychiatry. *Nord J Psychiatry* 2018;72(6):420-430.
279. Jeste DV, Palmer BW, Rettew DC, Boardman S: Positive psychiatry: its time has come. *J Clin Psychiatry* 2015; 76:675-683.
280. Glavas A, Jors K, Bössing A, Baumann K. Spiritual needs of PTSD patients in Croatia and Bosnia-Herzegovina: A quantitative pilot study. *Psychiatr Danub* 2017;29:282–90.
281. Jakovljević M. Psychiatry and Religion: Opponents or Collaborators? The Power of Spirituality in Contemporary Psychiatry. *Psychiatr Danub* 2017;29suppl 1:82-88.
282. Jakovljević M. Resilience, Psychiatry and Religion from Public and Global Mental Health Perspective - Dialogue and Cooperation in the Search for Humanistic Self, Compassionate Society and Empathic Civilization. *Psychiatr Danub* 2017;29:238-244.
283. Jakovljević M, Jakovljević I. Sciences, arts and religions: the triad in action for empathic civilization in Bosnia and Herzegovina. *Psychiatr Danub* 2021;33(3suppl):235-252.

284. Ai A, Park C. Psychosocial mediation of religious coping styles: A study of short-term psychological distress following cardiac surgery. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2007;33:867-82.
285. Koenig HG, Youssef NA, Ames D, Oliver RJP, Volk F, Teng EJ, Hill TD. Dimensions of Religiosity and PTSD Symptom Clusters in US Veterans and Active Duty Military. *J Relig Health* 2019;58(3):805-822.
286. Masters KS, Hooker SA: Religion, spirituality, and health. U: Paloutzian RF, Park CL. ur. *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (2nd ed). New York: Guilford; 2013, str. 519- 39.
287. Park CL, Slattery J. Religiousness/spirituality and mental health. U: Paloutzian RF, Park CL. ur. *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (2nd ed.). New York: Guilford; 2013, str. 540- 49.
288. Currier JM, Holland JM, Drescher KD. Spirituality factors in the prediction of outcomes of PTSD treatment for U.S. military veterans. *J Trauma Stress* 2015;28:57-64.
289. Hasanović M, Pajević I. Religious moral beliefs as mental health protective factor of war veterans suffering from PTSD, depressiveness, anxiety, tobacco and alcohol abuse in comorbidity. *Psychiatr Danub* 2010;22:203–10.
290. Sharma V, Marin DB, Koenig HK i sur. Religion, spirituality, and mental health of U.S. military veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *J Affect Disord* 2017;217:197-204.
291. Naja WJ, Aoun MP, El Khoury EL, Abdallah FJB, Haddad RS. Prevalence of depression in Syrian refugees and the influence of religiosity. *Compr Psychiatry* 2016;68:78–85.
292. Radionov T. Religiozno suočavanje sa stresom – što, kako, zašto. *Socijalne teme* 2019;1(6):135-156.
293. Exline JJ, Yali AM, Sanderson WC. Guilt, discord, and alienation: the role of religious strain in depression and suicidality. *J Clin Psychol* 2000; 56:1481–1496.

294. Mihaljević S, Vuksan-Ćusa B, Marčinko D, Koić E, Kušević Z, Jakovljević M. Spiritual well-being, cortisol, and suicidality in Croatian war veterans suffering from PTSD. *J Relig Health* 2011;50:464-73.
295. Mihaljević S, Aukst Margetić B, Vuksan-Ćusa B, Koić E, Milošević M. Hopelessness, suicidality and religious coping in Croatian war veterans with PTSD. *Psychiatr Danub* 2012;24:292-7.
296. Koenig HG, Boucher NA, Oliver JP, i sur. Rationale for spiritually oriented cognitive processing therapy for moral injury in active duty military and veterans with posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 2017;205(2):147–153.
297. Snir A, Levi-Belz Y, Solomon Z. Is the war really over? A 20-year longitudinal study on trajectories of suicidal ideation and posttraumatic stress symptoms following combat. *Psychiatry Res* 2017;247:33-38.
298. Linden M. Posttraumatic embitterment disorder and wisdom therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 2008;22:4-14.
299. Jakovljević M, Brajković L, Lončar M, Čima A. Posttraumatic stress disorder between fallacy and facts: What we know and what we don't know? *Psychiatr Danub* 2012;24:241-45.
300. Stuart AL, Pasco JA, Jacka FN, Brennan SL, Berk M, Williams LJ. Comparison of self-report and structured clinical interview in the identification of depression. *Compr Psychiatry* 2014;55:866-9.
301. Sanchez-Villegas A, Schlatter J, Ortuno F i sur. Validity of a self-reported diagnosis of depression among participants in a cohort study using the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I). *BMC Psychiatry* 2008;8:43.
302. Kaplan ML, Asnis GM, Sanderson WC, Keswani L, De Lecuona JM, Joseph S. Suicide assessment: clinical interview vs. self-report. *J Clin Psychol* 1994;50:294-298.
303. Eglit GML, Palmer BW, Jeste DV . Overview of measurement-based positive psychiatry. *Nord J Psychiatry* 2018;72:396–403.

304. Reger MA, Smolenski DJ, Skopp NA i sur. Risk of Suicide Among US Military Service Members Following Operation Enduring Freedom or Operation Iraqi Freedom Deployment and Separation From the US Military. *JAMA Psychiatry* 2015;72:561-9.
305. Kleber RJ. Trauma and Public Mental Health: A Focused Review. *Front Psychiatry* 2019;10:451.
306. Jakovljević M. Posttraumatic stress disorder (PTSD): a tailor-made diagnosis for an age of disenchantment and disillusionment? *Psychiatr Danub* 2012;24(3):238-40.
307. Greenberg J, Tsai J, Southwick SM, Pietrzak RH. Can military trauma promote psychological growth in combat veterans? Results from the national health and resilience in veterans study. *Journal of Affective Disorders* 2021;282:732-739.

8. SAŽETAK

Ciljevi ovog istraživanja bili su ispitati povezanost osobina ličnosti, uključujući dimenzije temperamenta i karaktera te impulzivnost, sa komorbiditetnim depresivnim poremećajem, suicidalnim rizikom i subjektivnom kvalitetom života u hrvatskih ratnih veterana s posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP). Sekundarni cilj bio je utvrditi povezanost razine religioznosti s višestrukim kliničkim čimbenicima. Sudionici istraživanja bili su 178 bolesnika (prosječna dob 49.02 godina), Klinike za psihijatriju Kliničkog bolničkog Centra Zagreb, liječena zbog ratom uzrokovanog PTSP-a. Od toga, 57 (32%) bolesnika patilo je od komorbiditetnog depresivnog poremećaja, a 42 (24%) ih je imalo prethodni pokušaj suicida. Korišteni su sljedeći psihometrijski instrumenti: Kratki međunarodni neuropsihijatrijski intervju (M.I.N.I.), Beckov inventar depresivnosti-2. izdanje (BDI-II), Upitnik suicidalnih ponašanja – revidirano izdanje (SBQ-R), Inventar temperamenta i karaktera-revidirano izdanje (TCI-R), Barratova skala impulzivnosti-11 (BIS-11), Upitnik zadovoljstva životom (SWLS), te upitnik sociodemografskih podataka. Dobiveni rezultati ukazali su na jedinstvenu povezanost dimenzija ličnosti izbjegavanje štete, samousmjerenost i impulzivnost sa razvojem komorbiditetne depresije. Dimenzije suradljivost i impulzivnost povezane su sa prisutnošću suicidalnih ideacija, dok je prethodni pokušaj suicida bio povezan s drukčijim dimenzijama ličnosti - izbjegavanje štete i samotranscendencija. Nadalje, subjektivna kvaliteta života pokazala je značajan odnos s dimenzijama traženje novog, samousmjerenost i suradljivost. Naposljetku, stupanj religioznosti bolesnika s PTSP-om nije bio povezan s razvojem komorbiditetne depresije, suicidalnim rizikom i subjektivnom kvalitetom života. Navedeni doprinos osobina ličnosti bio je značajan povrh utjecaja sociodemografskih i kliničkih čimbenika. Istraživanje uloge osobina ličnosti moglo bi doprinijeti boljem razumijevanju, kao i trijaži i terapijskim naporima, komorbiditetne depresije, suicidalnog rizika i zadovoljstva životom kod ratnih veterana s PTSP-om.

9. SUMMARY

The association of personality dimensions with comorbid depression, suicide risk and subjective quality of life in war veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD)

The aim of this research was to investigate the association of personality dimensions, including temperament and character traits as well as trait impulsivity, with comorbid depression, suicide risk and subjective quality of life in war veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD). Secondary goal was to determine the connection of religiosity with multiple clinical parameters. Subjects were 178 patients (average age 49.02 years) at the Department of Psychiatry University Hospital Center Zagreb, treated for war-related PTSD. Fifty-seven (32%) patients also suffered from comorbid depressive disorder, while 42 (24%) had previously attempted suicide. The following instruments were used: the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), the Beck Depression Inventory – Second Edition (BDI-II), the Suicidal Behaviors Questionnaire – Revised (SBQ-R), the Temperament and Character Inventory – Revised (TCI-R), the Barratt Impulsiveness Scale – 11 (BIS-11), the Satisfaction with Life Scale (SWLS), and a sociodemographic questionnaire. Results obtained in this study showed a unique association of personality dimensions harm avoidance, self-directedness and impulsivity with the development of comorbid depression. Dimensions cooperativeness and impulsivity were linked to the presence of suicidal ideation, while prior suicide attempt was associated with different personality dimensions – harm avoidance and self-transcendence. Further, subjective quality of life demonstrated a significant relationship with dimensions novelty seeking, self-directedness and cooperativeness. Finally, level of religiosity was not associated with comorbid depression, suicide risk and subjective quality of life. Aforementioned contribution of personality traits was significant above the effects of sociodemographic and clinical factors. The investigation of the role of personality dimensions could facilitate better understanding, as well as better screening and treatment efforts, of comorbid depression, suicide risk and life satisfaction among war veterans with PTSD.

10. ŽIVOTOPIS

Rođen sam 11. svibnja 1985. godine u Zagrebu, Republika Hrvatska. Osnovnu i srednju školu (XV. prirodoslovno-matematička gimnazija – MIOC) završio sam u Zagrebu. Diplomirao sam na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu 2011. godine, te sam time stekao titulu magistra psihologije. Nakon završenog vježbeničkog staža i položenog stručnog ispita 2012. godine, od 2013. godine zaposlen sam na Klinici za psihijatriju i psihološku medicinu Kliničkog bolničkog centra Zagreb. Status kliničkog psihologa stekao sam 2021. godine.

Kao vanjski suradnik redovito sudjelujem u nastavi pri fakultetima Sveučilišta u Zagrebu (Fakultet hrvatskih studija, Medicinski fakultet i Katoličko-bogoslovni fakultet). Mentor sam studentima Psihologije, kao i diplomiranim psiholozima tijekom pripravničkog staža.

Sudjelovao sam u više međunarodnih znanstvenih projekata, a bio sam aktivni sudionik brojnih domaćih i međunarodnih kongresa i simpozija. Završio sam mnoge stručne edukacije, a trenutno sam psihoterapeut-edukant u naobrazbi iz Psihoanalitičke psihoterapije pri Hrvatskom društvu za psihoanalitičku psihoterapiju.

Objavio sam ukupno 56 znanstvenih i stručnih radova u recenziranim domaćim i međunarodnim časopisima, pri čemu je 54 radova objavljeno u časopisima indeksiranim u Current Contents bazi. Na 14 tih radova sam prvi autor. Citiranost/h-indeks (WOS): 651/13.

Bio sam stručni recenzent u brojnim uglednim znanstvenim časopisima, uključujući *Journal of Affective Disorders*, *Journal of Anxiety Disorders*, *Psychiatry Research*, *Comprehensive Psychiatry*, *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, *Journal of Psychosomatic Research*, *Journal of Clinical Psychology*, *Journal of Personality*, *Depression and Anxiety*, *BMC Psychiatry*, *Annals of General Psychiatry*, *Journal of Nervous and Mental Disease*, *Psychiatria Danubina*, *Frontiers in Psychiatry*, *Assessment*, *Socijalna psihijatrija*.

Član sam sljedećih društava: Hrvatska psihološka komora, Hrvatsko psihološko društvo, Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Hrvatsko društvo za personologiju, poremećaje ličnosti i poremećaje hranjenja, Hrvatsko društvo za psihofarmakoterapiju i biologijsku psihijatriju, European Society for the Study of Personality Disorders, Hrvatsko društvo za psihoanalitičku psihoterapiju.

U slobodno vrijeme aktivno se bavim tenisom.

11. DODATAK – Inventar temperamenta i karaktera – revidirano izdanje (TCI – R)

U ovom upitniku navedene su neke tvrdnje koje ljudi koriste pri opisivanju svojih stavova, mišljenja, interesa i drugih osobnih osjećaja. Za svaku tvrdnju potrebno je zaokružiti broj koji najbolje opisuje način na koji se Vi uobičajeno ili općenito ponašate i osjećate, a ne samo kako se osjećate baš u ovom trenutku. Pažljivo pročitajte svaku tvrdnju, ali nemojte trošiti previše vremena na donošenje odluke o odgovoru. Molimo Vas da odgovorite na svaku tvrdnju, čak i kada niste potpuno sigurni u odgovor.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------|--|--|--|------------------|
| | Potpuno netočno | Uglavnom ili vjerojatno netočno | Niti točno niti netočno, ili uglavnom i točno i netočno | Uglavnom ili vjerojatno točno | Potpuno točno |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 1 | Često isprobavam nešto novo iz zabave ili uzbuđenja, čak iako većina ljudi misli da je to gubitak vremena. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Obično sam siguran da će sve biti dobro, čak i u situacijama koje zabrinjavaju većinu ljudi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Često osjećam da sam žrtva okolnosti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Obično mogu prihvatiti druge ljude onakvima kakvi jesu, čak i kada se jako razlikuju od mene. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Više volim izazov nego jednostavne poslove. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Često osjećam da moj život ima malo svrhe ili smisla. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Volim pomoći u rješavanju problema tako da svi imaju koristi od toga. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Obično ne oklijevam započeti bilo koji posao koji moram obaviti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Često se osjećam napeto i zabrinuto u nepoznatim situacijama, čak i kad drugi misle da ima malo razloga za brigu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Često napravim nešto na temelju trenutnog osjećaja, ne razmišljajući kako se to inače radi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Obično radije napravim stvari po svome nego da popuštam željama drugih ljudi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Često imam jak osjećaj jedinstva sa svime što me okružuje. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Napravio bih gotovo sve što je zakonito kako bih postao bogat i slavan, čak i kad bih izgubio povjerenje mnogih starih prijatelja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Mnogo sam suzdržaniji i više se kontroliram od drugih. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 15 | Radije otvoreno razgovaram s prijateljima o svojim iskustvima i osjećajima umjesto da ih držim u sebi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Imam manje energije i brže se umaram od većine ljudi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Rijetko se osjećam slobodnim odlučivati o svojim postupcima. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Čini mi se da većinu ljudi ne razumijem baš dobro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Često izbjegavam susrete s nepoznatim ljudima zato jer sam nesiguran s onima koje ne poznajem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Volim udovoljavati drugim ljudima koliko god je to moguće. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Često poželim da budem pametniji od svih drugih. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Nijedan posao mi nije toliko težak da ga ne napravim najbolje što mogu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Često čekam da netko drugi ponudi rješenje za moje probleme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Obično trošim novac dok ne ostanem bez sve gotovine ili dok ne upadnem u dugove. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Često imam neočekivane trenutke uvida ili shvaćanja za vrijeme odmaranja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 | Nije mi jako bitno sviđam li se ja ili moj način života drugim ljudima. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 | Obično pokušavam dobiti samo ono što ja želim za sebe jer ionako nije moguće svima ugoditi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | Nemam strpljenja s ljudima koji ne prihvaćaju moja uvjerenja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 | Ponekad se osjećam tako povezanim s prirodom da sve izgleda kao dio jednog životnog procesa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30 | Kad trebam upoznati grupu nepoznatih ljudi, stidljiviji sam od većine drugih. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31 | Sentimentalniji sam od većine ljudi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32 | Smatram da je većina stvari koje se nazivaju čudom zapravo čista slučajnost. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33 | Kad me netko povrijedi na bilo koji način, obično se potrudim uzvratiti istom mjerom. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34 | Moji postupci su u velikoj mjeri određeni utjecajima koji su izvan moje kontrole. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35 | Svaki dan pokušavam doći korak bliže svojim ciljevima. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36 | Molimo Vas da zaokružite broj četiri, ovo je tvrdnja za provjeru valjanosti odgovaranja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37 | Ja sam vrlo ambiciozna osoba. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38 | Obično ostajem miran i siguran u situacijama koje bi većina ljudi smatrala opasnim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39 | Mislim da nije pametno pomagati slabim ljudima koji si ne mogu sami pomoći. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 40 | Ne mogu imati mira ako se prema drugim ljudima ponašam nekorektno, čak i ako su oni takvi prema meni. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41 | Ljudi mi obično govore kako se osjećaju. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42 | Ponekad se osjećam kao dio nečega što nema granica u vremenu i prostoru. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43 | Ponekad osjećam duhovnu povezanost s drugim ljudima koju ne mogu objasniti riječima. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44 | Sviđa mi se kad ljudi mogu raditi sve što žele, bez strogih pravila i propisa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45 | Kada u nečemu ne uspijem, postanem još odlučniji da bolje obavim posao. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46 | Obično sam zabrinutiji od većine ljudi zbog nečeg lošeg što bi se moglo dogoditi u budućnosti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47 | Obično detaljno razmotrim sve činjenice prije nego što donesem neku odluku. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48 | Imam mnogo loših navika kojih bih se htio riješiti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49 | Drugi ljudi me previše kontroliraju. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50 | Volim biti drugima na usluzi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51 | Obično mogu pridobiti druge ljude da mi vjeruju, čak i kad znam da je ono što govorim preuveličano ili neistinito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52 | Ponekad osjećam da moj život usmjerava duhovna sila jača od bilo kojeg ljudskog bića. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53 | Drugi ljudi me doživljavaju kao vrlo praktičnu osobu koja se ne povodi svojim emocijama. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54 | Duboko me dirnu sentimentalne molbe (npr. zamolba za pomoć hendikepiranoj djeci). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55 | Obično sam toliko odlučan da nastavljam s poslom nakon što su drugi već davno odustali. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 56 | Imao sam trenutke velike radosti u kojima sam iznenada doživio jasan i dubok osjećaj jedinstva sa svime što postoji. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 57 | Znam što želim učiniti sa svojim životom. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 58 | Često se ne mogu nositi s problemima jer jednostavno ne znam što da učinim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 59 | Više volim trošiti novac nego ga štedjeti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 60 | Često me zovu "vrednica" zbog zanosa kojim obavljam teške poslove. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 61 | Ako sam osramoćen ili ponižen, vrlo se brzo oporavim od toga. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 62 | Rado težim većim i boljim stvarima. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 63 | Obično tražim vrlo dobre, praktične razloge prije nego što sam spreman promijeniti svoje stare načine ponašanja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 64 | Gotovo uvijek ostajem opušten i bezbrižan, čak i kada su gotovo svi drugi uplašeni. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 65 | Tužne pjesme i filmovi su mi prilično dosadni. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 66 | Okolnosti me često prisile da činim stvari protiv svoje volje. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 67 | Obično uživam biti zao prema onima koji su bili takvi prema meni. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 68 | Često sam toliko uživljen u ono što radim da se izgubim u trenutku, kao da sam odvojen od vremena i prostora. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 69 | Mislim da zapravo nemam pravi osjećaj svrhe svog života. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 70 | Često se osjećam napeto i zabrinuto u nepoznatim situacijama, čak i kada drugi smatraju da nema nikakve opasnosti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 71 | Često se povodim za svojim instinktom, slutnjama ili intuicijom bez razmatranja svih detalja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 72 | Volim biti vrhunski u svemu što radim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 73 | Često osjećam jaku duhovnu ili emocionalnu povezanost sa svim ljudima koji me okružuju. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 74 | Obično se pokušavam zamisliti "u koži drugih ljudi" kako bih ih mogao stvarno razumijeti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 75 | Principi poput poštenja i iskrenosti igraju malu ulogu u nekim aspektima mog života. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 76 | Više radim od većine drugih ljudi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 77 | Čak i kad se većini ljudi čine nevažnima, često inzistiram da se stvari obavljaju na točan i uredan način. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 78 | Osjećam se vrlo sigurno i samopouzđano u gotovo svim socijalnim situacijama. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 79 | Mojim prijateljima je teško poznavati moje osjećaje jer im rijetko govorim o svojim intimnim mislima. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 80 | Uspješno komuniciram svoje osjećaje drugim ljudima. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 81 | Imam više energije i teže se umaram od većine drugih. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 82 | Često prekidam ono što radim zato što se zabrinem, čak i kada mi prijatelji kažu da će sve biti dobro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 83 | Često poželim da sam moćniji od drugih. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 84 | Rijetko svi članovi grupe dobiju ono što im pripada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 85 | Ne trudim se previše udovoljiti drugim ljudima. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 86 | Uopće nisam sramežljiv s nepoznatima osobama. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 87 | Većinu vremena provodim radeći stvari koje se čine neophodnima, ali koje meni zapravo nisu važne. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 88 | Mislim da religiozni ili etički principi o tome što je dobro ili loše ne bi trebali imati veći uticaj na poslovne odluke. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 89 | Često pokušavam svoje prosudbe ostaviti sa strane kako bih mogao bolje razumijeti što drugi ljudi proživljavaju. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 90 | Mnoge moje navike mi onemogućavaju postizanje važnih ciljeva. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 91 | Osobno sam se žrtvovao kako bih svijet učinio boljim mjestom, kao pokušaj sprječavanja rata, bijede i nepravde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 92 | Treba mi mnogo vremena da se zbližim s drugim ljudima. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 93 | Zadovoljstvo mi je vidjeti svoje neprijatelje kako pate. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 94 | Bez obzira koliko je posao težak, volim ga odmah započeti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 95 | Drugim ljudima se često čini kao da živim u nekom drugom svijetu jer sam potpuno nesvjestan stvari koje se događaju oko mene. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 96 | Obično volim ostati suzdržan i nedodirljiv drugim ljudima. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 97 | Skloniji sam plakanju na tužne filmove od većine drugih ljudi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 98 | Brže se oporavljam od lakših bolesti ili stresa nego većina ljudi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 99 | Često osjećam da sam dio duhovne sile o kojoj ovisi sav život. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 100 | Potrebno mi je još puno vježbe u razvijanju dobrih navika kako bih sam sebi mogao vjerovati pred mnogim iskušenjima. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 101 | Molimo Vas da zaokružite broj jedan, ovo je tvrdnja za provjeru valjanosti odgovaranja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 102 | Sklon sam donošenju odluka na brzinu kako bih mogao započeti s onim što treba obaviti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 103 | Obično sam siguran da mogu s lakoćom napraviti ono što većina ljudi smatra opasnim (npr. brza vožnja automobilom po mokroj ili zaleđenoj cesti). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 104 | Volim otkrivati nove načine obavljanja stvari. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 105 | Više volim štedjeti novac nego ga trošiti za zabavu ili uzbuđenje. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 106 | Imao sam osobna iskustva pri kojima sam se osjećao povezanim s božanskom i veličanstvenom duhovnom moći. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 107 | Imam toliko puno mana da se sam sebi ne sviđam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 108 | Većina ljudi mi se čine snalažljivija od mene. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 109 | Često kršim pravila i propise kad mislim da se mogu izvući iz toga. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 110 | Čak i kad sam sa prijateljima, ne volim se jako "otvarati". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 111 | Što je posao teži, to mi se više sviđa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 112 | Često kada promatram neku običnu stvar, dogodi se nešto čudesno - dobijem osjećaj da je ta stvar nova i da ju vidim prvi put. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 113 | Obično se osjećam napeto i zabrinuto kad moram napraviti nešto što mi je novo i nepoznato. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 114 | Pun želje započinjem s radom na svakoj postavljenoj obavezi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 115 | Moja snaga volje je preslaba da odoli vrlo jakim iskušenjima, čak i kad znam da ću patiti zbog posljedica. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 116 | Ako sam uznemiren obično se bolje osjećam među prijateljima nego kad sam sam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 117 | Često postignem više nego što drugi ljudi očekuju od mene. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 118 | Religiozna iskustva su mi pomogla shvatiti pravu svrhu života. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 119 | Obično se nastojim truditi više od većine drugih ljudi jer želim raditi najbolje što mogu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 120 | Molimo Vas da zaokružite broj pet, ovo je tvrdnja za provjeru valjanosti odgovaranja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 121 | Obično se osjećam mnogo samouvjerenije i energičnije od većine ljudi, čak i nakon lakše bolesti ili stresa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 122 | Kad se ne događa ništa novo, obično počinjem tražiti nešto izazovno ili uzbudljivo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 123 | Volim duže vrijeme promisliti o stvarima prije nego donesem odluku. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 124 | Ljudi koji surađuju samnom moraju naučiti kako da rade stvari na moj način. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 125 | Uspostavljam tople osobne veze s većinom ljudi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 126 | Obično me opisuju kao nekog tko uspijeva iznad svojih mogućnosti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 127 | Radije bih čitao knjigu nego pričao o svojim osjećajima s drugom osobom. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 128 | Uživam osvećivati se ljudima koji su me povrijedili. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 129 | Ako nešto ne ide kako sam očekivao, prije ću odustati nego nastaviti baviti se time duže vrijeme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 130 | Drugi ljudi mi se mogu lako emotivno približiti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 131 | Vjerojatno bih ostao opušten i ležeran pri susretu s grupom nepoznatih ljudi, čak i kada bi mi bilo rečeno da nisu prijateljski raspoloženi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 132 | Molimo Vas da zaokružite broj dva, ovo je tvrdnja za provjeru valjanosti odgovaranja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 133 | Općenito mi se ne sviđaju ljudi čije su ideje drugačije od mojih. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 134 | Često odugovlačim neko vrijeme prije nego započnem neki posao. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 135 | Obično uspješno iskrivim istinu kako bih ispričao smješniju priču ili ismijao nekoga. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 136 | Izrazito mi je teško prilagoditi se promjenama u svakidašnjici jer postajem napet, umoran ili zabrinut. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 137 | Veći sam perfekcionista od većine ljudi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 138 | Drugi ljudi često misle da sam previše samostalan jer ne želim raditi ono što oni žele. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 139 | Bolji sam u štednji novca od većine drugih ljudi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 140 | Često odustanem od nekog posla ako zahtjeva mnogo više vremena nego što sam bio mislio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 141 | Je li nešto ispravno ili pogrešno samo je stvar mišljenja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 142 | Često naučim puno od drugih ljudi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 143 | Vjerujem da sav život ovisi o nekom duhovnom poretku ili sili koja se ne može potpuno objasniti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 144 | Stvari mi obično krenu loše ako nisam vrlo pažljiv. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 145 | Sporije se uzbuđujem od većina ljudi oko novih ideja ili aktivnosti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 146 | Vjerojatno bih mogao postići više, ali ne vidim svrhu u tome da radim više od onog što je nužno. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 147 | Obično izbjegavam društvene situacije u kojima bih morao biti s nepoznatim ljudima, čak i kad sam uvjeren da bi oni bili prijateljski raspoloženi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 148 | Često osjećam toliku povezanost s ljudima oko sebe kao da ne postoje granice između nas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 149 | U većini situacija moje uobičajene reakcije se baziraju na dobrim navikama koje sam razvio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 150 | Često moram prekinuti ono što radim jer postanem zabrinut da bi nešto moglo krenuti loše. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 151 | Često me doživljavaju odsutnim zato što se toliko udubim u ono što radim da ne pratim sve ostalo što se događa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 152 | Često uzimam u obzir osjećaje druge osobe koliko i svoje. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 153 | Za mene često kažu da sam mogao postići više. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 154 | Većinu vremena bih više volio raditi nešto pomalo riskantno (kao što je brza i rizična vožnja automobilom), nego ostati miran i neaktivan nekoliko sati. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 155 | Neki ljudi misle da sam previše škrt ili štedljiv s novcem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 156 | Više volim stare "isprobane i provjerene" načine rada nego "nove i unaprijeđene". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 157 | Često činim stvari koje pomažu zaštititi životinje i biljke od izumiranja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 158 | Često dovodim sebe do iscrpljenja ili pokušavam učiniti više nego što zaista mogu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 159 | Nisam baš dobar u pronalaženju izgovora kad me uhvate da radim nešto što ne bi trebalo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 160 | Vježbom su mi se razvile dobre navike koje su jače od većine trenutnih nagona ili pritisaka. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 161 | Mislim da ću imati dosta sreće u budućnosti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 162 | Lako se otvaram drugim ljudima, čak i ako ih ne poznajem dobro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 163 | Kada u nečemu ne uspijem iz prve, svladavanje toga mi postaje osobni izazov. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 164 | Nije potrebno biti nepošten da bi se uspelo u poslu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 165 | U razgovoru sam mnogo bolji kao slušatelj nego kao govornik. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 166 | Ne bih bio sretan na poslu na kojem ne bih mogao komunicirati s drugim ljudima. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 167 | Moji stavovi su određeni uglavnom utjecajima koji su izvan moje kontrole. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 168 | Često želim da sam jači od drugih. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 169 | Često trebam odrijetati ili se dodatno odmoriti jer se vrlo lako umaram. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 170 | Teško mi je lagati čak i kada bi to trebalo poštediti nečije osjećaje. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 171 | Bez obzira na trenutni problem koji trebam riješiti, uvijek mislim da će sve dobro završiti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 172 | Teško mi je uživati u trošenju novca na sebe, čak i kad sam puno uštedio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 173 | Obično radim najbolje u teškim okolnostima. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 174 | Volim svoje probleme zadržati za sebe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 175 | Imam bogatu maštu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 176 | Više volim ostati kod kuće nego putovati i otkrivati nova mjesta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 177 | Vrlo su mi važna topla prijateljstva s drugim ljudima. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 178 | Često poželim zauvijek ostati mlad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 179 | Volim sve pročitati kada potpisujem neke papire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 180 | Vjerujem da bih ostao samouvjeren i opušten pri susretu s nepoznatim ljudima, čak i kad bi mi bilo rečeno da su ljuti na mene. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 181 | Smatram da je važnije suosjećati i razumijeti druge ljude nego biti praktičan i nepopustljiv. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 182 | Često poželim da posjedujem izuzetne moći poput Supermana. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 183 | Volim dijeliti s drugim ljudima ono što sam naučio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 184 | Obično na neku tešku situaciju gledam kao na izazov ili priliku. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 185 | Većina ljudi koje poznajem brine samo o sebi, bez obzira koga bi time mogli povrijediti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 186 | Potrebno mi je dosta odmora, podrške ili uvjeravanja da se oporavim od lakših bolesti ili stresa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 187 | Znam da postoje životni principi koje nitko ne može prekršiti, a da dugoročno ne pati zbog toga. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 188 | Ne želim biti bogatiji od svih ostalih. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 189 | Volim posao započinjati polako, čak i kada ga je lako napraviti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 190 | Rado bih riskirao vlastiti život da svijet učinim boljim mjestom. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 191 | Kad moj rad prođe nezapaženo, postajem još odlučniji da uspijem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 192 | Često želim da mogu zaustaviti prolazak vremena. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 193 | Mrzim donositi odluke samo na temelju prvih dojmova. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 194 | Radije bih bio sam nego se bavio problemima drugih ljudi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 195 | Ne želim da mi se dive više nego ostalima. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 196 | Trebam mnogo pomoći od drugih ljudi da steknem dobre navike. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 197 | Volim posao obaviti brzo i onda se prijaviti za dodatni rad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 198 | Teško mi je podnositi ljude koji se razlikuju od mene. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 199 | Radije bih bio ljubazan nego se osvećivao kad me netko povrijedi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 200 | Zaista uživam kada imam puno posla. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 201 | Pokušavam surađivati s drugima što više mogu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 202 | Često sam uspješan zbog svojih ambicija i napornog rada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 203 | Obično mi je lako zavoljeti ljude čija su uvjerenja drugačija od mojih. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 204 | Dobre navike su postale moja "druga priroda" i skoro se uvijek događaju automatski i spontano. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 205 | Mrzim mijenjati način na koji radim nešto, čak i kada mi mnogi ljudi kažu da postoji novi i bolji način da se to obavi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 206 | Mislim da nije mudro vjerovati u stvari koje se ne mogu znanstveno objasniti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 207 | Spreman sam žrtvovati se kako bih postigao uspjeh. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 208 | Volim zamišljati svoje neprijatelje kako pate. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 209 | Molimo Vas da zaokružite broj tri, ovo je tvrdnja za provjeru valjanosti odgovaranja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 210 | Volim obraćati pažnju na detalje u svemu što radim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 211 | Obično imam slobodu izabrati ono što ću raditi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 212 | Često se toliko uživim u ono što radim da na neko vrijeme zaboravim gdje sam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 213 | Volim kad drugi ljudi znaju da mi je zaista stalo do njih. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 214 | Većinu vremena bih više volio raditi nešto riskantno (kao što je skakanje padobranom), nego da ostati miran i neaktivan nekoliko sati. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 215 | Budući da prečesto nekontrolirano trošim novac, teško mi je uštedjeti, čak i za posebne planove poput odlaska na odmor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 216 | Često popuštam željama prijatelja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 217 | Nikad ne brinem o ružnim stvarima koje bi se mogle dogoditi u budućnosti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 218 | Ljudi rado dolaze kod mene po pomoć, suosjećanje i toplo razumijevanje. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 219 | Uglavnom brzo oprostim onima koji su mi naškodili. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 220 | Mislim da je moje sadašnje uobičajeno ponašanje u skladu s mojim principima i dugoročnim ciljevima. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 221 | Više volim pričekati i prepustiti nekom drugom da preuzme vodstvo u obavljanju poslova. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 222 | Zabavno mi je sebi kupovati stvari. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 223 | Imao sam iskustva koja su mi pojasnila moju ulogu u životu, zbog čega sam bio vrlo uzbuđen i sretan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 224 | Obično poštujem tuđe mišljenje. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 225 | Moje ponašanje čvrsto vode određeni ciljevi koje sam si postavio u životu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 226 | Obično je glupo potpomagati uspjeh drugih ljudi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 227 | Često poželim da mogu živjeti vječno. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 228 | Kada neko istakne moje pogreške, ja dodatno radim kako bi ih ispravio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 229 | Neću odustati od onoga što radim usprkos dugom nizu neočekivanih neuspjeha. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 230 | Obično imam sreće u svemu što radim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 231 | Volio bih izgledati bolje od svih drugih. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 232 | Priče o mističnim doživljajima vjerojatno su samo puste želje. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 233 | Prava pojedinaca su važnija od potreba bilo koje grupe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 234 | Nepoštenje uzrokuje probleme samo ako te uhvate. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 235 | Dobre navike mi olakšavaju da radim stvari onako kako želim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 236 | Drugi ljudi i okolnosti su često krivi za moje probleme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 237 | Obično mogu biti aktivan cijeli dan, a da se ne tjeram na to. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 238 | Želim biti najbolji u svemu što radim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 239 | Gotovo uvijek detaljno razmotrim sve činjenice prije nego što donesem odluku, čak i kad treba donijeti brzu odluku. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 240 | Rado se dobrovoljno prijavljujem kada nešto treba obaviti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |