

Predskazatelji pozitivnog ishoda liječenja veterana s kroničnim PTSP-om psihodinamskom grupnom psihoterapijom

Kezić, Slobodanka

Doctoral thesis / Disertacija

2016

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://um.nsk.hr/um:nbn:hr:171:828299>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-05-23**



Repository / Repozitorij:

[MEFST Repository](#)



SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET

Slobodanka Kezić

**PREDSKAZATELJI POZITIVNOG ISHODA
LIJEČENJA VETERANA S KRONIČNIM
PTSP-OM PSIHODINAMSKOM GRUPNOM
PSIHOTERAPIJOM**

Doktorska disertacija

Split, 2016.

Istraživanje je u potpunosti provedeno u Regionalnom centru za psihotraumu, Klinike za psihijatriju u Splitu te u Dnevnoj bolnici Psihijatrijske bolnice „Sveti Ivan“ u Zagrebu.

VODITELJICA RADA:

Prof.dr.sc. Dolores Britvić, dr.med.

*Zahvaljujem mentorici, prof. dr. sc. Dolores Britvić
na podršci i stručnoj pomoći pri izradi rada.*

*Zahvaljujem se svima koji su sudjelovali u
istraživanju i izradi rada.*

Svojoj obitelji zahvaljujem na strpljenju.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Posttraumatski stresni poremećaj – PTSP	2
1.1.1. Povijesni pregled koncepta posttraumatske reakcije na stres i traumatu	2
1.1.2. Dijagnostika, klinička slika i tijek PTSP-a.....	5
1.1.3. Etiologija	12
1.1.4. Epidemiologija, komorbiditet i rizični čimbenici	22
1.1.5. Liječenje.....	24
1.2. Grupna psihodinamska psihoterapija u liječenju PTSP-a.....	31
1.2.1. Teorijske osnove grupne psihodinamske psihoterapije	32
1.2.2. Specifičnost procesa žalovanja kod veterana oboljelih od PTSP-a.....	35
1.3. Predskazatelji uspjeha liječenja kroničnog PTSP-a.....	38
1.3.1. Procjena učinkovitosti liječenja grupnom psihodinamskom psihoterapijom	38
1.3.2. Predskazatelji uspjeha liječenja PTSP-a.....	38
2. CILJEVI I HIPOTEZE	41
2.1. Glavni cilj istraživanja	41
2.2. Sporedni cilj istraživanja	41
2.3. Hipoteze	41
3. METODE I MATERIJALI	42
3.1. Ustroj istraživanja	42
3.2. Ispitanici.....	42
3.2.1. Vrsta uzorka.....	43
3.2.2. Veličina uzorka.....	43
3.2.3. Informirani pristanak	43
3.3. Ishod istraživanja	43
3.4. Postupci.....	45
3.4.1. Intervencija.....	45
3.4.2. Instrumenti za prikupljanje podataka.....	45
3.4.3. Statistička raščlamba.....	49
4. REZULTATI	52
4.1. Opis uzorka bolesnika prije intervencije	52
4.1.1. Sociodemografske karakteristike	52
4.1.2. Kliničke karakteristike	53
4.1.3. Psihijatrijski komorbiditeti	54
4.1.4. Ljestvica nošenja sa stresom (COPE)	55

4.1.5.	<i>Crown-Crispov iskustveni pokazatelj (CCII)</i>	56
4.2.	Glavni ishodi.....	59
4.2.1.	<i>Intenzitet simptoma PTSP-a (M-PTSP)</i>	59
4.2.2.	<i>Depresivnost (Beckova ljestvica)</i>	61
4.2.3.	<i>Kvaliteta života</i>	65
4.2.4.	<i>Kompozitni ishod: prva glavna komponenta razmjerne promjene intenziteta PTSP, depresije (Beck) i kvalitete života</i>	67
4.3.	Povezanosti promjene nakon terapije sa sociodemografskim, kliničkim i psihološkim karakteristikama.....	68
4.3.1.	<i>Intenzitet simptoma PTSP-a (M-PTSP)</i>	68
4.3.2.	<i>Depresivnost</i>	70
4.3.3.	<i>Kvaliteta života</i>	72
4.3.4.	<i>Kompozitni ishod</i>	74
4.4.	Multivarijatni model učinaka terapije s obzirom na sociodemografske, kliničke i psihološke karakteristike.....	76
4.4.1.	<i>Intenzitet simptoma PTSP-a (M-PTSP)</i>	76
4.4.2.	<i>Depresivnost (Beck)</i>	77
4.4.3.	<i>Kvaliteta života</i>	79
4.4.4.	<i>Kompozitni kriterij</i>	80
4.5.	Prepoznavanje skupina bolesnika kod kojih je najveća vjerojatnost uspjeha terapije.....	82
4.5.1.	<i>Intenzitet simptoma PTSP-a (M-PTSP)</i>	82
4.5.2.	<i>Depresija (Beck)</i>	84
4.5.3.	<i>Kvaliteta života</i>	86
4.6.	Razlika u učincima homogenih i heterogenih psihodinamskih grupa.....	88
4.6.1.	<i>Pregled univarijatnih povezanosti</i>	88
4.6.2.	<i>Razmjerna promjena intenziteta simptoma PTSP-a (intervalna varijabla)</i>	89
4.6.3.	<i>Razmjerna promjena intenziteta simptoma PTSP-a od najmanje 5% (binarna varijabla)</i>	89
4.6.4.	<i>Razmjerna promjena depresivnosti (Beck intervalna ljestvica)</i>	90
4.6.5.	<i>Razmjerna promjena depresije od najmanje 10% (binarna varijabla)</i>	90
4.6.6.	<i>Razmjerna promjena kvalitete života (intervalna varijabla)</i>	91
4.6.7.	<i>Razmjerna promjena kvalitete života od najmanje 10% (binarna varijabla)</i>	91
4.6.8.	<i>Razmjerna promjena kompozitnog ishoda (intervalna varijabla)</i>	91
5.	RASPRAVA	93
5.1.	Inicijalne karakteristike ispitanika.....	93

5.1.1.	<i>Mehanizmi suočavanja sa stresom (COPE)</i>	96
5.1.2.	<i>Neuroticizam (CCII)</i>	98
5.2.	Glavni ishodi intervencije.....	101
5.2.1.	<i>Klinička slika PTSP (M-PTSD)</i>	101
5.2.2.	<i>Depresivnost (Beckova ljestvica)</i>	103
5.2.3.	<i>Kvaliteta života (Ljestvica kvalitete življenja)</i>	104
5.2.4.	<i>Kompozitni ishod</i>	106
5.3.	Povezanosti promjene nakon terapije sa sociodemografskim, kliničkim i psihološkim karakteristikama.....	106
5.3.1.	<i>Intenzitet simptoma PTSP</i>	106
5.3.2.	<i>Depresivnost</i>	107
5.3.3.	<i>Kvaliteta života</i>	108
5.4.	Multivarijatan model učinaka terapije s obzirom na sociodemografske, kliničke i psihološke karakteristike	108
5.4.1.	<i>Intenzitet simptoma PTSP-a (M-PTSP)</i>	108
5.4.2.	<i>Depresivnost (Beck)</i>	108
5.4.3.	<i>Kvaliteta života</i>	109
5.4.4.	<i>Kompozitni kriterij</i>	110
5.5.	Prepoznavanje skupina bolesnika kod kojih je najveća vjerojatnost uspjeha terapije.....	113
5.5.1.	<i>Intenzitet simptoma PTSP-a (M-PTSP)</i>	113
5.5.2.	<i>Depresija (Beck)</i>	114
5.5.3.	<i>Kvaliteta života</i>	114
5.6.	Razlike u učincima homogenih i heterogenih psihodinamskih grupa	115
5.7.	Znanstveni doprinos istraživanja	117
5.8.	Ograničenja u istraživanju	117
6.	ZAKLJUČCI	119
7.	SAŽETAK	120
8.	SUMMARY	121
9.	LITERATURA	123
10.	PRILOZI	132
10.1.	Informirani pristanak	132
11.	ŽIVOTOPIS	137

Popis oznaka i kratica

ACTH	Adrenokortikotropni hormon
B	Nestandardizirani regresijski koeficijent
BDI-II	Beckova ljestvica depresije
CART	Klasifikacijsko i regresijsko stablo
CI	Interval pouzdanosti (od engl. confidence interval)
CON	Niska inhibicija
CRH	Kortikotropin oslobađajući hormon ili faktor
CRP	C-reaktivni protein
DESNOS	Kompleksni PTSP (od engl. Disorders of extreme stress, not otherwise specified)
DIS	engl. Diagnostic interview schedule
DSM	Dijagnostički i statistički priručnik zaq mentalne poremećaje (od engl. Diagnostic and statistical manual of mental disorders)
EMDR	Desenzitizacija pomoću brzih pokreta oka (od engl. Eye movement desensitization and reprocessing)
F	Omjer varijance između i unutar grupa u analizi varijance/kovarijance
FDA	Food & drug administration
HHN	Hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda
IQR	Interkvartilni raspon
LOESS	Crta neparametrijske regresije (engl. Locally weighted scatterplot smoothing)
MKB	Međunarodna klasifikacija bolesti
M-PTSP	Mississippi ljestvica intenziteta simptoma PTSP
n	Veličina uzorka
N	Veličina populacije
NEM	Negativna emocionalnost
NICE	Nacionalni institut za zdravlje i kliničku izvrsnost Ujedinjenog Kraljevstva
OR	Omjer izgleda (od engl. odds ratio)
P	Razina statističke značajnosti
PEM	Pozitivna emocionalnost
P _{sw}	Shapiro-Wilk test statističke značajnosti odstupanja empirijske od teorijske normalne raspodjele
PTsfP	Posttraumatski poremećaj osobnosti (<i>selfa</i>)

PTSP	Posttraumatski stresni poremećaj
r	Pearsonov koeficijent korelacije
R^2	Koeficijent višestruke determinacije
S	Standardna pogreška
SD	Standardna devijacija
SIT	Vještine suočavanja
SRNRI	Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina
ss	Stupnjevi slobode
SSRI	Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina
S_x	Standardna pogreška aritmetičke sredine
t	t-test statističke značajnosti
TBI	Traumatska ozljeda mozga
TCA	Triciklički antidepresivi
V	Cramerov V koeficijent standardizirane mjere veličine učinka
VRE	Virtualna realnost
x	Aritmetička sredina
Z	Standardizirani U koeficijent Mann-Whitney testa
z	Statistika Wilcoxonovog testa ekvivalentnih parova
α	Cronbachov koeficijent unutarnje konzistencije
β	Standardizirani regresijski koeficijent
η^2	Eta koeficijent, standardizirana mjera veličine učinka
ρ	Spearmanov koeficijent korelacije rangova (<i>rho</i>)
χ^2	Hi-kvadrat test

1. UVOD

Povijest čovječanstva je povijest ratova i traume. Stoga ne čudi da je mitologija tisućama godina prije suvremenih otkrića neuroznanosti prepoznala i opisala čitav spektar posttraumatskih reakcija (1). Grčki mit o junaku Perzeju i njegovom susretu sa Meduzom, strašnom ženom koja je ljude pogledom pretvarala u kamen, slikovito opisuje bit traume i način kako se susret sa traumom može transformirati u poremećaj zdravlja. Priča govori da je Perzeju bog Hermes dao mač, a božica Atena štit/zrcalo. Nakon putovanja dolazi do Meduze, no budući da je vidio Meduzin odraz u štitu, mogao joj je sigurno prići i odsjeći glavu, a da ga nije skamenio njezin pogled. Njezinom se glavom koristio kao štitom i oružjem, jer je glava mogla i dalje okamenjivati druge osobe. Dijalektičku narav traume prepoznata je u vjerovanju da krv uzeta s desne strane Meduzina tijela može oživiti mudraca, ali krv uzeta s njezine lijeve strane predstavlja smrtonosni otrov. Psihodinamski psihoterapeuti u simbolima mita prepoznaju derivate nesvjesnog. Bog Hermes je otac, i predstavlja muški princip. On daje zlatni mač, simbol pravde ali i znanja, odnosno strategiju suočavanja sa traumom. Božica Atena predstavlja majku koja daje štit/zrcalo, i tako Perzeja čuva od izravne konfrontacije izazvane traumom. Dojenče postaje svjesno sebe zrcaleći se u majčinim očima. Psihotraumatizirana osoba može pobijediti traumu samo u interakciji sa „sigurnim drugim“.

Grupna psihodinamska psihoterapija je psihoterapijska tehnika koja poput „dovoljno dobre majke“ u sebi sažima oba principa nužna u suočavanju s traumom: svjesne mehanizme suočavanja s traumom, ali i one nesvjesne, koje se reflektiraju u drugim putevima zrcaljenja i ostalih grupnih fenomena. U dobro komponiranoj i vođenoj grupi aktiviraju se brojni lječidbeni čimbenici: interpresonalno učenje, univerzalnost, altruizam, kohezivnost, otkrivanje traumatskog iskustva, razumijevanje sebe, ulijevanje nade i brojni drugi čimbenici, koji svi pridonosi oporavku.

U ovom istraživanju pratiti će se na koji način grupna psihodinamska psihoterapija utječe na oporavak od ratom uzrokovanog posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP-a). Također će se utvrditi koje su inicijalne psihološke osobitosti oboljelih od ratom uzrokovanog PTSP-a, kod kojih će liječenje u psihodinamskoj grupnoj psihoterapiji biti najučinkovitije.

1.1. Posttraumatski stresni poremećaj – PTSP

1.1.1. *Povijesni pregled koncepta posttraumatske reakcije na stres i traumu*

Slikoviti opis posttraumatskih simptoma nalazi se još u epu o Gilgamešu. Slika muškarca i žene osuđenih da ponavljano doživljavaju traumatični događaj nalazi se i u Bibliji. Poznata je drevna priča o Lotovoj supruzi, koja je okamenjena u stup soli dok je gledala unazad u propast i kaos Sodome (Postanak 19, 26). Ova metafora o zamrznutom pogledu unazad je poslužila kao inspiracija mnogim generacijama umjetnika. U svom djelu *Henrick IV*, Shakespeare je opisao tri grupe simptoma PTSP-a: ponovno proživljavanje traumatskog događaja, simptome izbjegavanja i fiziološku hiperaktivnost. Ti su simptomi navedeni kao kriteriji PTSP-a opisani u DSM-IV klasifikaciji (2).

Nasuprot književnosti, psihijatrija je dugo imala ambivalentan odnos prema činjenici da traumatski događaj može duboko i trajno promijeniti ljudsku biologiju i psihologiju (3). Posljedice ratne psihotraumatizacije kod vojnika Američkog građanskog rata (1861-1865) opisane su u medicinskoj literaturi kao sindrom „vojničko srce“, „iritabilno srce“ ili „Da Costa sindrom“. Vojnici su opisivali smetnje u vidu palpitacija, boli u prsima, kratkoće daha, glavobolje, vrtoglavice, poremećenog sna i općeg umora (4). Sredinom 1890. god. Janet u Francuskoj, te Freud i Breuer u Beču, dolaze do spoznaja koje idu u prilog tezi da je histerija stanje izazvano psihološkim traumatizacijama (5). Freud, u svom bogatom kliničkom radu, nalazi da nepodnošljive emocionalne reakcije na traumatske događaje stvaraju izmijenjeno stanje svijesti, koje pak stvara histerične simptome. Janet je to stanje nazvao „disocijacijom“, a Breuer i Freud „dvostrukom svijesti“. Prvi i kasnije drugi svjetski rat ponovno donose susrete s posljedicama psihotraumatizacije, budući da je veliki broj ljudi bio izložen psihotraumama i psihički slomljen. Osebjuna je klinička slika stradalih vojnika: kočili su se, nekontrolirano mokrili, postajali nijemi i gubili pamćenje i osjećaje. Britanski psiholog Charles Myers nastanak poremećaja, koji je opisao kao „shell shock“, ili „šok od granate“ pripisuje kontuzijama radi eksplozija (6), iako je ubrzo postalo jasno da je poremećaj prisutan i kod vojnika koji nisu pretrpjeli fizičku traumu, termin se nije mijenjao. Postupno se prihvaćalo da su simptomi „šoka od granate“ posljedica psihičke traumatizacije. No vojnici koji su razvili smetnje smatrani su inferiornim ljudskim bićima, čak i moralnim invalidima. U raspravi *Ratni histerični poremećaji*, 1918. god., Lewis Yealland zagovara strategiju liječenja

u osnovi koje je strategija posramljivanja, prijetnje i kažnjavanje. Pristaša potpuno drugačijeg stav je WH Riversa, koji drži da i najhrabriji čovjek može podleći strahu, koji može biti jači od patriotizma ili mržnje prema neprijatelju (7). U svom radu Traumatske ratne neuroze, 1939. god. Abraham Kardiner, američki psihijatar i psihoanalitičar, postavlja klinički okvir traumatskog poremećaja koji se i danas koristi (4). On je prepoznao da ratna neuroza predstavlja oblik histerije, ali je isto tako zaključio da je taj naziv neprikladan i da bi njegova upotreba stigmatizirala bolesnike.

Drugi svjetski rat ponovno obnavlja interes medicine za borbenu neurozu. Kardiner, zajedno sa H. Spigelom, revidira svoj rad, uviđajući da je najjača zaštita protiv preplavljujućeg straha, povezanost vojnika sa svojom neposrednom borbenom jedinicom i s nadređenom osobom. Također, opisuju se i iskustva preživjelih zatočenika koncentracionih logora, te je 1952. god. s pojavom Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-I), prva verzija, opisani poremećaj nazvan Velika stresna reakcija, pri čemu je razlikovan civilni i borbeni stres (8). Naime, utvrđeno je da ekstremni stresovi u svakodnevnom životu također dovode do patoloških psihičkih reakcija. U slijedećim DSM kriterijima, drugoj verziji (DSM-II, 1968.god.), smetnje se uvrštavaju pod Poteškoće prilagodbe u odrasloj formi, i također se ne opisuje kronična forma (9). Vijetnamski rat ponovno otvara područje istraživanja reakcije na stres. Zanimljivo je da još za vrijeme trajanja rata u Vijetnamu, veterani udružuju u tzv. „rap groups“ ili grupe za iskaljivanje. Za njih je tipično da nisu imale voditelja, vodili su ih ravnopravni članovi čija je uloga bila ventilacija emocija. Ove grupe za iskaljivanje nisu bile u mogućnosti razriješiti složene i trajne smetnje, te su radi toga pozvani i psihijatri da im pruže pomoć na „njihovom“ terenu. Svrha je bila pomoći veteranima da se nose s posljedicama traumatizacije te su pridonijele podizanju svijesti o posljedicama rata (8). Pokreće se program „Operation Outreach“ sa stotinama centara za samopomoć i savjetovanje. To je omogućilo i sustavno psihijatrijsko istraživanje (7). Karakterističan sindrom psihičke traumatizacije postaje „punopravna“ (stvarna) dijagnoza tek u trećoj verziji DSM-a 1980. god., u DSM-III (10). Dijagnoza je uključivala pet kriterija: vrsta iskustva definirana kao iskustvo koje bi kod svih ljudi izazvalo stresnu reakciju, ponovno proživljavanje traumatskog događaja, emocionalna otupljenost, i izbjegavanje poticaja vezanih uz traumatsko zbivanje, te na kraju trajanje - razlikovanje akutnog od kroničnog poremećaja. U slijedećoj, trećoj reviziji DSM-a, objavljenog 1987. god. (DSM –III-R), stresor se definira kao iskustvo koje prelazi granice uobičajenog ljudskog iskustva, te se diferenciraju simptomi u 4 skupine: ponovno

proživljavanje, otupjelost, pretjerana pobuđenost (hiperalertnost) i trajanje (11). Terr (12) pokušava definirati traumatske događaje kao tip I traumatskog zbivanja i tip II. Traumatski događaji po tipu I uzrokuju kliničku sliku koja odgovara PTSP-u, a tip II uzrokuje promjene osobnosti. No postoji i niz kombinacija između tih reakcija. Zbog restriktivnog i subjektivnog definiranja stresora, u novoj klasifikaciji DSM-IV, revidira se pojam stresora (2). Traumatski događaj treba izazvati osjećaj straha, bespomoćnosti i užasa. Razlikuje se akutni i kronični poremećaj, te kriterij koji se odnosi na oslabljeno funkcioniranje. Američko psihijatrijsko društvo je 2013. godine donijelo petu reviziju DSM-V (13) gdje se PTSP izdvaja iz anksioznih poremećaja i smješta u novo poglavlje „Poremećaji vezani uz traumu i stresor“. PTSP dobiva novi klaster simptoma D: perzistirajuće negativne promjene kognicije i raspoloženja. Ovaj klaster najviše odgovara opisu kompleksnog PTSP-a kako ga opisuje Wilson (14).

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) donosi svoju Međunarodnu klasifikaciju bolesti, a PTSP uvodi i opisuje tek od 1990. godine (15). U ovoj klasifikaciji, za razliku od DSM-V kriterija, stresni događaj se definira kao „posebno prijeteće ili katastrofične prirode, i vjerojatno bi kod svakog uzrokovao značajne smetnje“. Prema MKB-10, koja je aktualno važeća klasifikacija (16), razlikuju se Akutna reakcija na stres (F43.0), PTSP (F43.1) i Trajna promjena ličnosti nakon katastrofalnog doživljaja (F62.0). U MKB-10 se ne navodi najkraće trajanje simptoma, te u ovoj klasifikaciji simptomi pojačane pobuđenosti nisu neizostavni (kao što je u DSM-IV kriterijima, i odgovaraju kriteriju D), već ih se može zamijeniti sa simptomima nesposobnosti prisjećanja važnih aspekata traumatskog događaja.

1.1.2. *Dijagnostika, klinička slika i tijek PTSP-a*

PTSP je u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10) klasificiran u poglavlje Neurotski poremećaji, poremećaji vezani uz stres i somatoformni poremećaji (F40- F48). U skupinu Reakcija na teški stres i poremećaji prilagodbe ulaze:

- Akutna reakcija na stres (F 43.0), Posttraumatski stresni poremećaj (F 43.1),
- Poremećaj prilagodbe (F43.2), Druge reakcije na teški stres (F 43.8),
- Reakcija na teški stres, neodređen (F 43.9)

F 43.1. Posttraumatski stresni poremećaj

Poremećaj nastaje kao odgođeni i/ili produženi odgovor na stresni događaj ili situaciju (bilo kratkotrajnu, bilo dugotrajnu) izuzetno opasne ili kobne prirode, što bi vjerojatno izazvalo duboku tjeskobu gotovo kod svakog (npr. prirodne ili neprirodne katastrofe, borba, teška nesreća, prisustvovanje nasilnom umorstvu, stradanje kao žrtva mučenja, terorizma, silovanja ili drugog kažnjivog djela). Ako su prisutni predisponirajući čimbenici, poput crta ličnosti (npr. kompulzivne, astenične) ili prethodna povijest neurotične bolesti, mogu spustiti prag za razvijanje poremećaja ili pogoršati njegov tijek, međutim oni nisu ni nužni ni dovoljni da bi se objasnila pojava poremećaja.

Tipični simptomi uključuju epizode ponovnog proživljavanja traume putem intruzivnih sjećanja («flashback»), snova ili mora, koji se pojavljuju na perzistentnoj podlozi osjećaja obamrlosti i emocionalne otupjelosti, otuđenosti od drugih ljudi, nereaktivnosti na okolinu, anhedonije i izbjegavanja aktivnosti i situacija koje podsjećaju na traumu. Često postoji strah i izbjegavanje znakova koji osobe s PTSP-om podsjećaju na prvobitnu traumu. U rijetkim slučajevima može doći do dramatičnih, akutnih izljeva straha, panike ili agresije, koji se aktiviraju pomoću podražaja koji pobuđuju iznenadno sjećanje i/ili ponovno odigravanje traume ili prvobitne reakcije na nju. Obično se radi o stanju autonomne hiperpobuđenosti s hipervigilnošću, reakciji pojačanog straha i insomniji. Anksioznost i depresija često su povezani s navedenim simptomima i znakovima, a nisu rijetke niti suicidalne ideje. Uzimanje sredstava ovisnosti i prekomjerno uzimanje alkohola mogu biti rizični čimbenici za razvoj PTSP-a.

Početak poremećaja slijedi traumu uz razdoblje latencije od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci (ali rijetko kad duže od 6 mjeseci). Tijek poremećaja fluktuiraju, ali se u većini slučajeva može očekivati ozdravljenje. U manjem dijelu bolesnika poremećaj može imati kronični tijek kroz više godina te prijelaz prema trajnoj promjeni ličnosti (vidi F 62.0).

Dijagnostičke smjernice

Dijagnoza PTSP-a može se postaviti samo ako postoje dokazi o tome da se pojavio u roku od šest mjeseci nakon traumatičnog događaja izuzetne težine. „Vjerojatna“ dijagnoza PTSP-a još je moguća u slučaju ako je razdoblje između događaja i početka duže od šest mjeseci, ali su kliničke manifestacije tipične te nije vjerojatna alternativna identifikacija poremećaja (npr. anksioznost, opsesivno-kompulzivna ili depresivna epizoda). Osim dokaza o traumi mora postojati repetitivno intruzivno sjećanje na događaj ili ponovno odigravanje događaja u uspomnama, dnevnom sanjarenju ili snovima. Očigledna emocionalna otuđenost, obamrlost osjećaja, te izbjegavanje podražaja koji bi mogli pobuditi sjećanje na traumu često su prisutni, ali nisu nužni za dijagnozu. Autonomni poremećaji, poremećaji raspoloženja i bihevioralne abnormalnosti pridonose dijagnozi, ali nisu od primarnog značaja.

Kasnije kronične posljedice razornog stresa, tj. manifestne dekade nakon stresnog iskustva treba klasificirati pod F 62.0

Uključuje: traumatsku neurozu.

U poglavlju Specifični poremećaji ličnosti, mješoviti i drugi poremećaji ličnosti i trajne promjene ličnosti (F 60-62), pod šifrom F 62.0, opisuju se kriteriji za postavljanje dijagnoze poremećaja osobnosti nastalih zbog PTSP-a.

F 62.0 Trajna promjena ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja

Trajna promjena ličnosti nakon katastrofalnih događaja može nastati nakon doživljenog katastrofalnog stresa. Stres mora biti toliko ekstreman da nije nužno razmatrati osobnu vulnerabilnost u objašnjenju njegova snažnog utjecaja na ličnost. Primjeri uključuju iskustva u koncentracijskom logoru, mučenje, izlaganje katastrofama, produljeno izlaganje situacijama opasnim za život (npr. talačkim situacijama, produljenom zatočeništvu s prijetećom

moćnosti da osoba bude ubijena). PTSP (F43.1) može prethoditi ovom tipu promjene ličnosti, koja se tada može smatrati kroničnom, ireverzibilnom sekvelom stresnog poremećaja. No, dugotrajnu promjenu ličnosti koja se javlja nakon kraćeg izlaganja situaciji opasnoj za život, kao što je automobilska nesreća, ne treba uključiti u ovu kategoriju, jer novija istraživanja pokazuju da takav razvoj ovisi o prije postojećoj psihološkoj osjetljivosti.

Dijagnostičke smjernice:

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

- Neprijateljstvo ili nepovjerljivo postavljanje prema svijetu;
- Socijalno povlačenje;
- Osjećaj praznine i beznađa;
- Kronični doživljaj prijetećeg sloma, kao da postoji stalna ugroženost;
- Otuđenost.

Ovakva promjena ličnosti mora postojati najmanje dvije godine i ne smije biti rezultat od prije postojećeg poremećaja ličnosti ili mentalnog poremećaja, osim PTSP-a (F 43.1). Potrebno je isključiti prisutnost oštećenja ili bolesti mozga, koje mogu biti uzroci sličnih kliničkih obilježja.

Isključuje: PTSP (F 43.1)

Kriteriji i smjernice za postavljanje dijagnoze PTSP-a ne zadovoljavaju uvijek potrebe kliničara jer se oni često susreću pacijente, koji imaju zadovoljene samo neke kriterije za PTSP u času procjene, iako su ranije mogli imati anamnezu punih kriterija za PTSP ili ih nisu zadovoljavali (18). Jedini obavezni kriterij za postavljanje dijagnoze PTSP-a, prema MKB-10 kriterijima, su simptomi ponovnog proživljavanja traume, dok drugi simptomi nisu uvjet.

Također, ovako definirani dijagnostički kriteriji (MKB-10) u praktičnom radu imaju i druge zamjerke u odnosu na pojavu, tijek ali i opis kriterija. Onemogućeno je postavljanje dijagnoze odgođenog PTSP-a zbog ograničavanja pojave poremećaja na rok od pola godine. Nedostatak definicije dugotrajnosti poremećaja i nužni prelazak dijagnoze u Trajne promjene ličnosti

zbog katastrofalnih događaja, ne odgovaraju kliničkom iskustvu. Navedeno nije dovoljno operativno i stoga se teško može koristiti u istraživačke svrhe.

S druge strane, dijagnostički kriteriji za PTSP koje je donijelo Američko psihijatrijsko udruženje se općenito smatraju operativnijim i bolje odgovara potrebama svakodnevnog kliničkog i istraživačkog rada. No autori i u toj klasifikaciji nalaza ograničenja.

Peta verzija DSM-V kriterija donosi novost (13). PTSP se izmješta iz poglavlja Anksioznih poremećaja i svrstava u novo poglavlje pod nazivom: Poremećaji vezani uz traumu i stres. Važno je napomenuti da i u ovoj novoj klasifikaciji, za razliku od MKB-10 kriterija, nije opisan poseban entitet Trajnih promjena osobnosti nakon katastrofalnog događaja. Opis smetnji bi najviše odgovarao kriterijima D.

Dijagnostički kriteriji za posttraumatski stresni poremećaj po DSM-V kriterijima

A. Izloženost stvarnoj ili prijetećoj smrti, ozbiljnom ozljeđivanju, ili seksualnom nasilju na jedan (ili više) od slijedećih načina:

1. Izravno doživljavanje traumatskog (ih) događaja.
2. Osobno svjedočenje traumatskom događaju(ima) koji su se dogodili drugima.
3. Saznanje da se događaj(i) dogodio članu obitelji ili bliskom prijatelju. U slučaju smrti ili prijetnje smrti članu obitelji ili prijatelju, događaji moraju biti izazvani nasilnim aktom ili nesretnim slučajem.
4. Višekratno ili ekstremno izlaganje izrazito neugodnim detaljima traumatskog(ih) događaja (npr. djelatnici službi koje prve dolaze kada treba prikupiti ljudske ostatke, policijski službenici koji su opetovano izloženi detaljima zlostavljanja djece).

Napomena: Ne odnosi se na izloženost putem električnih medija, televizije, filmova ili slika, osim ako se ne radi o izloženosti na poslu.

B. Prisutnost jednog (ili više) simptoma nametanja povezanih s traumatskim događajem (ima), koji su započeli nakon traumatskog(ih) događaja:

1. Ponavljajuća nametljiva i uznemirujuća sjećanja na traumatski(e) događaj(e) koja se pojavljuju bez kontrole.

Napomena: Kod djece starije od 6 godina može se javiti ponavljajuća igra u kojoj su izražene teme ili aspekti traumatskog(ih) događaja.

2. Ponavljajući uznemirujući snovi u kojima je afekt i/ili sadržaj sna povezan s traumatskim događajem(ima).

Napomena: Kod djece se mogu pojaviti zastrašujući snovi bez prepoznatljivog sadržaja.

3. Disocijativne reakcije (npr. „flashbacks“) kada se pojedinac osjeća ili ponaša kao da se traumatski događaj(i) ponavljaju. (Ovakve reakcije se događaju na kontinuumu, gdje najizraženije reakcije izgledaju kao potpuni gubitak shvaćanja trenutačne okoline.)

Napomena: Djeca mogu traumatski događaj uprizoriti u igri.

4. Intenzivna ili produljena psihička patnja kod izlaganja bilo unutarnjim ili vanjskim podražajima, koji simboliziraju ili podsjećaju na neki aspekt traumatskog(ih) događaja.

5. Vidljiva fiziološka reakcija na unutarnje ili vanjske podražaje koji simboliziraju ili podsjećaju na neki aspekt traumatskog(ih) događaja.

C. Uporno izbjegavanje podražaja koji su povezani s traumatskim događajem(ima), a koje se počinje pojavljivati nakon traumatskog(ih) događaja, te o kojem svjedoči jedno ili oboje od sljedećeg:

1. Izbjegavanje ili naponi da se izbjegnu uznemirujuća sjećanja, misli ili osjećaji o samom traumatskom(im) događaju(ima), kao i ono što je blisko povezano s traumatskim događajem(ima).

2. Izbjegavanje ili naponi da se izbjegnu vanjski podsjetnici (ljudi, mjesta, razgovori, aktivnosti, objekti, situacije) koji pobuđuju uznemirujuća sjećanja, misli ili osjećaje na sam događaj(i) ili su blisko povezani s traumatskim događajem(ima).

D. Negativne promjene kognicije i raspoloženja koje su povezane s traumatskim događajem(ima), a koje se pojavljuju ili pogoršavaju nakon traumatskog(ih) događaja, te o kojima svjedoči dvoje ili više od sljedećeg:

1. Nemogućnost prisjećanja važnih aspekata traumatskog(ih) događaja (najčešće zbog disocijativne amnezije, a ne zbog drugih čimbenika kao što su ozljede glave, alkohol ili uzimanje sredstava ovisnosti)

2. Ustrajna i pretjerano negativna uvjerenja ili očekivanja od sebe, drugih ili svijeta (npr. „Ja sam loš(a)“, „Nikome se ne može vjerovati“, „Cijeli svijet je opasan“ ili „Moji živci su zauvijek uništeni“).

3. Ustrajna, iskrivljena shvaćanja o uzrocima ili posljedicama traumatskog(ih) događaja koja dovode osobu do toga da okrivljuje sebe ili druge.

4. Ustrajna stanja negativnih emocija (npr. straha, užasa, ljutnje, krivnje ili srama).

5. Značajno smanjeni interes za sudjelovanje u važnim aktivnostima.
 6. Osjećaj odvojenosti i otuđenosti od drugih.
 7. Trajna nemogućnost doživljavanja pozitivnih emocija (npr. nemogućnost doživljavanja sreće, zadovoljstva, ljubavi).
- E. Istaknute promjene u pobuđenosti i reaktivnosti koje su povezane s traumatskim događajem (ima), a počele su se pojavljivati ili pogoršavati nakon traumatskog(ih) događaja, i o njima svjedoči dvoje ili više od sljedećeg:
1. Razdražljivo ponašanje ili ispadi bijesa (bez provokacije ili nakon male provokacije) tipično izraženi kroz verbalnu ili fizičku agresiju prema drugim ljudima ili stvarima.
 2. Nesmotreno ili samouništavajuće ponašanje.
 3. Hipervigilnost.
 4. Pretjerana reakcija na iznenadni podražaj.
 5. Poteškoće s koncentracijom.
 6. Smetnje spavanja (npr. poteškoće s usnivanjem ili prosnivanjem ili nemiran san).
- F. Trajanje ovih smetnji (kriterij B,C,D,E) je dulje od mjesec dana.
- G. Ove smetnje se ne mogu pripisati fiziološkim učincima neke psihoaktivne tvari (npr. lijek, alkohol) ili nekog drugog zdravstvenog stanja.

Odrediti jesu li:

Disocijativni simptomi: Simptomi zadovoljavaju kriterije za PTSP, te, uz to a kao odgovor na stresor, osoba doživljava ustrajne ili ponavljajuće bilo koje od slijedećih simptoma:

1. **Depersonalizacija:** Ustrajna ili ponavljajuća iskustva odvojenosti, kao da je osoba vanjski promatrač svojih mentalnih procesa ili tijela (npr. osjećaj kao da je u snu; osjećaj nerealnog doživljaja svoga bića ili tijela ili osjećaj da vrijeme sporo prolazi.)
2. **Derealizacija:** Ustrajna ili ponavljajuća iskustva nerealnosti okoline (npr. osoba doživljava okolinu kao nerealnu, kao u snu, udaljenu ili iskrivljenu).

Napomena: Da bi se odredila ova podskupina, disocijativni simptomi se ne mogu pripisati fiziološkom učinku neke psihoaktivne tvari (npr. sumračnom stanju, ponašanju za vrijeme intoksikacije alkoholom) ili drugim zdravstvenim stanjima (npr. kompleksnim, parcijalnim epileptičkim napadima).

Odrediti ako je poremećaj:

S odgođenim iskazivanjem: Ako dijagnostički kriteriji u cijelosti nisu zadovoljeni najmanje do 6 mjeseci nakon događaja (iako su početak i izraženost dijela simptomatologije mogli nastati odmah).

Hermanova uvodi pojam kompleksnog PTSP ili DESNOS-a, te se zadnjih desetljeća sve više proučava ovaj poremećaj (17). Uzrok ovog poremećaja je ponavljajuća, višekratna trauma kada je žrtva zatvorena, kada nema mogućnost bijega i kada je pod kontrolom napadača. Primjeri takvih traumatskih uvjeta su: zatvor, koncentracijski logor, radni kamp, neki religiozni kultovi, javne kuće ili druge institucije s organiziranim seksualnim iskorištavanjem, kao i neke maladaptivno funkcionirajuće obitelji.

Kolk 1993. uvodi pojam DES-a, poremećaj ekstremnog stresa (18). Karakteristike DES-a su: 1. poremećaj regulacije afektiviteta, 2. disocijacija i amnezija, 3. somatizacija, 4. promjene u percepciji sebe i drugih, i 5. promjene u sustavima značenja.

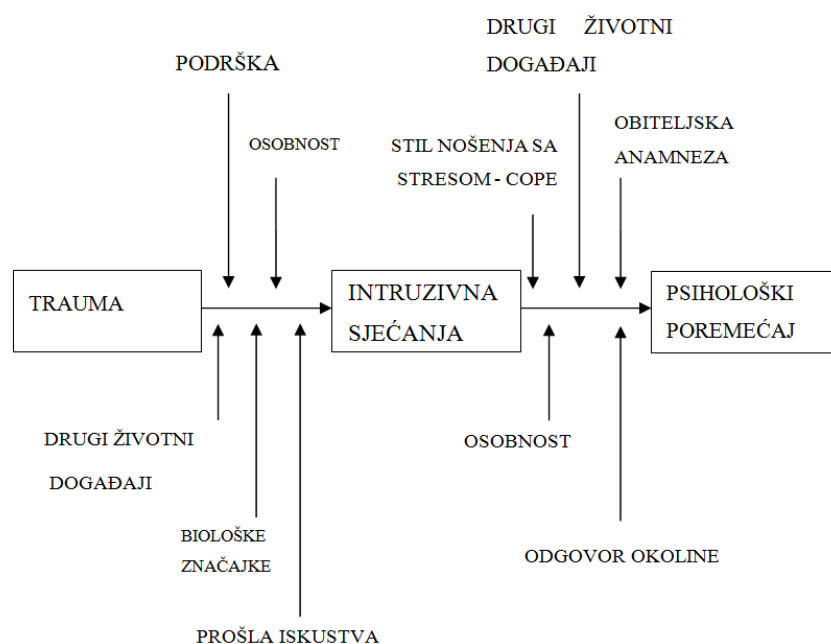
U suprotnosti s važećom MKB-10 klasifikacijom u Europi, istraživanje Nemčić Moro i suradnika je u našoj zemlji (19) pokazalo da 43% ratnih veterana ima komorbiditet PTSP-a i DESNOS-a. Na kontroverze i u dijagnostičkim kriterijima DSM-V upućuju i radovi američkih autora (20).

Tijek PTSP-a

PTSP je jedan od psihopatoloških odgovora na traumatski događaj koji razvija tek kod manjeg broja osoba izloženih traumi. Ne javlja se neposredno nakon traume, već se obično nastavlja na akutnu reakciju na stres. Kod otprilike dvije trećine oboljelih, simptomi se vremenom izgube, dok kod preostalih osoba poremećaj prelazi u kroničnu formu. Tada PTSP može imati fluktuirajući tijek. U nepovoljnom slučaju, ukoliko ne dođe do prilagodbe, dolazi do kronifikacije stanja stresa tj. konačne individualne prilagodbe na život sa simptomima, i tada se prepoznaje klinička slika opisana u MKB-10 kriterijima, kao Trajna promjena ličnosti nakon katastrofalnih događaja (3,14). Kod ove posttraumatske reakcije dolazi do promjene kapaciteta osobe za vezivanje, intimnost i općenito kvalitetu međuljudskih odnosa, što se reflektira na sveukupnom funkcioniranju. Uz česti komorbiditet traumatizirane osobe potpuno mijenjaju doživljaj sebe i vanjskog svijeta, kod njih dolazi do složenih karakternih promjena, i to na kognitivnoj i afektivnoj razini (16).

1.1.3. Etiologija

PTSP je jedini psihijatrijski poremećaj kojemu je točno poznat uzrok: trauma odnosno traumatski događaj. Trauma je riječ grčkog porijekla, a označava ozljedu organizma izazvanu vanjskim utjecajima. Psihička trauma znači duševni potres, odnosno šok (21). U literaturi se nalazi više teorijskih postavki koje tumače etiopatogenezu PTSP-a. Iako je opće prihvaćen stav da je za etiopatogenezu PTSP-a odlučujući čimbenik prisustvo i značajke traumatskog događaja, teoretičari različitih usmjerenja uvažavaju i značenje drugih čimbenika.



Shema 1. Etiopatogeneza PTSP-a

Prema: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L. Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society. New York London: The Guilford Press; 1996, str.157.

1.1.3.1. Biološke teorije

Uobičajen ljudski odgovor na opasnost uključuje složeni sustav reakcija. Te reakcije su prije svega na tjelesnoj razini. Paralelno dolazi i do reakcija na psihološkom i bihevioralnom planu. Istraživanja stresa je započelo još od Hipokrata koji uvodi ideju ravnoteže u organizmu, preko pojma homeostaze W. Cannona, te istraživanja H. Selyea koji uvodi pojam stresa (22). H. Selye je opisao reakciju organizma na stres kao reakciju borbe ili bijega (en.

„fight or flight“). Obrambena reakcija se dešava u tri faze i čini opći adaptacijski sindrom (GAS-general adaptation syndrom). On se sastoji od fiziološkog, psihološkog i ponašajnog odgovora. Faza alarma je brza reakcija organizma u kojoj se krv odašilje tamo gdje je najpotrebnija, ubrzava se rad srca i ubrzava se disanje. Ukoliko se djelovanje stresora nastavlja, nakon toga dolazi do usporavanja rada srca, „normaliziranja“ funkcija, no u krvi su i dalje prisutni hormoni koji su karakteristično oslobađaju u stresu. U fazi iscrpljenosti se nalazi organizam koji je dugotrajno izložen stresu, i u toj fazi dolazi do sloma prilagodbenih mogućnosti. Uz fiziološki odgovor paralelno dolazi i do promjena na psihološkom planu, te je pažnja i polje svijesti suženo i javlja se tjeskoba, ali i promjena na planu ponašanja kao što su ljutnja, bijes ali i stupor, derealizacija, depersonalizacija, i emocionalno mrtvilo. Kod većine osoba, pogođenih traumatskim događajem, ovi simptomi se povlače tijekom 24-48 sata. Kada rasterećenje nije moguće, javljaju se traumatske reakcije - kronično stanje stresa. Osoba je preplavljena traumatskim događajem i postaje dezintegrirana. U tom stanju svaka komponenta uobičajenog odgovora na opasnost, iako nesvršishodna, nastavlja samostalno postojati, dugo nakon prestanka djelovanja traumatskog događaja. Fragmentacija razara složeni sustav samozaštite (1).

Na biološkoj razini Everly opisuje stanje kroničnog stresa, u modelu PTSP-a, kao neurološku hipersenzitivnost i hiperekscitabilnost (23). Odgovor na potencijalno životnu opasnost započinje u mozgu: u amigdalama. Svijest o potencijalnoj opasnosti izaziva aktivaciju simpatikusa, koji je odgovoran na reakciju „borba ili bijeg“, a zatim parasimpatikusa koji ima funkciju supresije reakcije simpatikusa. Podraženost simpatikusa i opće uzbuđenje manifestira se klinički kao: pretjeran oprez, znojenje, drhtanje, ubrzan rad srca, povišen krvni tlak, ubrzano disanje i napetost mišića, bez obzira da li se javlja kao odgovor na sam stres ili na prisjećanje tj. obnavljanje traumatskog događanja u intruzivnim sjećanjima, snovima, noćnim morama ili u okolnostima koje asociraju na traumatski događaj. Simptomi mogu trajati danima, tjednima i mjesecima te dovesti do iscrpljenja autonomnog živčanog sustava s posljedičnim biološkim promjenama u noradrenergičnom i serotoninergičnom funkcioniranju. Tada se može poremetiti i aktivnost osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda (HHN), a posljedično i oslobađanje endogenih opioida te među ostalim promjenama funkcija može doći i do smetnji spavanja. Os HHN potiče oslobađanje kortikotropin oslobađajućeg hormona ili faktora (CRH), koji stimuliraju hipofizu na oslobađanje adrenokortikotropnog hormona (ACTH), dok ACTH dopijeva krvlju do kore nadbubrežne žlijezde i potiče je na oslobađanje

kortizola. Uloga kortizola u stresu jest da pomogne održavanje simpatičke aktivacije, a s druge strane pomoću mehanizma negativne povratne sprege kortizol može zaustaviti vlastito oslobađanje i to učincima na receptore smještene u amigdalama, hipokampusu, hipotalamusu i hipofizi. Na taj način kortizol služi i kao regulator aktivnosti osi HHN i dokida njezinu aktivaciju.

Kod osoba s PTSP-om dolazi do brojnih promjena koje podsjećaju na reakciju na stres: povećana je aktivnost simpatikusa. Naime povećana je razina perifernih kateholamina, prisutna je noradrenergička disregulacija i smanjena je aktivnost parasimpatikusa. Paradoksalno, razina kortizola u plazmi je snižena, a razina CRH najčešće povišena. Niska razina kortizola je udružena s povećanom osjetljivošću glukokortikoidnih receptora kao i povećanom negativnom spregom osi HHN (24). Malo je sustavnih studija koje se bave proučavanjem GABA sustava kod PTSP-a, no dosadašnji nalazi upućuju na smanjeno vezivanje benzodiazapina u rostralnom medijalnom prefrontalnom korteksu za GABA-A receptore (25). Uloga dopamina u PTSP-u je također još nedovoljno razjašnjena. Istraživanja upućuju da su impulzivnost, iritabilnost, agresivnost i suicidalnost, koji su prisutni kod oboljelih od PTSP-a, i kod graničnih („borderline“) bolesnika s pozitivnom anamnezom zlostavljanja u djetinjstvu, povezani s niskom razinom serotonina, a to se u klinički očituje u efikasnosti selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SSRI) u liječenju PTSP-a (25). Poznato je da tijekom stresa dolazi do oslobađanja endogenih opioida, stoga izlaganje stresnim situacijama vodi stresom induciranoj analgeziji. Opioidna disfunkcija može imati značajnu ulogu u smanjenoj mogućnosti izražavanja osjećaja, emocionalnoj otuđenosti i nedostatku motivacije koja se primjećuje u bolesnika s PTSP-om (26). Radovi (25,27) upućuju da stres i trauma izazivaju, osim promjena aktivnosti osi HHN, i promjene u oslobađanju drugih hormona: estradiola, testosterona, metaboličkih hormona, kao i neuropeptida. Visoki komorbiditet PTSP-a s tjelesnim bolestima (kardiovaskularne bolesti i metabolički sindrom) se povezuje s povišenim razinama upalnih markera (citokina, intereleukina, C-reaktivni protein), što se potvrdilo u istraživanju kod američkih veterana (25), i upućuje na važnu ulogu upalnih biljega u etiologiji PTSP-a.

Genetičke studije (25) su pronašle mnoštvo varijacija različitih gena, koje su povezane s većim rizikom za razvoj PTSP-a nakon izlaganja traumi. Yehuda i suradnici navode podatak o dvostruko većoj učestalosti PTSP-a kod žena (odnosi se na civilni PTSP) u odnosu na

muškarce, a kao mogući razlog, osim veće izloženosti traumatskim događajima, npr. seksualnom zlostavljanju, navode i genetičko-konstitucionalnu predispoziciju.

Studije koje su istraživale protok krvi za vrijeme izloženosti podražajima koji su izazvali sjećanje na traumatsko iskustvo, pokazale su da se kod bolesnika s PTSP-om povećava emocionalno sjećanje kao i fiziološki znaci pojačane pobuđenosti u većoj mjeri nego kod zdravih ispitanika. Ovo prisjećanje je bilo praćeno povećanim protokom krvi u prednjem cingularnom režnju, orbitofrontalnom korteksu, prednjoj insuli i temporalnom režnju kod pacijenata s PTSP-om i kontrolnom skupinom, a kod oboljelih je bila povećana aktivnost u orbitofrontalnim i prednjem temporalnom režnju, dok je smanjena aktivnost bila u donjem frontalnom režnju. Smanjena aktivnost Brocovog područja objašnjava nemogućnost verbalizacije traumatskih događaja (26). Rezultati nedavnih studija još uvijek nisu konzistentni u zaključku dolazi li kod oboljelih od PTSP-a do promjena posebnih regija mozga ili su promjene na razini cijelog mozga. Nadalje, studije su pokazale atrofiju desnog hipokampusa kod osoba s PTSP-om nastalim u djetinjstvu (27). Rezultati neuroslikovnih studija potvrđuju neurotoksične učinke visoke razine kortizola u dugotrajnom stresu koji u duljem vremenskom periodu dovodi do hipokampalne atrofije (28). Je li ta atofija predisponirajući faktor ili posljedica PTSP-a, još nije potpuno jasno.

Suvremena istraživanja su uputila na pojam alostaze kojim se objedinjuju biologijski pristupi u objašnjenju adaptacije na psihotraumu. Hipokampus i amigdala imaju ključnu ulogu u interpretaciji podražaja koji mogu biti za pojedinca stresni i traumatski (neočekivani, iznenadni i prijeteći za život), te nakon podražaja utvrđuju adekvatan odgovor. Kemijski medijatori alostaze su kortizol i adrenalin iz nadbubrežne žlijezde, drugi brojni hormoni i neurotransmiteri, simpatikus i parasimpatikus, te citokini i kemokini imunološkog sustava. Amigdale su važne za emocionalno pamćenje u PTSP-u i depresiji, a pronađena je hiperaktivnost amigdala u tim poremećajima. Na populaciji hrvatskih branitelja oboljelih od PTSP-a pronađena je veća prokrvljenost mozga u području nukleus akumbensa kod bolesnika s PTSP-om koji su imali naglašene simptome pojačane pobuđenosti i impulzivne agresivnosti (29). Zaključno, PTSP je složen neurobiološki poremećaj, a opažanja o postojanju različitih skupina simptoma, te povoljnog terapijskog odgovora na raznovrsne lijekove, govore u prilog činjenici da je PTSP multisustavni poremećaj (30).

1.1.3.2. Psihološke teorije

Psihološke teorije uključuju tri osnovna modela tumačenja nastanka PTSP-a: psihodinamski, bihevioralni, kognitivni i teorije obrade informacije.

Ovo istraživanje se bavi procjenom učinkovitosti grupne psihodinamske psihoterapije u okviru terapijskih programa dnevno bolničkog liječenja. Kako se u psihoterapijskom liječenju primjenjuju i elementi drugih teorijskih pravaca, prikazati će se i ta tumačenja etiologije PTSP-a.

Psihodinamske teorije

Psihodinamičari smatraju da trauma reaktivira nerazriješene konflikte iz ranog djetinjstva. Freud 1893. g. u „Studiji hysterije“ (31) govori o korijenima neuroze kao o posttraumatskom obrascu tzv. „teorije zavodjenja“. Pretpostavlja sa da tijekom djetinjstva postoje određena traumatska iskustva i doživljaji koje osoba potiskuje. Kada potiskivanje nije dostatno, javljaju se simptomi neuroze. U toj teoriji važno mjesto zauzima anksioznost, koja predstavlja reakciju ega na unutarnju instinktivnu opasnost iz ida ili vanjsku opasnost. Teorija anksioznosti se kasnije revidirala. Ekonomska teorija anksioznosti tumači da kada pobuđena emocija ne bude izražena kroz riječi ili aktivnost, regresivnim fenomenima se odtirećuje putem tijela i pretvara u tjeskobu. Prema Freudu, traumatsko iskustvo ima akutni i prolazni utjecaj na self-strukturu, a ukoliko se javi produžena reakcija, ona nije izravno uvjetovana „materijalnim realitetom“ stresnog događaja, već premorbidnim osobinama i psihodinamskom strukturom individue. Freud smatra da je ratna neuroza kompromis konflikta ega i superega u situaciji ratnih strahova, stanja straha i agresije. U ratu je neprijatelj vanjski, za razliku od unutarnjeg neprijatelja koji dolazi iz libida, a čije zahtjeve ego također doživljava kao prijetnju. U svom djelu „Iza principa ugone“ 1920. god. Freud navodi „protektivni štit ega“ kao obrambeni mehanizam koji štiti ego. Međutim, ako je vanjski stresor dovoljno jak, može probiti „protektivni štit“ i izazvati povredu ega (31).

Drugi autori su revidirali koncept protektivne barijere upućujući na važnost aktivnih ego snaga u zaštiti od traumatizacije (32). Kardiner (33) smatra da nastanak traumatske reakcije gotovo u potpunosti ovisi o značajkama traumatskog događaja, oduzimajući značenje čimbenicima ličnosti. On uvodi pojam psihoneuroze. Za razliku od te teorije, Fenichel (5)

naglašava važnost konflikta iz djetinjstva koji ponovno biva ožvijen aktualnim frustracijama, dajući time središnje mjesto osobinama ličnosti pri reakciji na traumatski događaj. John Bowlby (34) predaje veliku važnost stabilnoj interakciji okoline i vlastitog osjećaja sebstva, te uvodi pojam privrženosti (engl. „attachment“). Vlastite snage imenuje organizmičkim modelom, a čimbenike iz okoline modelom okoline. One su uobičajeno u ravnoteži, a prevladavanjem negativnih utjecaja iz okoline ili slabljenjem vlastitih snaga, odnosno snaga sebstva, nastaje neravnoteža. Također se nudi i holistička dinamska teorija, koja počiva na hijerarhiji ljudskih potreba. Apsolutan temelj čine bazične potrebe bez kojih nema osjećaja sigurnosti ni napredovanja (7).

Simptomi koji se javljaju u PTSP-u utječu na bazične ego procese, kogniciju, procesuiranje informacija, memoriju, intelektualno funkcioniranje i obrambene ego operacije. Destabilizacija osnovnih ego procesa često je praćena anksioznošću, panikom, osjećajem srama, neodlučnošću, bespomoćnošću, krivnjom i kroničnim osjećajem nesigurnosti i ranjivosti, kao i opsesivnim ruminacijama misli i osjećaja vezanih za traumatsko iskustvo. Bitna uloga psihičkog aparata je uspostavljanje ravnoteže nakon poremećaja izazvanih vanjskim događajem. Pobuđena anksioznost koja ne uspijeva biti rasterećena i savladana, potiče arhaične i patološke obrane. Jedna od tih primitivnih i arhaičnih obrana je upravo kompulzija repeticije (31). Radeći sa preživjelim žrtvama holokausta, Krystal (35) dolazi do zaključka da značenje samog događaja određuje hoće li on postati traumatski. Sličan stav zauzimaju i Hendin i Hass (36). Autori upućuju na važnost naravi stresnog događaja kao i značenju koje osoba izložena traumi pridaje traumatskom događaju. Oni objedinjuju suprotstavljene teorije.

Predlaže se model traumatskog stresa temeljen na značenju agresije i repetitivnih fenomena (37). Navodi se kako se tradicionalna psihoanaliza usredotočila na libidne konflikte bez adekvatnog prepoznavanja uloge agresije u razvoju. Po toj teoriji trauma nastaje kad osoba želi povrijediti nekoga, stvarajući tako konflikt između želje da uništi, ali i zadrži objektni odnos. U traumatskom trenutku nastaje cijepanje u ego, održavajući dvostruku identifikaciju s agresorom i žrtvom. Te dvije identifikacije se kondenziraju stvarajući patološku strukturu ega, što se dalje regulira kompulzivnom repeticijom. Dvostruka idealizacija može nastati u odnosu na vanjske i unutarnje objekte. Tako traumatizirana osoba može kasnije preuzeti ulogu žrtve i agresora prema drugima.

Postoji i dvodijelni model odgovora na traumatski stres (38). Prema tom modelu, PTSP se razvija kao odgovor na traumatski stres, a posttraumatski self poremećaj (PTsFP) se može razviti kao odgovor na pogrešan empatijski odgovor okoline prema traumatiziranoj osobi. Simptomi poremećaja selfa uključuju raznolike simptome narcističkog bijesa i osjetljivosti, smanjeni osjećaj samopoštovanja, osjećaj otuđenja, paranoidnu idealizaciju i fantaziju osvete.

Nudi se teoriju koja se temelji na obradi informacija (39). Ljudi imaju mentalne modele i sheme svijeta oko sebe, koje koriste u interpretaciji novih informacija. Mentalni modeli su uglavnom koherentni s trenutnom informacijom. Traumatski događaj je informacija koja je inkompatibilna s postojećom shemom. Nekonzistentnost u odgovoru na traumatski stresor stvara masivnu promjenu u shemi, kompletnu integraciju i kognitivnu obradu nekoherentne informacije, što zahtjeva izvjesno vrijeme.

Freudova druga teorija traume (kompulzija repeticije) i Horowitzo-va teorija opisani su kao model psihičke traume tipa A, prema kojem misli i slike vode bolnom afektu koji aktivira obrambene mehanizme. Teorije Kardinera, Krystala i Spieglea pripadaju modelu B, prema kojem traumatski događaj izaziva oštećenje prilagodbenih mehanizama, zbog čega se osoba ne može braniti od prisjećanja na traumu, kao što je to pregledno opisano u Gregurek i Klain (40). Lindy je prikazao PTSP s aspekta alostatskog pristupa (40). Tu se objašnjava da je organizam u stalnoj potrebi za rascjepom, poricanjem, regresijom i magičnim razmišljanjem, kao obrambenim manevrima nastalim zbog neuspjeha potiskivanja traumatskih sjećanja, biva energetski iscrpljen. Dolazi do nove razine prilagodbe, tzv. alostatskog stabilnog stanja otupjelosti, emocionalnog otuđenja i izbjegavanja misli i postupaka. Novi ili rekurentni stresovi dodatno opterećuju obrambene sustave, zbog čega dolazi do lošeg funkcioniranja neurohumoralne mreže. Razlikuje se tri disfunkcionalna sustava koji dovode do alostaze: perceptivna iskrivljenost, afektivna disregulacija i poricanje fragmentacije selfa (14,40). PTSP se razvija u situacijama neuspješnog isključivanja alostatskih mehanizama i posljedičnog razvoja dugotrajnog distresa, pa je razumljivo da oboljeli pokazuju abnormalnosti u gotovo svim psihobiološkim sustavima.

Teoretičari objektnih odnosa smatraju da djelovanjem traume dolazi do snažnog regresa u funkcioniranju: aktiviraju se psihotični dijelovi ličnosti uz pojavu infantilnog osjećaja onipotencije i self-idealizacije, nužan za bazičan osjećaj sigurnosti. Kada je unutarnji

vezujući objekt razoren, oštećen ili uništen, emocionalni odnos s drugima se doživljava opasnim (41). Volkan opisuje pojam „kolapsa vremena“ kojim naglašava gubitak vremenske dimenzije i kronološkog smještaja traumatskog događaja, istovjetno primarnom procesu mišljenja koji su vidljivi u snovima i fantazijama (42).

Bihevioralne teorije

Ovaj model tumačenja nastanka PTSP-a se temelji na teorijama učenja. Odlučujući čimbenik u nastanku PTSP-a smatraju sam događaj. Za većinu komponenti PTSP-a upotrebljiv je Pavlovljev animalni model. Keane i suradnici navode da u situaciji kada je osoba izložena ekstremnom stresoru, on biva snažno utisnut, a naročito kad postoje i popratni podražaji iz okoline (npr. slušni, njušni ili taktilni podražaji). Jednom uvjetovan, ovaj događaj može evocirati autonomne i psihološke odgovore koji slične onome koji se javio u vrijeme stresnog događaja. Pogođene osobe iscrpljuju se u pronalaženju načina kako izbjeći pobuđivanje neugodnih emocija, što je praćeno stalno prisutnim strahom i depresivnim raspoloženjem. Čini se da ovaj model pojašnjava samo dio simptoma kliničke slike (pojačane pobuđenosti i izbjegavanja) (43). Njime se ne objašnjava zbog čega svi pojedinci ne razviju PTSP u situacijama visoke izloženosti traumatskih događajima ili zbog čega se kod nekih osoba razvija kronična forma poremećaja, dok se kod drugih osoba simptomi spontano povuku. Navedeni principi su teorijska osnova za primjenu bihevioralne terapije izlaganjem. Višekratnim izlaganjem podražajima koji objektivno nisu opasni, ali ih osoba doživljava takvima, a nazivaju se uvjetovano učenje, postupno slabi veza između podražaja i uvjetovane reakcije.

Kognitivne i teorije obrade informacija

Kognitivne teorije stavljaju naglasak na značenje koje osoba pripisuje traumatskom događaju (3). Dvadesetih godina prošlog stoljeća je koncept „sHEME“ uveo Sir Henry Head, a u novije vrijeme se definira kao ukupnost, kojom pojedinac na sebi svojstven način prima i obrađuje podatke iz svoje okoline, daje im značenje i prema tome prilagođava svoje ponašanje (44). Osoba koja je izložena stresnoj situaciji je vrlo brzo po suočivanju s traumatskom situacijom interpretira u terminima važnosti za sebe. Radi se o svjesnom promišljanju ili tzv. „procjeni“ situacije (45). Lazarus donosi model stresa čije ulazne varijable čine osobine pojedinca

(osobine ličnosti, vrijednosti, ciljevi i vjerovanja) i osobine okoline (zahtjevi, ograničenja, trajanje događaja, socijalna podrška). Te varijable utječu istodobno i međuovisno na kognitivnu procjenu situacije i odabir načina suočavanja, a preko njih i na ishode stresnih događaja.

Prema kognitivnoj teoriji, dvije su osnovne strategije suočavanja sa stresom (tzv. mehanizmi suočavanja prema eng. „coping mechanisms“):

1. problemu usmjereno suočavanje podrazumijeva usmjeravanje unutarnje snage prema rješavanju stresom izazvanih problema. Ovaj način suočavanja uglavnom prevladava kada ljudi misle da mogu učiniti nešto konstruktivno u vezi stresnog događaja, odnosno kada po procjeni zaključče da mogu kontrolirati ishode stresnog događaja. Dakle, usmjeravanjem na problem i rješavanjem problema mijenja se odnos osoba - okolina, bilo putem izravne akcije ili kognitivnim rekonstruiranjem. U suočavanje usmjereno na problem se ubraja: osmišljeno rješavanje problema, isticanje pozitivnog (reinterpretacija), traženje informacija, potiskivanje konkurentnih aktivnosti, prihvaćanje te obuzdavanje suočavanja;

2. emocijama usmjereno suočavanje uključuje smanjivanje tenzije putem intrapsihičke aktivnosti, kao što su negacija ili promjena ponašanja. Ako osoba uspije u naumu da ne misli na određenu prijetnju, barem privremeno je ta prijetnja neće opterećivati (tj. smetati). U suočavanje usmjereno na emocije se ubraja izražavanje osjećaja i socijalna podrška (traženje savjeta, emocionalna podrška). Ovaj način suočavanja prevladava u situacijama u kojima je procijenjeno da nije moguće kontrolirati stresne događaje ili njihove ishode.

Endler i Parker (46) su identificirali i treći način suočavanja koji se naziva suočavanje izbjegavanjem, a odnosi se na kognitivne, emocionalne ili ponašajne pokušaje udaljavanja ili od izvora stresa ili od psihičkih i tjelesnih reakcija na stresore. Ta kategorija suočavanja uključuje i strategije usmjerene na emocije/osobu (npr. maštanje) i na problem/zadatak (npr. distrakcija, i bavljenje zamjenskim aktivnostima). Uočena je manja pojavnost PTSP-a kod osoba koje više koriste prvi mehanizam suočavanja sa stresom (problemu usmjereno suočavanje). No važno je naglasiti da primjerenost određenog načina suočavanja sa stresom ovisi i o vrsti stresne situacije (44).

Posljednjih desetak godina ponovno se naglašava važnost disocijativnog procesa kojemu se pridaje ključna uloga u razvoju psiholoških problema izazvanih traumom. Disocijacija je način organiziranja informacija. Elementi traumatskog iskustva ne integriraju se u jedinstvenu

cjelinu ili integrirani dio selfa. Prema Fonagyju, disocijacija ima korijen u nemogućnosti integriranja različitih mentalnih sadržaja, koji bi se u normalnim okolnostima integrirali u jedinstveni subjektivitet putem mentalizacije. Osoba koja disocira ima svijest o podražajima, ima misli i osjećaje, ali ih ne može reprezentirati kao takve. Bez sposobnosti refleksije, normalno značenje iskustva često se izgubi (47).

1.1.3.3. Socijalne teorije

De Vries (48) nudi ključnu ulogu društvenoj zajednici u načinu suočavanja individue s potencijalno traumatizirajućim iskustvom. Studije su pokazale da osobe koje su snažno identificirane s vrijednostima društva i imaju podršku zajednice, imaju manji rizik od razvoja PTSP-a, za razliku od slabije integriranih pojedinaca (7). Ratna situacija je sama po sebi traumatična, jer donosi gubitke. Kultura, putem rituala, ima važnu ulogu u procesima prorade gubitaka i žalovanja. Rituali žalovanja omogućavaju ožalošćenoj osobi kontrolu emocija i ponašanja, blisko ih povezuju s društvenom skupinom kojoj pripada i mogu poslužiti kao simbol kontinuiteta (49). Ukoliko osoba, usprkos podršci zajednice, ne uspije prevladati gubitak, prisutan je rizik za razvoj PTSP-a.

Različite vrste masovnih traumatskih događaja mogu izazvati značajne promjene u društvenoj zajednici, ne samo u prvoj generaciji traumatiziranih osoba nego i u njihovih potomaka. Riječ je o transgeneracijskom prijenosu emocija: prijenos psihološkog bremena na slijedeće generacije, čak i na nerođene. Utjecaj neprorađene traume ostaje „živ“ kroz generacije, a psihoanalitičari ovaj fenomen opisuju kao tzv. „utočište“ ili „fenomen stalne sjene traume“ (50). Nakon masovnih nesreća primijećena je sklonost magijskim vjerovanjima i ritualima. Nerijetko se javlja krivnja preživjelih. DeViers ističe da masovne nesreće, rat i revolucije potiču slom tradicionalnog sustava što dovodi do gubitka identiteta kulture zajednice. Kada zaštita i sigurnost zajednice izostaje, povjerenje ustupa mjesto paranoji, a briga i podrška pretvaraju se u agresiju. U takvoj situaciji dolazi do konfuziju identiteta, ili čak i negativnog identiteta i javlja se nacionalizam, ksenofobija itd. Volkan (51) opisuje reakciju velike skupine osoba na masivnu traumu kroz dva osnovna odgovora: održavanje identiteta velike skupine, koji je odvojen od neprijatelja, te održavanje psiholoških granica po svaku cijenu. Ukoliko je snažna potreba da se putem projekcija neželjeni dijelovi pripišu neprijatelju, dolazi do dehumanizacije i demoniziranja neprijatelja. Prorada poniženja, srama i žalovanja za

gubicima je potrebna, kako se osjećaj viktimizacije, vezan uz grupni identitet, ne bi prenio na slijedeće generacije (49,50,52,53).

1.1.4. *Epidemiologija, komorbiditet i rizični čimbenici*

PTSP je relativno česti poremećaj i njegova prevalenciju varira od 1% do 14% u općoj populaciji (6,14,15). U literaturi postoje kontroverzni podatci o prevalenciji ovog poremećaja radi višestrukih razloga: dijagnostički kriteriji PTSP-a su se u zadnje vrijeme mijenjali pa podaci koji govore o učestalosti PTSP-a variraju u ovisnosti o upotrijebljenim dijagnostičkim kriterijima. To su fluktuirajući tijek (faza) poremećaja, prisutnost/odsutnost komorbidnih poremećaja, mjere koje su korištene u procjeni izloženosti, demografske karakteristike i reprezentativnost populacije. Zbog nedovoljno jasne etiopatogeneze nastanka ovog poremećaja, veliki je interes za istraživanja prevalencije, komorbiditeta i detekcije rizičnih čimbenika. Koncept traume, po DSM-III kriterijima, kao normalnom odgovoru na nenormalnu situaciju ili događaj je pobijen (54), te se sve više proučavaju biološki markeri PTSP-a (genetički, neuroanatomskih, biljega vezanih za os HHN te autonomnu reaktivnost), kako bi se razlikovalo koja će osoba nakon izlaganja istom traumatskom događaju razviti PTSP, a koja će biti otporna na traumu.

Prevalencija PTSP-a za odraslu populaciju tijekom 12 mjeseci bila je 3,5%, a u SAD je izračunat životni rizik za PTSP od 8,7%, koristeći DSM-IV kriterije za dob od 75 godina. Izloženost traumatskim događajima je različita u zajednicama koje pripadaju različitim kulturama. Procjene su niže za Europu, većinu azijskih, afričkih i latinoameričkih zemalja, te je raspon izloženosti između 0,5-1% (13). Stope PTSP-a su više među ratnim veteranima, i drugim skupinama čije profesije povećava rizik od izloženosti traumatskom događajima: policiji, vatrogascima i službama hitne pomoći. Najveća stopa nastanka poremećaja, koja varira od jedne trećine do preko jedne polovine izloženih, pronađena je kod skupine žrtava silovanja, ratnih stradalnika i zatočenika, te etnički i politički motiviranih zarobljavanja i genocida (6). Među ratnim zarobljenicima 50% oboljelih je razvilo PTSP, no drugi autori navode i prevalenciju od 100%. Oko 8% traumatiziranih osoba osjeća simptome i nakon 40 godina (54). Također, postoje podaci koji govore o prevalenciji PTSP-a od 85% kod žrtava koncentracijskog logora, ili o prevalenciji nekog oblika psihopatologije kao posljedice psihotraume od 100% (6). Prevalencija PTSP-a se razlikuje i s obzirom na dob. Djeca i

adolescenti, uključujući i djecu predškolske dobi, općenito pokazuju nižu prevalenciju PTSP-a nakon izloženosti težim traumatskim događajima. Slično se nalazi i kod starije populacije, gdje je prevalencija potpuno razvijenog PTSP općenito niža u usporedbi s općom populacijom. Poremećaj je češći kod pripadnika drugih rasa, te se navodi da se nalazi u 27,9% kod pripadnika crne rase i 20,6% kod pripadnika hispanoamerikanaca, u odnosu na pripadnike bijele rase (13,7%), što se objašnjava različitim izloženostima ratnim djelovanjima (13). Rezultati (54) Nacionalne Vijetnamske studije ponovne prilagodbe (National Vietnam Veterans Readjustment Study NVVRS) su pokazali da je sveukupno 53,4% veterana Vijetnamskog rata razvilo kliničku sliku PTSP-a. Od njih je 30,9% zadovoljilo sve kriterije poremećaja dok su ostali imali „parcijalni“ PTSP (54). Ta je studija imala određena ograničenja, te je 16 godina poslije (61) ponovljeno to istraživanje. Tada je pronađeno da je 18,7% muških osoba tijekom života imalo ratom uzrokovani PTSP, te da 9,1% još uvijek ima simptomatologiju PTSP-a, i to 11-12 godina nakon rata. Razina funkcionalnog oštećenja bila je blaga do umjerena. Studije koje se bave epidemiologijom često, uz istraživanje učestalosti poremećaja, istražuju i komorbiditet kao i čimbenike rizika za razvoj PTSP-a. Istraživači se uglavnom slažu da će prevalencija poremećaja biti veća ako je vrsta i trajanje traumatskog događaja intenzivnija i duža. Nedavno istraživanje pokazuje da 40 godina nakon Vijetnamskog rata čak 11 % veterana boluje od PTSP-a, te imaju razna funkcionalna oštećenja, radno su nesposobni, nisu obiteljsku funkcionalni i pokazuju agresivno ponašanje, što sveukupno rezultira nižom kvalitetom života (55). U istraživanju koje su Komar i Vukušić proveli na našoj populaciji u kojem je obuhvaćeno 3217 hrvatskih veterana, 25% osoba je imalo određene simptome PTSP-a, a 16,2% su potpuno razvili PTSP (56).

Komorbiditet i rizični čimbenici

Epidemiološke studije provedene u općoj populaciji su potvrdile nalaze o visokoj razini komorbiditeta koji se javljaju unutar PTSP-a. Drugi psihijatrijski poremećaji komorbidni s PTSP-om uključuje veliku depresivnu epizodu, anksiozni poremećaj te zlouporabu odnosno ovisnost o psihoaktivnim supstancijama. U psihijatriji je općenito prisutan veliki komorbiditet, i izoliranih ili „čistih“ dijagnoza je zapravo vrlo malo i rijetko. U literaturi (3) postoje nalazi da čak 79% osoba koje boluju od PTSP-a zadovoljava kriterije za još jedan poremećaj, a 44 % za još tri poremećaja. To znači da dijagnoza PTSP-a za veći broj traumatiziranih osoba zahvaća samo dio psihičkih smetnji. Najčešće su druge komorbidne

dijagnoze velika depresivna epizoda, distimija, zlouporaba psihoaktivnih supstanci, generalizirani anksiozni poremećaj i asocijalni poremećaj ličnosti (43). Kod istraživanje profila ličnosti traumatiziranih osoba je pronađeno da je kod oboljelih od PTSP-a značajno povećana učestalost graničnih, narcističnih, paranoidnih, pasivno-agresivnih, samoporažavajućih i shizotipalnih ličnosti, što može pogodovati kroničnom tijeku poremećaja i limitirati uspjeh liječenja (57). Rizični čimbenik za nastanak PTSP-a je različit u odnosu na spol: veći je kod žena (6,25,40,54,58). Kessler i suradnici su u nacionalnoj studiji komorbiditeta pronašli da skoro 84 % oboljelih od PTSP-a imaju još jednu dijagnozu tijekom života, uz PTSP kao prvi dijagnostičirani poremećaj (59). Slične su rezultate potvrdili i autori iz Australijske nacionalne studije komorbiditeta (The Australian National Comorbidity Study), jer je 88% bolesnika s PTSP-om imalo barem još jednu dijagnozu (60). Najčešće su komorbidne dijagnoze depresivni poremećaj s 48% i zlouporaba alkohola s 52%. Čak 59% osoba s dijagnozom PTSP-a ima tri ili više poremećaja, a 51% osoba zadovoljava kriterije i za dijagnozu na drugoj osovini (poremećaji osobnosti) u odnosu na 6% populacije koja nema PTSP. Pokazalo se da je PTSP najčešći inicijalni poremećaj. Autori (61) zaključuju da se izolirani ili „čisti“ PTSP rijetko nalazi čak i u općoj populaciji, te da traumatizirani pojedinci pokazuju raznoliku konstelaciju depresije, anksioznosti i somatizacija. U skupini veterana koji traže bolničko PTSP zbrinjavanje, 31% osoba zadovoljava kriterije i za PTSP i za DESNOS, 29% osoba ima razvijen PTSP, 26% ima dijagnosu DESNOS-a, a 13% osoba ne zadovoljava kriterije niti jednog od ova dva poremećaja (62). Dijagnoza PTSP-a povezana je s većim izlaganjem ratnim traumatizacijama i djelovanjima, a dijagnoza DESNOS-a je bila povezana sa sudjelovanjem u ratnim zbivanjima i s traumatizacijom u djetinjstvu, ekstremnim razinama intruzivnih ponovnih proživljavanja, oštećenim objektivnim odnosima i s pojačanim korištenjem psihijatrijske skrbi (62). Meta-analiza (58) rizičnih čimbenika ratom uzrokovanog PTSP-a nalazi prevalenciju od 1,09% do 34,84%.

1.1.5. *Liječenje*

Trauma i stres generiraju promjene na tjelesnoj, psihološkoj i ponašajnoj (socijalnoj) razini. Sukladno tome, liječenje treba zahvatiti sve tri dimenzije, pa je danas opće prihvaćen bio-psiho-socijalni pristup liječenja PTSP-a (1,3,6,14,18,25,40). Multidimenzionalni pristup se provodi radi smanjenja simptoma, normalizacije odgovora na stres i poboljšanja adaptacije i

razine socijalnog funkcioniranja. Postavljeni ciljevi u liječenju oboljelih provode se psihofarmakoterapijom, psihoterapijom i psihosocijalnim postupcima.

Osnove algoritama u liječenju PTSP-a (63-69) su predložila razna tijela i udruge. Nacionalni institut za zdravlje i kliničku izvrsnost Ujedinjenog Kraljevstva (NICE) 2005. god. predlaže kao prvu liniju izbora fokusirane grupe na traumu, vođene po kognitivno-bihevioralnom teorijskom konceptu (TFCBT), i desenzitizaciju očnim brzim pokretima i reprocesuiranje (EMDR) u liječenju PTSP-a. Upotreba lijekova, po ovim algoritmu, ne bi trebala biti rutinski prva linija liječenja (63). S druge strane, Kanadsko psihijatrijsko društvo (2006) u liječenju anksioznih poremećaja (tada je PTSP prema DSM-IV kriterijima bio klasificiran u anksiozne poremećaje) prvim izborom liječenja smatra antidepresive i to lijekove iz skupine SSRI (fluoksetin, paroksetin, sertralin) ili venlafaksin. Druga linija farmakoterapije uključuje mirtazapin, fluvoksamin, fenelzin, moklobemid i dodatno olanzapin i risperidona (64). Internacionalni psihofarmakološki algoritam (2005-2011) kao inicijalni korak u liječenju PTSP-a preporuča prazosin i trazodon, a ako se simptomi ne povuku, preporuka je uvođenje drugih antidepresiva (SSRI, selektivnih inhibitora ponovne pohrane noradrenalina- SRNRI, ili tricikličkih antidepresiva-TCA). Kod parcijalnog odgovora, mogu se dodati antipsihotici, klonidin, topiramet i lamotrigin (65). Kao prvu liniju izbora u liječenju, Internacionalno društvo za traumatski stres (2005-2009) predlaže kognitivno bihevioralnu terapiju (koja uključuje terapiju izlaganjem, kognitivnu terapiju, trening inokulacije stresa, ili kombinaciju ovih tehnika) te EMDR i primjenu SSRI ili SNRI. Postoje dokazi o učinkovitosti primjene dodatne terapije atipičnim antipsihoticima, prazosinom i mirtazapinom (66). Američko psihijatrijsko društvo (2004-2009), kao i u prethodnim algoritmima, ističe efikasnost kognitivno bihevioralne terapije, te primjenu SSRI i EMDR (67). U SAD-u u bolnicama za veterane i ministarstvu obrane (2010), preporuča se kao prva linija liječenja PTSP-a primjena psihoterapije fokusirane na traumu koja uključuju komponente izlaganja i/ili kognitivnog reprocesuiranja, ili trening inokulacije stresa. Od psihofarmaka se preporučaju SSRI i SNRI (68). Australijski centar za PTSP (2013) donosi, kao prvu liniju u izboru liječenja, provođenje kognitivno bihevioralnim psihoterapijskih intervencija fokusiranih na traumu, i EMDR, a od farmakoterapije su prvi izbor SSRI (69).

U svakodnevnoj kliničkoj praksi je opće prihvaćen eklektičan pristup, s obzirom da na različite skupine simptoma djeluju različite psihoterapijske tehnike. Predstavnik ovakvog stava je Wilson (14). U stvaranju protokola liječenja autor zastupa holistički pristup PTSP-u,

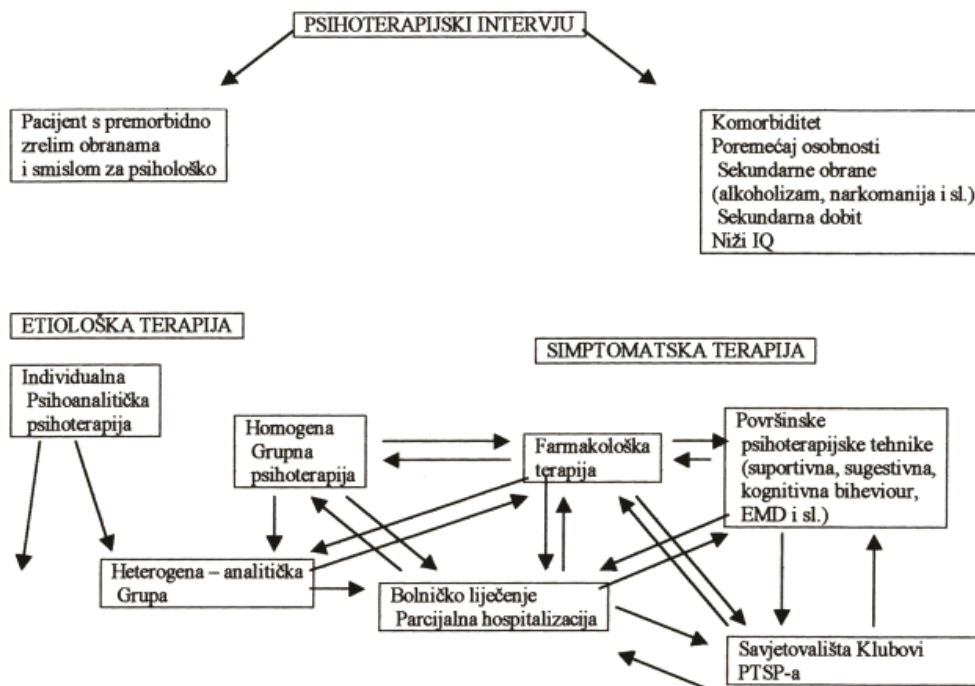
budući da psihotraumu tumači konceptom neuspješnog isključivanja alostatskih mehanizama prilagodbe cijelog organizma. Wilson, kao i Marylene Cloitre (70), naglašavaju potrebu za individualizacijom liječenja prema specifičnosti profila oboljelog od PTSP-a, te su razrađeni ciljevi liječenja u odnosu na pojedinačne dimenzije PTSP-a: to su psihobiološki simptomi, traumatska sjećanja, izbjegavanje i poricanje, promjene u doživljaju selfa i identiteta, i područje privrženosti i interpersonalnih odnosa. I u Hrvatskoj se provodi eklektički pristup u liječenju veterana oboljelih od PTSP-a. Opisani su terapijski programi u radu sa braniteljima Domovinskog rata u vidu trauma-fokusiranih grupa vođenih po principima psihodinamske grupne psihoterapije, te psihoedukacije i razvijanje vještina suočavanja sa stresom, po kognitivno-bihevioralnom principu (71,72).

Izbor inicijalnog tretmana

Liječenje simptoma PTSP-a uključuje psihofarmakoterapiju, psihoterapiju, edukaciju i suportivne mjere.

Kod izbora inicijalnog tretmana treba uzeti u obzir:

- dob i spol pacijenta,
- prisutnost komorbidnih psihijatrijskih i somatskih poremećaja i bolesti,
- potencijal za heteroagresivno i autoagresivno ponašanje,
- vrijeme kada se traumatizirajući događaj zbio i koje značenje ima za pojedinca,
- težinu simptoma,
- interpersonalnu, obiteljsku ili laboralnu problematiku.



Shema 2. Algoritam u liječenju PTSP-a

Prema: Gregurek R, Klain E. Posttraumatski stresni poremećaj, hrvatska iskustva. Zagreb: Medicinska naklada; 2000. str.67.

Psihofarmakoterapija

Psihofarmakoterapija se koristi za redukciju simptoma kao što su nesanica, agitacija, bijes ili disocijativna stanja. Kad se uspostavi stabilizacija stanja i sigurnost pacijenata, pacijenti se uključuju u suportivnu psihoterapiju i psihoedukaciju. Ne postoji farmakološko liječenje koje se može preporučiti kao efikasno u prevenciji PTSP-a kod osjetljivih osoba. Američka agencija za hranu i lijekove (FDA) je preporučila SSRI kao lijekove prvog izbora u liječenju PTSP-a zbog toga što: 1) ublažavaju sve tri skupine simptoma (ponovno proživljavanje, izbjegavanje i pobuđenost); 2) djelotvorni su za psihijatrijske poremećaje koji su često komorbidni s PTSP-om (depresivni poremećaj, panični poremećaj, socijalna fobija i opsesivno kompulzivni poremećaj); 3) smanjuju kliničke simptome (suicidalno, impulzivno i agresivno ponašanje) koji često kompliciraju liječenje oboljelih od PTSP-a; 4) imaju manje izražene nuspojave. Benzodiazepini su djelotvorni u smanjenju anksioznosti i poboljšanju spavanja. No, uvijek treba razmotriti potencijal za razvoj ovisnosti, pogotovo kod pacijenata sa komorbidnom ovisnošću psihoaktivnih tvari te pogoršanje simptomatologije kod ukidanja benzodiazepina. Stabilizatori raspoloženja (karbamazepin, valproat, lamotrigin) mogu biti djelotvorni kod simptoma vezanih za ponovno proživljavanje traumatskog događaja. Antipsihotici novije generacije (olanzapin, risperidon, kvetiapin) mogu kod pojedinih pacijenata biti djelotvorni kao i kod pacijenata sa komorbidnim psihijatrijskim poremećajima ili kad su lijekovi prvog izbora nedjelotvorni u kontroliranju simptoma PTSP-a (18,30,40).

Psihoterapijsko liječenje

Prema Gabbardu (73), psihoterapijsko liječenje PTSP-a uključuje: smanjenje anksioznosti (AMT), izlaganje virtualnoj realnosti (VRE), desenzitaciju pomoću brzih pokreta oka i reprocuiranje (EMDR), edukaciju i razvijanje vještina suočavanja (SIT), i grupnu i obiteljsku psihoterapiju. Psihoterapijsko i psihosocijalno liječenje uključuje sve aktivnosti koje su usmjerene liječenju kliničke simptomatologije PTSP-a, kao i sve one terapijske postupke koji pomažu u normalizaciji društvenog, obiteljskog i individualnog psihosocijalnog funkcioniranja traumatizirane osobe. Razina i vrsta intervencije, kao i primjena određene vrste terapije ovisi od faze u kojoj se traumatizirana osoba nalazi (74). Ochberg (75) naglašava nekoliko osnovnih principa u terapiji PTSP-a. Prvi je princip normalizacije: posttraumatska reakcija je očekivana reakcija na neočekivanu situaciju. Zatim, ističe princip suradnje i

osnaživanja, ali i personalizirani pristup kojim se prilagođavamo specifičnim značajkama pojedinca.

Izbor svih raspoloživih načina liječenja od psihofarmakološkog do psihosocijalnog se može provoditi u bolnici i/ili izvan bolnice (76). Osim ambulantnog liječenja i praćenja, suvremeni trend liječenja je uključivanje u okviru („setting“) dnevne bolnice (77). Brojne su prednosti dnevno-bolničkog liječenja tj. parcijalne hospitalizacije: smanjenje regresije i time se povećava aktivnost oboljelih u procesu liječenja, što bi trebalo povećati učinkovitost u liječenju i destigmatizacija kao i ostanak u poznatom obiteljskom, socijalnom okruženju. Ovo je osobito važno jer se pažnja i interes oboljelih na taj način usmjerava izvan područja traume. Dnevno bolničko liječenje predstavlja za cijelu zajednicu i znatnu uštedu (74,76).

U svakom postupku liječenja prvi je cilj trijaža, odnosno dijagnostika. Dijagnostički postupci se obavljaju indikacijskim psihoterapijskim intervjuom koji osim dijagnostičkog ima i terapijsko djelovanje. Naime kroz ventilaciju, sugestiju i potporu („support“) se stvaraju uvjeti za razvoj bazičnog povjerenja i terapijske suradnje za nastavak liječenja. Breuer i Freud su opisali katarzično abreagiranje koje uz potporu zaustavlja daljnju regresiju i omogućava održavanje integracije ega (78). Dijagnostički se procjenjuje psihopatologija i određuje terapijski cilj i smisao raznih metoda liječenja PTSP-a. Odjeljuju se pacijenti koji su ranije liječeni od psihoza, koji su duševno zaostali, sociopatski strukturirani, ovisnici (alkoholičari i ovisnici o drugim psihoaktivnim tvarima) jer za njih nije indicirana psihoanalitički orijentirana psihoterapija. Psihotični i agresivni pacijenti se po primitku na odjel uglavnom smire, zbog terapijskog djelovanja psihofarmaka što je pojačano strukturom vanjske situacije. Naime strukturiranost zatvorenog bolničkog odjela olakšava situaciju u pacijentovom unutarnjem svijetu. Kontrola agresije je eksternalizirana s ega pacijenta na zatvoreni bolnički odjel, što predstavlja dobar vanjski objekt. Tako se pacijent osjeća sigurniji i mirniji. Psihoterapijsko liječenje se može provoditi u dva okvira: individualno i grupno.

Individualna psihoanalitička psihoterapija u radu sa psihotraumatiziranim osobama sadrži dvije faze (40,75). U početnoj fazi (po teorijskom konceptu teorije objektnih odnosa: shizoparanoj poziciji) se radi na uspostavi bazičnog povjerenja (koje je samom činjenicom traumatskog događaja izgubljeno). Cilj ove faze terapije nije evociranje traumatskih doživljaja, a nije niti analiza obrane. Dapače, obrane je potrebno jačati, npr. afirmirati ideale

radi kojih se krenulo u Domovinski rat. Tek kada se uspostavi bazično povjerenje i osjećaj sigurnosti počinje prorada traume. Bazično povjerenje se stvara putem empatije, kontejniranja, konstantnosti i pouzdanosti terapeuta, koji postaje dobar objekt (78,79). Terapeut svojim libidom neutralizira pacijentovu agresiju. Uspostavljeno povjerenje je temelj za daljnju proradu i prelazak u razvijenu fazu terapije: depresivnu poziciju. U toj fazi terapije je moguća analiza otpora i modifikacija obrana uz minimum retraumatizacije oboljelog. Modifikacija i transformacija arhaičnih obrana (projekcija, idealizacija, sotinizacija, cijepanje i agiranje destrukcije) je ključni dio razvijene faze terapije PTSP-a (40,41,75). Neizrecivi, otcjepljeni (disocirani) sadržaji se povezuju u nesvjesnom i uklapaju u sistem predsvjesnog. Potreban je rad na uklanjanju otpora kako bi se omogućilo uspostavljanje sve tješnje veze između nesvjesnih tragova sjećanja i njihove verbalizacije. Oboljeli postepeno integrira traumatske doživljaje, u terapiji ih verbalizira (prevodi u sekundarni proces mišljenja) što govori o značajnom terapijskom uspjehu. Tada oboljeli ima kapacitet suočiti se s gubitcima koje je trauma proizvela, te ih žalovati. Na koncu, osnažen dobrim objektom, terapeutom s kojim se identificira, stvara kapacitet brige za druge. Slijedi proces oprosta i pomirenja. U toj točki se može konstatirati da je osoba izašla iz traumatske povijesti u kojoj je bila zarobljena (5,7,40,52).

U načelu, svi terapijski postupci imaju svoje nedostatke odnosno rizike, pa tako i psihoanalitička psihoterapija. Suočavanje s intrapsihičkim svijetom može biti bolno. Moguće je razviti psihotičnu paranoidnu epizodu, s realnom opasnosti od homicida, odnosno intenzivnih depresivnih epizoda, uz opasnost od suicida. Reaktivirani loši objekti se projiciraju na vanjski svijet što se primjećuje na primjerima pacijenata s paranoidnim idejama. U terapiji se ponekad nalazi i obiteljska transgeneracijska paranoidna poruka, koju također treba proraditi (50,78). Jedino u okviru uspostavljenog istinskog odnosa „dobrog objekta“ moguće je suočavanja s pravim izvorom opasnosti: intrapsihičkim svijetom proganjajućih objekata (79). Terapeutova uloga je pomoći oboljelom u osnaživanju, jačanju samopoštovanja te smanjenju osjećaja izoliranosti ili napuštenosti.

1.2. Grupna psihodinamska psihoterapija u liječenju PTSP-a

Osjećaj izoliranosti se smanjuje „stavljanjem“ oboljelog u grupu. Rycroft (80) definira grupu kao skupinu osoba udruženih zbog neke svrhe ili zajedničkih interesa, aspiracija, funkcija ili strahova, što im omogućuje da se kao socijalni entitet razlikuju od drugih. Po ovom autoru, grupna psihoterapija je oblik psihoterapije u kojoj su prisutna više od dva pacijenta. Smatra se da je grupa u početku jedan artefakt koji je stvorio terapeut odabirući članove, uz pretpostavku da će zajednički odnosi u grupi dovesti do izvorne grupne situacije. Postoji više vrsta i podjela grupa. Ochberg (75) opisuje četiri vrste grupa u radu sa psihotraumatiziranim osobama: 1) edukacijska: upoznavanje sa civilnim i zakonskim aspektima, 2) holistička: bavi se sveukupnim zdravljem (fizička aktivnost, humor, ishrana, spiritualnost), 3) grupa socijalne podrške i socijalne integracije, 4) grupna terapija u užem smislu. Wilson (81) grupnu psihoterapiju dijeli na: suportivnu, psihodinamsku i kognitivno bihevioralnu. Pojam psihodinamska psihoterapija po definiciji (80) označava psihoterapijske tehnike koje se bave analizom transfera (prijenosa) i kontratransfera (protuprijenosa).

Osim navedenog, u radu sa psihotraumatiziranim autorima (3,14,18,40,71,78) navode i dva osnovna modaliteta kompozicije grupa, a to je podjela grupe prema sastavu (u odnosu na dijagnostičke entitete) članova, odnosno prema sadržaju rada grupe na homogene i heterogene grupe. Obje vrste grupa mogu po dužini trajanja biti vremenski ograničene, kratkotrajne (primjenjuju se u akutnim kriznim intervencijama) ili otvorene (neograničene), dugotrajne (uključuju široku lepezu grupa samopomoći). Homogene grupe, u odnosu na sastav članova i na sadržaj rada, su grupe sastavljene od oboljelih od istog poremećaja (npr. PTSP uzrokovan borbenim iskustvom) i kod njih je dinamika grupnog rada fokusirana na prorađivanje traumatskog iskustva. Pokazalo se da je nakon nekog vremena dobro uvesti u takve grupe oboljele i od drugih poremećaja, i tada se govori o heterogenim grupama. Rad u takvim grupama ima manji naglasak na traumi, a više na prorađivanju i razrješavanju promjena osobnosti, koje su posljedica traume (40,53,71).

Grupna analiza je oblik liječenja u maloj grupi koja se bazira na psihodinamskom razumijevanju psihičkih procesa (82). U ovoj tehnici je fokus na afektu i ekspresiju emocija, eksploraciju pokušaja da se izbjegnu neugodni podražaji i emocije, identificiranju tema i obrazaca ponašanja koji se ponavljaju, raspravi o prethodnim životnim iskustvima, naglasku

na interpersonalnim relacijama i terapijskom odnosu kao i radu na fantazijskom svijetu pojedinca. Naglasak je na grupnoj dinamici. Riječ je o terapiji grupe koja se odigrava u grupi putem same grupe. Drugo značenje grupne analize jest proučavanje grupnih procesa i promatranje obrazaca grupnog ponašanja općenito, bilo da se radi o pacijentima, zaposlenicima u nekoj instituciji ili edukacijskim grupama. Grupna analiza je i metoda proučavanja specifičnih grupnih fenomena, kako u malim, tako i srednje velikim i velikim grupama (83). Sam termin se odnosi na područje liječenja neurotskih poremećaja, no tijekom zadnjih desetljeća se sve više širi indikacijsko područje primjene grupnoanalitičkog principa, pa nema područja u psihijatriji gdje ova tehnika nije primjenjiva (73,82,84,85).

1.2.1. *Teorijske osnove grupne psihodinamske psihoterapije*

S. H. Foulkes (82) u svojoj knjizi „Uvod u grupnoanalitičku psihoterapiju“ opisuje temeljni pristup koji obuhvaća postavku da je čovjekov temelj socijalni, a ne individualni; da je neurotska pozicija visoko individualna i grupno destruktivna; da su neurotski simptomi ekspresija pacijentovih unutarnjih konflikata i drugi članovi grupe mogu ih razumjeti tek kada se psihička energija investirana u njih oblikuje u vrijednosti koje se mogu razmjenjivati i da je najbolje osobu promatrati unutar prirodnog miljea, a to je grupa. Bit terapijskog procesa u grupi je zapravo rad na poboljšanju komunikacije. Izvorno destruktivni i antisocijalni aspekti neurotskog ponašanja u grupi izlaze na vidjelo, ali neće biti sankcionirani nego mogu biti modificirani međusobnim razumijevanjem. Grupa uspostavlja kolektivnu normu od koje se svaki pojedinac razlikuje, ali stupanj sličnosti puno je veći no što u početku članovi grupe misle. Grupu vođenu po analitičkim principima osniva i vodi voditelj, te sastav grupe govori i o njemu. Isticana je potreba „skidanja“ terapeuta sa autoritativne pozicije u grupi jer se pretpostavlja da je to nužan preduvjet za razvoj interakcije među samim članovima (82). Uloga voditelja je facilitacija komunikacije među članovima i modifikacija grupnog procesa kako bi se poboljšala klima u grupi koja donosi sigurnost da se sadržaji donose i prorađuju u grupi. Osim te funkcije voditelj je i administrator grupe, jer određuje okvir grupe i time kreira grupnu klimu. Njegove intervencije imaju cilj održavanja strukture grupe, osiguranje grupnog procesa i omogućavanje analize sadržaja koji u grupu donose članovi.

Okvir („setting“) grupe zapravo određuje prostor eksperimenta u kojem što više parametara treba biti konstantno da bi se što bolje razumjeli grupni procesi i interakcija članova. Okvir je

iznimno važan, i kao okvir slike, zamjećuje se tek kada nedostaje (73,79,80,82,83,). Njega čine osnovna pravila grupnog ponašanja poput redovitog i točnog dolaženja, održanja povjerljivosti i slično. Više se autora (73, 82, 84) slaže da je za grupnu dinamiku važna heterogenost s obzirom na konfliktna područja i homogenost na nivou vulnerabilnosti kapaciteta za toleranciju tjeskobe - ego snage (73,82). U odnosu na kompoziciju grupe, Foulkesu i Anthony (82,84) imaju stav „miješanja dijagnoza i poremećaja“ jer pretpostavljaju da veći raspon između polariteta pridonosi većem terapijskom potencijalu grupe (uz rizik da grupa izdrži tenzije). Opće preporuke su da se izbjegnu iznimke, uvažava princip Noine arke u kojemu svaki član ima svoga para kako bi se popunile uloge i uspostavila grupna ravnoteža.

Komunikacija u grupi se dešava po principu slobodno lebdećeg razgovora što je slično slobodnim asocijacijama u psihoanalizi. To znači da nema zadanih tema grupe, razgovor se započinje i odvija po potrebama samih članova. Unutar grupne komunikacije mogu se prepoznati grupni fenomeni. Jedan od njih je zrcaljenje, jer u grupi svaki član ima priliku „vidjeti sebe u drugima“, ali i sebe onako kako ga drugi vide. U podržavajućem grupnom okruženju zrcaljenje može pomoći članu da prevlada razvojne teškoće koje su nastale zbog nedostatka empatije i podrške od važnih primarnih objekata u procesu separacije i individuacije. Zrcaljenje može biti maligno kada se zrcale negativni dijelovi selfa i kada podrška grupe izostane. Prevođenje je fenomen kojim nesvjesni sadržaji budu prepoznati i prelaze u svjesno. Ako ga provodi član govorimo o uvidu. U grupi je svaki član u akciji te govorimo o treningu ega u akciji. Ukoliko prevođenje provodi voditelj riječ je o interpretaciji. U grupi se odvija fenomen povratne veze (engl. „feedback“). To je način na koji članovi uče kako utječu na druge. Ovaj odgovor može biti verbalan, ali i neverbalan. Lokacija je fenomen prepoznavanja sjedišta aktualnog zbivanja ili konflikta u grupi. Rezonancija je fenomen o kojem se danas govori kao o produktu zrcalnih neurona. To je nesvjesni oblik komunikacije među članovima u grupi a produkt je prepoznavanja emocionalnih stanja u drugim osobama bez utjecaja svijesti. Sav sadržaj grupe se može promatrati kroz razumijevanje u kontaktu onoga što se događa ovdje i sada, u odnosu na tamo i tada. Originalna grupa se sastoji od 6-10 članova, idealno bi bilo imati podjednak broj muških i ženskih članova, koji se susreću redovito na seansama od 90 minuta jednom do dva puta tjedno, kroz nekoliko godina. Najčešće su grupe poluotvorenih vrata, što znači da se član koji je otišao iz grupe zamjenjuje sa novim članom (73,83,84,85). Tijekom života grupe prepoznaju se etape razvoja: početnu fazu obilježava period u kojemu je voditelj u prvom planu, a glavni zadatak grupe je da se

prevlada ovisnost svakog člana prema voditelju kako bi se povezali s drugim članovima. Ta faza završava krizom autoriteta. Tada započinje faza približavanja stvaranja i učvršćivanja matriksa. Komunikacije koja je u početnoj fazi bila usmjerena na voditelja ili išla preko njega, sada se usmjerava na druge članove. Kriza bliskosti je ključna faza ulaska u fazu bliskosti. Ona se pojavljuje zbog prevladavanja pitanja povjerenja i sigurnosti u grupi. To je faza u kojoj se analitička grupa najdulje zadržava. U svakom trenutku se može pojaviti kriza separacije. Svi ovi procesi ne teku jednostavno. Uspostava tzv. radne grupe je jedan od najtežih zadataka voditelja i članova grupe. Tome se suprostavljaju modusi funkcioniranja grupe koji priječe grupni razvoj (bazične pretpostavke) i otpori grupnom procesu koji se pojavljuju tijekom grupnog razvoja (86).

Bazične pretpostavke su koncept kojeg je razvio Wilfred Bion 1961.god. (86). On je u uočio da se grupa zapravo tek kraće vrijeme zadržava u radnom stanju i da stalno djeluju sile koje nastoje spriječiti rad u vidu ponašanja borbe ili bijega, stanja ovisnosti o vođi i stanja stvaranja parova ili nalaženje žrtvenog jarca. Riječ je o nesvjesnim fantazijama, koje imaju isto značenje koje je Freud dao transferu u psihoanalizi. Zadaća terapeuta je interpretacija dubljeg značenja bazičnih pretpostavki. U novije se vrijeme govori o četvrtoj bazičnoj pretpostavci jednosti (eng. „oneness“). Riječ je o potrebi grupi da bude jedinstvena i da se članovi ni po čemu međusobno ne razlikuju. To je regresivno i rigidno stanje grupe koje nije sposobno tolerirati grupne raznolikosti i stvarnu komunikaciju (83). U odnosu na veličinu grupa, treba spomenuti srednje grupe (koje broje 15-20 članova) i velike grupe. Dok se srednje grupe primjenjuju u terapijske svrhe, primjena i istraživanja o velikim grupama su još uvijek u eksperimentalnoj fazi (83). Indikacijsko se područje primijenjene grupne psihodinamske psihoterapije zadnjih desetljeća proširilo. Rad sa težom patologijom, uključivši i psihotraumatizirane osobe, zahtjeva modifikaciju tehnike, u prvom redu u odnosu na aktivnost voditelja i načine intervencije.

Na temelju istraživanja ambulantnih bolesnika s neurotskim ili poremećajima ličnosti koji su se liječili u grupi, odgovoreno je na pitanje što je to lječidbeno u grupnoj psihoterapiji (84) i sažeto u formulaciji 12 lječidbenih čimbenika:

1. interpersonalno učenje – input (najvažniji čimbenik);
2. Katarza;
3. Kohezija;
4. Samorazumijevanje;
5. Interpersonalno učenje – output;
6. Egzistencijalni čimbenici;
- 7.

Univerzalnost; 8. Ulijevanje nade; 9. Altruizam; 10. Obiteljsko korektivno iskustvo; 11. Vodstvo; i 12. Identifikacija (najmanje važan čimbenik).

1.2.2. *Specifičnost procesa žalovanja kod veterana oboljelih od PTSP-a*

U liječenju kroničnog PTSP-a uzrokovanog borbenim iskustvom primjenjuje se fazno-orijentirani pristup (74). U prvoj fazi liječenja tzv. „prva generacija“, istražuje se „priča o traumi“. U grupi, kao i u individualnom terapiji, krucijalno je uspostavljanje „sigurnog“ okruženja (79). Tek kada se uspostavlja emocionalna klima povjerenja i tada se može eksplorirati trauma. U osnovici traume je gubitak. Mobilizacijom vojnici odlaze iz svog doma, a paralelno vanjskoj promjeni događa se i unutarnja promjena. Freud je smatrao da čovjek preuzimanjem uloge vojnika preuzima i „militantni superego“ koji širi granice dopuštenog u odnosu na „mirnodopski superego“. Traumatska borbena situacija izaziva konfliktnu situaciju za pojedinca: konflikt jest treba li se povesti za osjećajem dužnosti ili za porivom za preživljavanjem. „Militantni superego“ bi trebao pomoći pojedincu da savlada strah i ne podlegne prirodnom porivu, da prvo spašava vlastiti život. Ako iz bilo kojeg razloga to nije slučaj, unutarnji konflikt se pojačava i slabi ionako opterećene resurse za obranu od anksioznosti i straha, uključujući i strah od vlastite agresivnosti. U resurse za suočavanje s nelagodnim emocijama, koje stresna situacija donosi, ulaze mehanizmi obrane i strategije za suočavanje (eng. coping) (87). Mehanizmi obrane su nesvjesni i dijelom ovise i o internaliziranim obranama primarnih objekata (majke i obitelj). Kada je razina obrambenih mehanizama koje se koriste manje arhaična, rezultat sučeljavanja sa stresnom situacijom je kvalitetniji. Strategije za suočavanje su svjesni mehanizmi koji pomažu da se izađe na kraj s tjeskobom i strahom, a time i stresnom situacijom. Smatra se da sve strategije koje su aktivne i orijentirane na određeni problem, za razliku od izbjegavajućih strategija, daju bolje rezultate u sučeljavanju sa stresom. One smanjuju osjećaj bespomoćnosti i izolacije (87). Tako će o obrambenim mehanizmima i izboru strategija suočavanja ovisiti hoće li osoba uspješno prevladati stresnu, traumatsku situaciju, ili će razviti akutne ili kronične poremećaje. Većina vojnika odlazi u borbu opremljena potrebnom opremom i bazičnim osjećajem sigurnosti. Vojnički osjećaj sigurnosti zapravo ima tri komponente koje se mogu prepoznati u svim opisima vojnih jedinica i koji se zapravo stalno generacijski hrane herojskim pričama: mit o neranjivosti, deluzije o omnipotentnom vođi koji će magičnim putem osigurati preživljavanje i iluzije o pripadnosti moćnoj skupini koja ih nikada neće iznevjeriti. Ove tri komponente

moгу se nazvati „vojničkim bazičnim pretpostavkama“. Grupni osjećaj sigurnosti njeguje se do savršenstva (88). Međutim, vrlo je bolno kada se te pretpostavke pokažu netočnim. Vidjeti smrt suborca ili biti u neposrednoj životnoj opasnosti drastično razbija iluziju neranjivosti i vlastite moći. Sve se najčešće događa bez nekog određenog reda i smisla. Vojnici smatraju da pomoći ponekad uistinu „može samo Bog“. Snažni, moćni vođa obično nije prisutan, jedinica se može za tren preobraziti u skupinu prestrašenih ljudi koji nastoje spasiti sebe, ne stižući misliti o drugome. Učinci mogu biti dramatični za čovjeka suočenog sa smrću, vlastitom ranjivošću i samoćom.

Freud definira žalovanje kao intrapsihički proces koji se sastoji od tri faze. Prva je prihvaćanje gubitka, druga oživljavanje procesa internalizacijom izgubljenog objekta, a treća je postepeno kidanje libidnih veza s tim objektom (89). Sve te odrednice su sastavni dio procesa žalovanja, koji u ratu najčešće nije moguć. Posljedica toga je da je žalovanje u ratu, kod mnogih osoba, različito od žalovanja u miru. Za proces žalovanja je potrebna velika psihička energija koja je u ratnim uvjetima blokirana i to zbog više razloga: u ratu nema vremena, prostora i mira da bi se pretrpio gubitak, te ne postoji mogućnost obavljanja rituala bez kojih izostaje prihvaćenje gubitka. Rat se smatra herojskim dobom kada se zabranjuju suze pa odatle i specifičnost žalovanja. Posebnost žalovanja se vidi i kod žalovanja vojnika za svojim suborcem. U tom žalovanju na prvo mjesto dolazi osjećaj krivnje za smrt suborca, što se najčešće izražava izricanjem misli da se premalo učinilo da se pomogne onima koji su pali. Jedan aspekt nesvjesnih osjećaja krivnje je opisan u sklopu sindroma preživjelih. Poseban je slučaj s vojnicima koji su u ratu izgubili neki dio tijela. Kod mnogih je primijećeno da je sama činjenica da su ostali živi, dok je toliko drugih vojnika poginulo, odgodilo proces žalovanja za izgubljenim organom (88). Otpor žalovanju se primjećuje i nakon rata, a može imati različite manifestacije. Najčešće se pojavljuje kao fantazma magičnog razrješenja kroz osvetu, oprost ili naknadu (7,50,52). Hermanova (7) navodi da se osoba često opire žalovanju, ne samo zbog straha nego i zbog ponosa. Ona može svjesno odbijati tugovanje kao način da porekne pobjedu napadača. U tom će slučaju žalovanje trebati, u terapijskom procesu, preformulirati kao čin hrabrosti a ne poniženja. Ukoliko nije sposobna tugovati, osoba ostaje odsječena od dijela sebe i lišena važnog dijela svojeg ozdravljenja. To se često primjećuje kod veterana oboljelih od kroničnog PTSP-a. Fantazma osvete je često zrcalna slika traumatskog sjećanja sa zamijenjenim ulogama napadača i žrtve. Ona je također i jedan od načina katarze. Žudnja za osvetom pobuđuje i doživljaj potpune bespomoćnosti. U svojem bijesu zbog poniženja,

žrtva zamišlja da je osveta jedini način da obnovi osjećaj snage i moći. Uz to, žrtva može zamišljati da je to jedini način da se napadač prisili da prizna štetu koju joj je nanio. Eksploracija osvetoljubivih želja i osjećaja je važan zadatak u proradi traume, a uključuje i važno pitanje prorade osjećaja srama (40,47,52,84). Gnušajući se fantazme osvete, neke preživjele osobe svoju ogorčenost pokušavaju jednostavno premostiti fantazmom oprosta. Ta fantazma, kao i njezina polarna suprotnost, pokušaj je osnaženja (52). Preživjela osoba zamišlja da može prevladati svoj bijes i izbrisati učinak traume voljnim, prkosnim činom ljubavi. No trauma se ne može egzorcirati ni mržnjom ni ljubavlju. Nema pravog oprosta sve dok ga napadač ne zatraži i ne zasluži priznanjem grijeha, pokajanjem i naknadom štete (7). Fantazma naknade je često prepreka žalovanju, a dio problema je upravo u opravdanosti želje za naknadom. Naknada može predstavljati priznanje nanesene štete, isprika ili javno poniženje napadača, te se može zahtijevati od društva u cjelini ili od određene osobe. Zahtjev se može iskazati kao posve ekonomski, primjerice u vidu invalidnine, ali on uvijek sadrži važne psihološke sastavnice. U svakodnevnom radu s braniteljima oboljelim od PTSP-a, često postoji i interes za sekundarnom dobiti, koja je psihološki razumljiva. Na žalost, u praksi se o tome ne razmišlja, što dovodi do retraumatizacije oboljelih.

Dvadesetak godina nakon Domovinskog rata, u odnosu na branitelje oboljele od kroničnog PTSP-a, primjenjuje se model liječenja traume „druge generacije“. Cilj rada u grupi je prorada sekundarnih trauma, i reintegracija tj. povratak u obitelj i radnu sredinu (91). Socijalno i radno funkcioniranje oboljelih nije uvijek sukladno intenzitetu simptoma koji su prisutni. Ponekad to ovisi i o premorbidnoj strukturi ličnosti, što grupa kao medij ima kapaciteta kontejnirati i reparirati. Jedan dio branitelja je umirovljen, što otvara nove teme za proradu. U ovoj fazi liječenja treba rješavati i komorbiditete, kao što su psihički poremećaji ali i tjelesne bolesti. Nasilno ponašanje, koje se može manifestirati kao auto i hetero-nasilno ponašanje, je česta pojava i tema rada u grupi (55).

U modelu „treće generacije“, fokus liječenja je krizno stanje i/ili relaps. Ponekad se takvo stanje neće moći razriješiti u grupi, nego će zbog rizika auto- ili hetero-agresivnih ponašanja biti indicirano stacionarno tj. bolničko liječenje (74,91,92).

1.3. Predskazatelji uspjeha liječenja kroničnog PTSP-a

1.3.1. Procjena učinkovitosti liječenja grupnom psihodinamskom psihoterapijom

Podaci upućuju da u oko 50% oboljelih od PTSP-a dolazi do tzv. „spontane“ remisije. U otprilike preostale polovine oboljelih je potrebno liječenje. Istraživanja pokazuju da se potpuni uspjeh liječenja postiže kod 30% oboljelih od PTSP-a, dok 30% ima parcijalni uspjeh, a kod preostalih bolesnika nema rezultata (93). Istraživanja učinkovitosti liječenja kroničnog PTSP-a pronalaze uspjeh liječenja na planu adaptacije i socijalnog funkcioniranja, dok je intenzitet simptoma često refrakteran na liječenje, osim na simptome ponovnog proživljavanja (94,95). Tijek poremećaja je najčešće dugotrajan (16,91). Suicid je najtragičniji ishod PTSP-a, te je izazvan različitim čimbenicima (40).

Hrvatski veterani Domovinskog rata koji su oboljeli od PTSP-a kao posljedice borbenih aktivnosti su specifična skupina. Najčešće se radi o višestrukim, teškim traumatizacijama koje su dugo trajale, pa se može očekivati da će i liječenje biti dugotrajno. Također, rezultati istraživanja (95) upućuju da hrvatski branitelji nisu zadovoljni podrškom šire društvene zajednice u njihovom oporavku i rehabilitaciji. S druge strane, postoji skupina oboljelih koja se oporavila i reintegrirala u zajednicu (40,53,96). Znanstveni interes pobuđuje pitanje što razlikuje ove dvije skupine oboljelih? Koji različiti modaliteti grupnog liječenja, homogeni ili heterogeni, utječu na učinkovitost liječenja? U Hrvatskoj do sada nije istraživana usporedba učinkovitosti psihodinamski orijentiranih traumi fokusiranih (homogenih) i heterogenih grupnih psihoterapija u liječenju veterana oboljelih od PTSP-a. Iako postoje radovi gdje je opisana dinamika heterogenih psihodinamski orijentiranih grupa (53, 40), nema radova koji su istraživali razlike u promjenama simptoma depresivnosti i kvalitete života kod veterana s PTSP-om liječenih u homogenim i heterogenim grupama vođenim po psihodinamskim principima.

1.3.2. Predskazatelji uspjeha liječenja PTSP-a

Uspjeh liječenja ovisi o mnoštvu čimbenika. U meta-analizi (58) se nalazi 18 rizičnih čimbenika, odnosno predskazatelja PTSP-a: ženski spol, etnička manjina, niža razina edukacije, niža inteligencija, u hijerarhiji vojske niži rang, vojna služba, ratno iskustvo, veći

broj zaposlenja, duže trajanje vojne službe, više štetnih događaja, prijašnja ratna izloženost, te anamneza psiholoških poremećaja (npr. neuroticizam). Različiti aspekti traume također predstavljaju rizične čimbenike. Oni uključuje veću ratnu izloženost, upotrebu oružja, svjedočenje ubijanju ili ranjavanju i ozbiljne traume. Osim toga i nedostatak poslijeratne podrške također predstavlja rizik za razvoj PTSP-a. Navedeni predskazatelji mogu se razvrstati u tri osnovne skupine: 1) predskazatelji vezani za „podložnog domaćina“ tj. osobnost (pre-traumatski čimbenici); 2) značajke samog traumatskog događaja koji je uzrokovao posttraumatsku reakciju (peri-traumatski čimbenici); i 3) okolišni čimbenici koji djeluju nakon traumatskog događaja (post-traumatski čimbenici).

U pre-traumatske čimbenike ulaze značajke ličnosti. Psihoanalitička literatura pod pojmom ličnosti podrazumijeva karakter. Klinički se opisuju histerični, opsesivni, shizoidni, depresivni i manični karakter, a u odnosu na razvojni stupanj libidinalnog razvoja se opisuju oralni, analni, falični i genitalni karakter. Za Junga i Eysencka osnovni tipovi ličnosti su ekstraverzija i introverzija (80). Crte ličnosti su značajke individue koje pokazuju konstantnost obrasca u procesima mišljenja, osjećanja i ponašanja. Predstavljaju skup osobina po kojima se individua razlikuje od drugih. Značajke strukture ličnosti se u suvremenoj literaturi opisuju kao vulnerabilnost i elastičnost (97). U kontekstu uloge ličnosti u procesu psihotraumatizacije se opisuju i mogući deficiti u strukturi. Ishod procesa prilagodbe na traumatski događaj ovisi o interakciji čimbenika vulnerabilnosti i elastičnosti: ukoliko preteže vulnerabilnost dolazi do abnormalne reakcije. Važno je naglasiti da do sada nije postignut konsenzus u odnosu na bazične dimenzije ličnosti. Sukladno tome, koncept ličnost i PTSP-a se tumači u literaturi prema različitim teorijama, zbog čega u radovima postoje brojni instrumenti, koji otežavaju usporedbu i donošenje pouzdanih zaključaka.

Pre-traumatski čimbenici su prema Davidson i Foa (85) višestruki: a) genetičko-konstitucionalna vulnerabilnost za psihičke bolesti; b) traumatsko iskustvo u djetinjstvu; c) karakteristike ličnosti; d) nedavni nepovoljni stresni događaji; e) nepodržavajuća sredina; f) nedavna uporaba alkohola; i h) percepcija da je mjesto kontrole vanjsko, a ne unutarnje.

Postoje podaci o značajno povećanoj učestalosti graničnih, narcističnih, paranoidnih, pasivno-agresivnih, samoporažavajućih i shizotipalnih ličnosti koji utječu na kroničan tijek poremećaja i time smanjuju uspjeh liječenja (57). Sličan rezultat pronađen je u veterana

koji su bili na ratištu i razvili PTSP, te imali povišen broj bodova na psihopatskoj skali, koja je povezana sa niskom inhibicijom (CON), u odnosu na veterane koji su bili na ratištu ali nisu razvili PTSP (97). U studiji objektnih relacija kao prediktora rezultata, u liječenju kroničnog PTSP-a, pronađeno je da pacijenti sa višom razinom objektnih odnosa ostvaruju bolju terapijsku suradnju, a time i veći uspjeh liječenja. Suprotno, pacijenti niže razine funkcioniranja imaju manji uspjeh u liječenju (98). O ovom važnom pitanju utjecaja ličnosti na nastanak, tijek i liječenje kroničnog PTSP-a, Miller (99) u svom preglednom radu navodi da je visoki neuroticizam tj. negativna emocionalnost (NEM) značajni rizični čimbenik za nastanak i kronicitet PTSP-a, dok niska inhibicija (CON) i niska ekstroverzija, tj. pozitivna emocionalnost (PEM), predstavljaju moderatore u etiopatogenezi ovog poremećaja. Naime, riječ je o složenoj, dvosmjernoj interakciji. To se tumači na način da je inicijalna visoka razina neuroticizma, kombinirana s inhibicijom, prediktor PTSP-a sa impulzivnošću, agresijom, zlouporabom stvari pa i antisocijalnim ponašanjem.

Dosadašnjim istraživanjima nije razjašnjeno koje su inicijalne psihološke osobitosti (mehanizmi suočavanja sa stresom, neuroticizam) povezane s povoljnim učinkom grupne psihodinamske psihoterapije oboljelih od PTSP-a uzrokovanog borbenim aktivnostima (određene smanjenjem simptoma PTSP-a, depresijom i kvalitetom života). Cilj je istražiti za koju skupinu oboljelih je psihodinamska grupna psihoterapija u dnevnoj bolnici pogodna psihoterapijska tehnika.

2. CILJEVI I HIPOTEZE

2.1. Glavni cilj istraživanja

Prepoznavanje skupina bolesnika prema specifičnim inicijalnim psihološkim (mehanizmi suočavanja sa stresom, neuroticizam) i kliničkim karakteristikama, kod kojih je veća vjerojatnost za izrazito poboljšanje, te oblikovanje statističkog modela za predikciju tri ključna ishoda psihodinamske psihoterapije PTSP-a kod veterana: smanjenja intenziteta simptoma PTSP-a, smanjenja depresije te povećanja kvalitete života.

2.2. Sporedni cilj istraživanja

Prva procjena razlika u učincima homogenih i heterogenih psihodinamskih grupa u odnosu na kliničku sliku (intenzitet simptoma PTSP-a, depresije, kvalitete života).

2.3. Hipoteze

1. Kod bolesnika različitih psiholoških osobitosti (mehanizmi suočavanja sa stresom, neuroticizam) postoji razlika u učinku psihodinamske grupne psihoterapije PTSP-a (mjerene intenzitetom simptoma PTSP-a, depresivnosti i kvalitetom života).
2. Postoje razlike u učincima homogenih i heterogenih psihodinamskih grupa. Pretpostavlja se da liječenje u homogenim grupama dovodi do većih promjena u kliničkoj slici, u odnosu na liječenje u heterogenim grupama (mjereno intenzitetom simptoma PTSP-a, depresije te kvalitete života).

3. METODE I MATERIJALI

3.1. Ustroj istraživanja

Provedeno je eksperimentalno, primijenjeno, bicentrično istraživanje u Regionalnom centru za psihotraumu, Klinike za psihijatriju u Splitu te u Dnevnoj bolnici Psihijatrijske bolnice „Sveti Ivan“ u Zagrebu, tijekom 2009. - 2012. godine.

3.2. Ispitanici

Ciljanu populaciju činili su građani Republike Hrvatske, veterani Domovinskog rata (1990.-1995.) kojima je, prema kriterijima MKB-10, dijagnosticiran kronični PTSP.

Kriteriji uključivanja

- dob od 36 do 60 godina,
 - dijagnosticiran PTSP nastao kao posljedica izloženosti traumatskim iskustvima za vrijeme boravka u postrojbama hrvatske vojske.
- Nakon indikacijskog psihoterapijskog intervjua, uključeni su oni ispitanici koji imaju mogućnost uspostavljanja interpersonalnog povjerenja s ostalim članovima grupe,
- prethodno obavljena kratka individualna psihoterapija,
 - spremnost za pridržavanje pravila grupne povjerljivosti.

Kriteriji neuključivanja

- oboljenje SŽS-a,
- ovisnost o alkoholu i drogama,
- akutna psihotičnost i subnormalna inteligencija,
- aktualna suicidalnost ili homicidalnost,
- značajna paranoidnost i/ili sociopatija.

Kriteriji isključivanja

- povlačenje pristanka za sudjelovanje.

3.2.1. Vrsta uzorka

Izabran je susljedni (konsekutivni) uzorak ratnih veterana prema redoslijedu dolaska na liječenje u Regionalni centar za psihotraumu Klinike za psihijatriju KB Split i u Dnevnu bolnicu Psihijatrijske bolnice „Sveti Ivan“, Zagreb.

3.2.2. Veličina uzorka

Potrebna veličina uzorka izračunata je da se uz statističku snagu od 80% višestrukom linearnom regresijskom analizom statistički značajno utvrdi minimalni koeficijent determinacije od $R^2=0,2$ između pojedinog ishoda, devet neovisnih varijabli odnosno prediktora te deset potencijalno zbunjujućih varijabli, čiji doprinos se želi kontrolirati. Pod tim preduvjetima završno je bila potrebna veličina uzorka od $n=96$ sudionika. Računajući na maksimalni udio sudionika izgubljenih za praćenje od 10%, inicijalno potrebna veličina uzorka procijenjena je na: $n=108$ sudionika. Potrebna veličina uzorka izračunata je u programu: Hintze, J. (2013). PASS 12. NCSST, LLC. Kaysville, Utah, USA. www.ncss.com (100).

3.2.3. Informirani pristanak

Svi su ispitanici bili upoznati s istraživanjem putem posebnog obrasca, koji je pružao informacije o ciljevima, planu i programu istraživanja. Ispitanicima i članovima njihovih obitelji bili su omogućeni kontakti s istraživačima i suradnicima, kako bi se dodatno informirali o istraživanju i terapiji na početku i tijekom provođenja. Na posebnom obrascu ispitanici su dati pismeni, potpisani informirani pristanak za sudjelovanje.

3.3. Ishod istraživanja

Četiri glavna ishoda istraživanja bila su:

- 1) Smanjenje intenziteta simptoma PTSP-a, mjereno kao relativna razlika rezultata na Mississippi ljestvici (101) intenziteta simptoma PSTP-a, prije i nakon intervencije.

- 2) Smanjenje depresivnosti, mjereno kao relativna razlika rezultata na Beckovoj ljestvici depresije (102) prije i nakon intervencije.
- 3) Povećanje kvalitete života, mjereno kao relativna razlika na Ljestvici kvalitete života Krizmanić i Kolesarić (103), prije i nakon intervencije.
- 4) Prva glavna komponenta prethodna tri ishoda, dakle linearni kompozit rezultata prva tri ishoda oblikovan analizom glavnih komponenata.

Prva tri ishoda bila su mjerena na omjernoj, a četvrti, kompozitni ishod, na intervalnoj razini.

Ulazne, neovisne, varijable odnosno prediktori bile su tri mehanizma sučeljavanja sa stresom, mjerena Upitnikom - strategija suočavanja sa stresom (COPE) (104) prije intervencije: 1) usmjerenost na problem; 2) usmjerenost na emocije tj. traženje socijalne podrške; 3) izbjegavanje; te rezultati na šest subljestvica Crown-Crispovog iskustvenog pokazatelja (CCII) (105) prije intervencije: slobodno lebdeća anksioznost (A), fobija (P), opsesivnost (O) somatske manifestacije anksioznosti (S), depresija (D) i histerična ličnost (H).

Svi prediktori bili su mjereni na intervalnoj razini.

Varijable koje su mogle utjecati na rezultate i koje su kontrolirane multivarijatnom statističkom analizom:

- Broj grupa psihodinamske psihoterapije (intervencija) u kojima su sudjelovali; omjerna varijabla.
- Obrazovanje; ordinalna varijabla,
- Bračno stanje; nominalna varijabla,
- Roditeljstvo; nominalna varijabla
- Terapeut i ustanova te vrsta grupne psihoterapije (homogene ili heterogene); binarna, nominalna varijabla,
- Trajanje bolesti; omjerna varijabla,
- Terapija psihofarmacima tijekom tri mjeseca prije uključivanja; binarna nominalna varijabla,
- Terapija psihofarmacima u trenutku uključivanja; binarna, nominalna varijabla,
- Liječnikova procjena bolesnikove suradljivosti u odnosu na uzimanje psihofarmaka; ordinalna varijabla,
- Psihijatrijski komorbiditeti; serija binarnih, nominalnih varijabli.

3.4. Postupci

3.4.1. Intervencija

Psihoterapijski program Regionalnog centra za psihotraumu provodio se po psihodinamskim principima i odvijao kroz 40 susreta. Na svakom susretu oboljeli su sudjelovali u tri tipa grupa: socioterapijskoj, psihoedukativnoj i psihodinamski orijentiranoj homogenoj maloj grupi. Psihoterapijski program Dnevne bolnice u Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“ odvijao se svakodnevno kroz osam tjedana, također po psihodinamskim principima u malim i srednjim grupama koje su se vodile tri puta tjedno, psihoedukacijskim grupama, terapijskoj zajednici te radno okupacijskim aktivnostima.

3.4.2. Instrumenti za prikupljanje podataka

U sklopu kliničke procjene prikupljeni su podaci iz medicinske dokumentacije (nalaz psihijatra, povijest bolesti) o komorbiditetnim dijagnozama prema MKB, 10 reviziji (depresivni poremećaj srednjeg i teškog intenziteta, anksiozni poremećaj, zlouporaba alkohola i droga, pokušaji suicida, poremećaj ličnosti, psihotični poremećaj) i dosadašnjim hospitalizacijama na psihijatrijskom odjelu i/ili Regionalnom centru/Dnevnoj bolnici. Za potrebe ovog istraživanja konstruiran je upitnik kojim su prikupljeni podaci o sociodemografskim pokazateljima (dob, obrazovanje, bračni status, radni status), traumatskom događaju u djetinjstvu, anamnezi dosadašnjeg psihijatrijskog liječenja te duljini boravka na ratištu. Podatke je u upitnik unosio ispitivač. Sociodemografski podaci i podaci o traumatskom događaju u djetinjstvu i duljini boravka na ratištu uneseni su na početku istraživanja. Podaci o komorbiditetnim dijagnozama i dosadašnjim hospitalizacijama uneseni su na početku istraživanja, kod otpusta iz Regionalnog centra/Dnevne bolnice.

Primijenjeni samoprocjenski mjerni instrumenti:

1. Mississippi upitnik ili Mississippi ljestvica (M-PTSP)

Mississippi ljestvica ili M-PTSP (101) se u literaturi ističe kao jedan od najboljih instrumenata namijenjenih mjerenju intenziteta PTSP-a kod ratnih veterana. Nastala je 1984. godine kao instrument ciljano oblikovan prema DSM-III kriterijima za PTSP. Kasnije verzije su prilagođavale ljestvicu promjenama nastalima u dijagnostičkim DSM kriterijima. Rezultat se na ljestvici izražava zbrojem pojedinačnih odgovora. Na taj se način dobiva kontinuirana mjera izraženosti simptoma PTSP-a, što predstavlja bitno poboljšanje u odnosu na druge ljestvice koji daju dihotoman rezultat (ima ili nema poremećaj). M-PTSP se sastoji od 35 tvrdnji (opisa poteškoća), tj. čestica koje predstavljaju skupine PTSP simptoma kako su označeni u DSM-III kriterijima, a također uključuje čestice za neke od često uočenih povezanih svojstava. Procjenjivanje ispitanikovih odgovora se provodi na Likertovoj ljestvici od pet točaka koje se zbrajaju i pružaju kontinuiranu mjeru težine PTSP simptoma. Svaka čestica se ocjenjuje na ljestvici od 1 do 5, čime se postiže ukupan raspon zbroja bodova od 35 do 175. Suma od 107 i više smatra se indikativnom za PTSP. Ljestvica omogućuje raspone bodova, tako da može biti osjetljiva na suptilne promjene u simptomima koje nastaju kao rezultat terapijskih intervencija. Konačno, ljestvica je namijenjena za korištenje u dijagnosticiranju PTSP-a kada su potrebne kvantitativne informacije bilo klinički, ili u fazi odabira ispitanika u istraživanju. Čestice koje mjere zloupotrebu psihoaktivnih tvari, suicidalnost i depresiju su dodane česticama koje mjere kriterije PTSP-a zbog toga što su ta svojstva često povezana s PTSP-om u ratnih veterana. Podaci dobiveni u izvornim studijama pružaju empirijski dokaz o korisnosti M-PTSP u dijagnostičkom procesu kod pacijenata sa borbenim PTSP-om. Mjere interne konzistencije, studije faktorske strukture, test-retest pouzdanost i diskriminantna valjanost podataka upućuju da ljestvica ima prihvatljive psihometrijske kvalitete. Treba istaknuti nalaze koji se odnose na dijagnostičku točnost, obzirom da su osjetljivost, specifičnost i ukupna stopa točnih rezultata zabilježeni u opsegu 90%. Iako M-PTSP nije dostatan za postavljanje dijagnoze PTSP-a, postavljena je snažna osnova za njegovu primjenu u procjeni simptoma ovog poremećaja.

2. Beckov inventar depresije - drugo izdanje (BDI-II)

Beckov inventar depresije - drugo izdanje ili BDI-II (102) je instrument samoiskaza, koji sadrži 21 česticu pomoću kojih se procjenjuje težina depresije kod odraslih osoba i adolescenata od 13. godina starosti nadalje. Ova verzija inventara razvijena je za utvrđivanje simptoma koji odgovaraju kriterijima za dijagnosticiranje depresivnih poremećaja u DSM-IV. Nakon 35 godina iskustva i istraživanja s BDI inventarom došlo je do revizije i osuvremenjivanja te ljestvice. BDI-IA je zamijenio originalni BDI (koji su razvili Beck, Ward, Mendelson, Mock i Erbaugh, 1961). U novoj, revidiranoj verziji (BDI-II) izostavljene su četiri čestice (gubitak tjelesne težine, promjene u slici tijela, zaokupljenost tjelesnim simptomima i teškoće na poslu), a na njihovo mjesto uvrštene su četiri nove čestice (uznemirenost, bezvrijednost, teškoće s koncentracijom i gubitak energije), kako bi se na taj način mogli opisati simptomi koji su tipični za teže oblike depresije ili depresiju koja zahtjeva hospitalizaciju. Dvije su čestice promijenjene kako bi se mogli opisati i simptomi kao što su porast i smanjenje apetita i količine spavanja. Preformulirane su mnoge tvrdnje (ili alternative) koje se koriste za procjenu drugih simptoma. Prosječni Cronbachov alfa koeficijent unutarnje konzistencije, kao indikator pouzdanosti BDI inventara kod psihijatrijskih bolesnika, se kreće oko visokih 0,80. Ukupan rezultat se dobije na ljestvici sumiranjem procjene u svakoj čestici; totalni raspon rezultata se kreće od 0-63.

3. Ljestvica kvalitete življenja (prema Krizmanić i Kolesarić, 1992)

Ljestvica kvalitete življenja (Krizmanić i Kolesarić, 1992) (103) procjenjuje kvalitetu života. Sastoji se od dva dijela: prvi dio procjenjuje »prediktorske varijable«, koje obuhvaćaju zadovoljstvo različitim aspektima života, čimbenicima koji mogu djelovati na kvalitetu življenja u manjoj ili većoj mjeri; i drugi dio »kriterijske varijable«, koje se odnose na procjenu općeg zadovoljstva životom. U ljestvici kvalitete življenja za odrasle osobe nalazi se 21 čestica, od kojih se 15 odnosi na pojedine domene života: zadovoljstvo podrijetlom svoje obitelji, emocionalnim vezama, seksualnim životom, druženjem s prijateljima i susjedima, stečenim obrazovanjem, sadašnjim poslom, položajem u društvu, društvenom okolinom u kojoj žive, demokratskim slobodama i pravima koji im pripadaju, svojom vjerom, zdravstvenim stanjem, načinom provođenja slobodnog vremena, materijalnim stanjem i stanovanjem te zadovoljstvo koje im pruža obitelj (bračna ili izvanbračna zajednica) i djeca. Šest čestica odnosi se na individualnu procjenu kvalitete življenja (zadovoljstvo dosadašnjim

životom općenito, u posljednjih godinu dana, zadovoljstvo dosadašnjim ostvarenjem svojih ciljeva, želja i nada, očekivanje da će u budućnosti ostvariti ono što još nisu uspjeli, stupanj u kojem bi bili zadovoljni svojim životom kad bi i dalje bio takav kakav je bio do danas, te zadovoljstvo životom kad ga usporede sa životom drugih ljudi).

4. Upitnik suočavanja sa stresom

Upitnik suočavanja sa stresom istražuje načine suočavanja sa stresom. Autori ovog upitnika (106) smatraju da pojedinac uz pojedinačne načine suočavanja u konkretnim situacijama, posjeduje i različite stilove suočavanja (tj. skupine pojedinačnih strategija) koje fleksibilno koristi u različitim situacijama, a dosljedno u sličnim stresnim situacijama. U svojim istraživanjima autori pokazuju da su različiti stilovi ili strategije suočavanja na smislen način povezani s različitim dimenzijama ličnosti kao što su optimizam-pesimizam, anksioznost, samopoštovanje te internalnost. No stupanj povezanosti nije tako visok da bi se moglo zaključiti da crte ličnosti determiniraju stilove suočavanja. Naslov originala njihovog upitnika je *The Multidimensional coping inventory (COPE)* (104). Ovaj upitnik preveli su i prilagodili u hrvatskoj verziji Jasna Hudek-Knežević, Igor Kardum i Žarko Vukmirović, sa Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Rijeci. Upitnik se sastoji se od 71 čestice. Čestice se grupiraju u tri skupine koje određuju tri oblika suočavanja, koje ovaj upitnik može pratiti:

- a) Problemu usmjereno suočavanje
- b) Emocijama usmjereno suočavanje
- c) Suočavanje izbjegavanjem

Upitnik ima i neke nedostatke. Drži se da njegova validacija nije provedena do kraja, da nisu učinjene razlike među spolovima, da su ispitivanja učinjena uglavnom na vrlo homogenoj (najčešće studentskoj) populaciji i slično.

5. Crown-Crispov Indeks Iskustava (CCII) – The Crown-Crisp Experiential Index (Crown, Crisp, 1979.)

Crown-Crispov Indeks Iskustava ili CCII upitnik (105) se koristi za ispitivanje neurotskih crta te mjerenje promjena određujući intenzitet pojedinog simptoma prije i nakon intervencije. Indeks je objektivan i u prihvatljivoj mjeri zadovoljava dva temeljna psihometrijska uvjeta: pouzdanosti i valjanost. Ukupni rezultat daje mjeru opće emocionalnosti ili neuroticizam uz

profil od šest rezultata po subljestvicama. Uпитnik je namijenjen ispitivanju smetnji iz anksiozno-depresivnoga kruga te se sastoji od 6 podljestvica koje mjere slobodno lebdeću anksioznost, anksioznost u fobijama, opsesivnost, somatska iskazivanja anksioznosti, depresiju i sklonost histeroidnom ponašanju. Slobodno lebdeća anksioznost opisuje neodređeni strah, bezrazložnu napetost ili čak paniku. Odnosi se na uzrujanost bez očita povoda, nelagodu, zabrinutost, napetost, gubitak samokontrole i loše snove. Anksioznost u fobijama je osjećaj preplašenosti, ali u određenim situacijama, najčešće kao strah od zatvorenog prostora, bolesti, izlaska bez pratnje, visine i gužve. Opsesivnost opisuje pretjeranu urednost, točnost, sklonost rutini i odbojnost prema iznenadnim promjenama. Osobe sa ovim crtama su sklone kontroli okoline i pretjeranoj potrebi za čistoćom. Somatska anksioznost opisuje niz somatskih smetnji kao što je glavobolja, vrtoglavica, gubitak apetita, probavne smetnje, umor, iscrpljenost, poremećaj spavanja, znojenje, lupanje srca kao i promjene interesa za seksualni život. Depresija opisuje osjećaj potištenosti, usporenost misaonih procesa, osjećaj kajanja za vlastite postupke, rano jutarnje buđenje, osjećaj tuge, nedostatak energije, plač, gubitak interesa i razumijevanja za druge. Histerija opisuje osobe površne osjećajnosti, koje su pretjerano ovisne o drugima. Osobe sa ovim crtama ličnosti teže biti u centru pažnje, uživaju u dramatičnim situacijama i sklone su pretvaranju. Zbrajanjem bodova na pojedinim podskalama dobiva se 6 rezultata koji odražavaju stupanj izraženosti svakoga od navedenih simptoma pojedinačno. CCII instrument lako je primjenjiva, umjereno valjana i pouzdana mjera ličnosti za svrhe istraživanja i trijaže (koeficijenti pouzdanosti variraju između 0,68 i 0,77).

Opisani mjerni instrumenti primijenjeni su u dvije vremenske točke:

- kod prijama u Regionalni centar/Dnevnu bolnicu,
- kod otpusta.

3.4.3. *Statistička raščlamba*

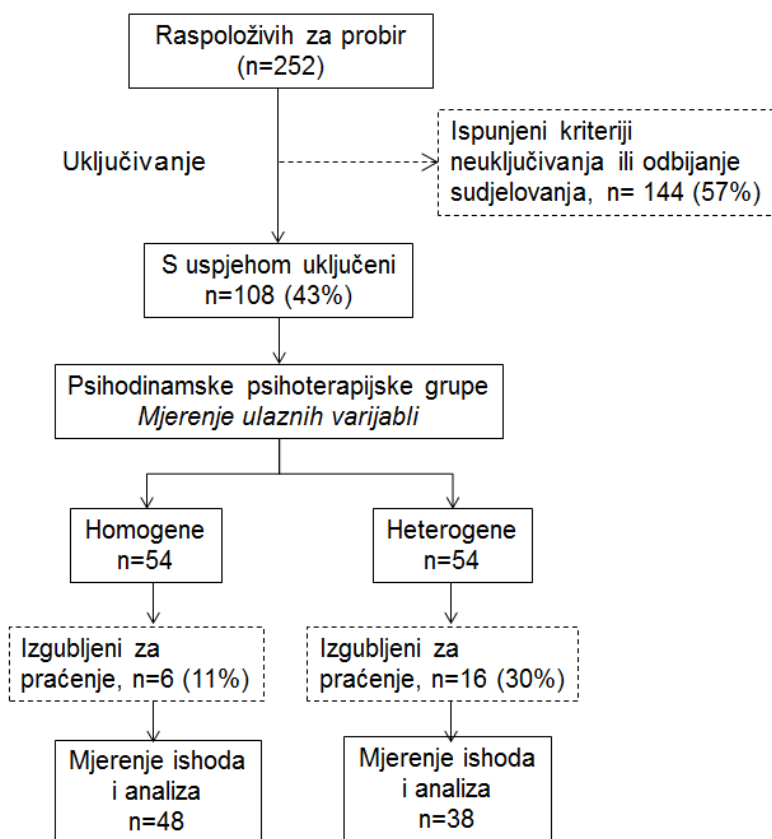
Razina statističke značajnosti određena je na razini $p < 0,05$ te su u svim slučajevima korišteni dvosmjerni testovi. Za testiranje normalnosti raspodjela intervalnih i omjernih varijabli poput dobi, rezultata na M-PTSP ljestvici ili Beckovoj ljestvici depresije korišten je Shapiro-Wilk test. U slučaju raspodjela rezultata koje su statistički značajno odstupale od normalnih kao mjere centralne tendencije i raspršenja korišteni su medijan i interkvartilni raspon, dok su u

slučaju normalnih raspodjela korištene aritmetička sredina (\bar{x}) i standardna devijacija (SD). Sociodemografske varijable su prije analize grupirane u kategorije s dovoljnim brojem ispitanika. Kategorije radnog statusa: umirovljen, nezaposlen i dugotrajno bolovanje svrstane su zajedno u kategoriju „umirovljen ili nezaposlen“. Od velikog broja psihijatrijskih komorbiditeta u analizama su korištene samo dvije varijable: binarna varijabla o postojanju trajne promjene ličnosti nakon doživljene katastrofe (F62.0) te binarizirana izvorno omjerna varijabla: broj psihijatrijskih komorbiditeta. Broj prethodnih hospitalizacija je prije analize grupiran u dvije kategorije: <1 , ≥ 2 prethodne hospitalizacije. Jednako je učinjeno i s brojem psihijatrijskih komorbiditeta. Iako planiran, obrazovni status ispitanika ispušten je iz svih analiza radi premalene varijabilnosti. Analiza statističke značajnosti povezanosti inicijalnih parametara s binariziranim smanjivanjem intenziteta simptoma PTSP-a od najmanje 5%, smanjivanjem rezultata Beckove ljestvice depresije i povećanjem kvalitete života od najmanje 10% učinjena je serijom univarijantnih, binarnih logističkih regresija. Uz omjer izgleda prikazani su 95%-tni intervali pouzdanosti i razina statističke značajnosti. Pouzdanost ljestvica strategija suočavanja sa stresom (COPE) izračunata je Cronbachovim koeficijentom unutarnje konzistencije (α). Razlika u prevalenciji primarnih strategija suočavanja sa stresom prije i nakon intervencije izračunata je egzaktnim testom uz koji je prikazan Cramerov V koeficijent kao standardizirana mjera veličine učinka. Korelacije normalno i međusobno linearno povezanih intervalnih ili omjernih varijabli izračunate su pomoću Pearsonovog koeficijenta moment-produkta, a između ordinalnih pomoću Spearmanovog koeficijenta korelacije ranga (ρ). Statističke značajnosti razlika između više nominalnih varijabli poput primarne strategije suočavanja sa stresom i radnog statusa ili vrste psihodinamskih grupa izračunate su pomoću hi-kvadrat (χ^2) testa. Oblikovanje kompozitnog kriterija učinjeno je analizom glavnih komponenata s kriterijem izoliranja komponenata: svojstvene vrijednosti (engl. eigenvalues) >1 s Varimax rotacijom s Kaiserovom normalizacijom. Prije analize kompozitnom ishodu je promijenjen predznak tako da viši rezultat predstavlja veće smanjenje intenziteta simptoma PTSP-a, veće smanjenje depresije i bolju kvalitetu života. Razlike u intenzitetu simptoma PTSP-a, rezultati na Beckovoj ljestvici depresije i rezultati na upitniku kvalitete života nakon intervencije izračunati su Wilcoxonovim testom ekvivalentnih parova. Kao standardizirana mjera veličine učinka uz taj test je prikazan „r“ i izračunat kao Z/\sqrt{n} gdje je Z statistika Wilcoxonovog testa, a n broj ispitanika. Pобољшanje ili pogoršanje grupiranog rezultata Beckove ljestvice depresije određeno je kao promjena ispitanikovog rezultata iz jedne u drugu kategoriju težine depresije. Povezanost postotka promjene izvornog

numeričkog rezultata ljestvice M-PTSP, rezultata na Beckovoj ljestvici depresije i ljestvici kvalitete života napravljena je Jonckheere-Terpstra testom za dob grupiranom u tri kategorije, Kruskal Wallis testom za primarne strategije suočavanja sa stresom te Mann-Whitney U testom za ostale sociodemografske i kliničke varijable. Uz Jonckheere-Terpstra i Kruskal Wallis test kao mjera standardizirane veličine učinka prikazan je η^2 , izračunat kao $\chi^2/(n-1)$ gdje je χ^2 statistika dva testa, a n broj ispitanika. Uz Mann-Whitney U test prikazan je „r“ izračunat kao Z/korijen od n, gdje je Z standardizirani U statistike Mann-Whitney testa, a n broj ispitanika. Multivarijatni model učinaka terapije konstruiran je multivarijatnom binarnom logističkom regresijom. U svim multivarijatnim analizama kriterij uključivanja varijabli bila je statistička značajnost povezanosti pojedine varijable s konkretnim kriterijem na razini od $P < 0,25$ (Hosmer i Lemeshow, 2000). Ukupna predskazateljska vrijednost modela izražena je Nagelkerke pseudo koeficijentom determinacije (R^2) te ukupnim udjelom pravilno klasificiranih, a njegova statistička značajnost izračunata je Omnibus testom. Hosmerovim i Lemeshowljevim testom analizirana je usklađenost modela s empirijskim podacima. Multivarijatni model za predikciju kompozitnog ishoda liječenja izračunat je multivarijatnom linearnom regresijskom analizom uz koju su prikazani nestandardizirani regresijski koeficijenti (B) sa svojim standardnim pogreškama (S), standardizirani regresijski koeficijenti (β), rezultati t-testa statističke značajnosti koeficijenata, univarijatne i parcijalne korelacije. Ukupna prediktivna vrijednost modela izražena je koeficijentom višestruke determinacije korigiranim za ukupan broj prediktora. Prepoznavanje skupina bolesnika kod kojih je najveća vjerojatnost uspjeha terapije napravljena je klasifikacijskim stablima CART metodom uz Twoing kriterij i minimalni porast nečistoće čvorova od 0,01 kao nužnim kriterijem za razdvajanje. Provjera hipoteze o razlikama u učincima između homogenih i heterogenih psihodinamskih grupa napravljena je pomoću tri (po jedna za svaki ishod) analize kovarijance u kojima su kao kovarijable kontrolirane varijable statistički značajno povezane s ishodima na razini $P < 0,25$. Homogenost varijanci testirana je Levenovim testom. Statističke analize izvedene su statističkim programima NCSS 10 Statistical Software (2015). NCSS, LLC. Kaysville, Utah, USA, ncss.com/software/ncss i MedCalc Statistical Software version 15.6.1 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2015).

4. REZULTATI

Od ukupno 252 bolesnika raspoloživa za probir tijekom razdoblja uključivanja u studiju, njih 144 (57%) isključeno je radi odbijanja sudjelovanja ili ispunjenih kriterija neuključivanja (Slika 1). Od preostalih 108 (43%) koji su s uspjehom uključeni, njih 86 je s uspjehom prošlo planiranu intervenciju.



Slika 1. Dijagram tijeka istraživanja

4.1. Opis uzorka bolesnika prije intervencije

4.1.1. Sociodemografske karakteristike

Prosječna dob ispitanika u trenutku uključivanja u istraživanje iznosila je $x (SD) = 49 (7,2)$ godina (Tablica 1). U vrijeme završetka Domovinskog rata 1995. godine, prosječna dob današnjih ispitanika iznosila je $x (SD) = 28 (7,2)$ godine. U to je vrijeme troje današnjih ispitanika bilo maloljetno, a najstariji je imao 44 godine. Ukupno je jedna trećina, 29 (33,7%) bila mlađa od 25 godina. U trenutku uključivanja u istraživanje obrazovni status imao je

razmjerno malu varijaciju. Svega 7 (8,1%) bolesnika imalo je završenu osnovnu, a 8 (9,3%) višu ili visoku školu. Svi ostali, njih 71 (82,6%) imalo je završenu srednju školu. Manje od trećine ispitanika bilo je zaposleno u trenutku uključivanja u studiju dok je njih 68 (79,1%) bilo oženjeno.

Tablica 1. Sociodemografske karakteristike sudionika (n=86)

	n (%)
Dob (godine), x (SD)	49 (7,2)
Dob (godine)	
≤44	26 (30,2)
45-54	38 (44,2)
≥55	22 (25,6)
Obrazovni status	
OŠ	7 (8,1)
SSS	71 (82,6)
VSS	8 (9,3)
Radni status	
umirovljen	44 (51,8)
zaposlen	25 (29,4)
nezaposlen	8 (9,4)
dugotrajno bolovanje	8 (9,4)
Bračni status	
neoženjeni i rastavljeni	18 (20,9)
oženjeni	68 (79,1)
Roditeljstvo	
ne	21 (24,4)
da	65 (75,6)

x = aritmetička sredina; SD = standardna devijacija
Podaci nisu prikupljeni za radni status kod 1 (1,2%) sudionika.

4.1.2. Kliničke karakteristike

Broj ispitanika liječenih u heterogenim ili homogenim psihodinamskim grupama određen je ustrojem ovog istraživanja (Tablica 2). Svega 3/80 (3,8%) ispitanika nije prije uključivanja u studiju nikada bilo hospitalizirano. Trajanje prosječne prethodne hospitalizacije bilo je kraće od dva mjeseca. Dvije skupine bolesnika liječenih u heterogenim ili homogenim

psihodinamskim grupama nisu bile izjednačene prema više potencijalno važnih čimbenika. Sudionici homogenih grupa bili su značajno ($P=0,004$) i klinički relevantno stariji od sudionika heterogenih grupa i značajno ($P=0,001$) češće su bili zaposleni u trenutku uključivanja u studiju. Sudionici heterogenih grupa imali su značajno ($P=0,001$) i klinički relevantno više prethodnih hospitalizacija (usprkos tome što su u prosjeku bili mlađe dobi). Značajno ($P=0,001$) češće su kao psihijatrijski komorbiditet imali Trajnu promjenu ličnosti (F62.0). Između sudionika dvaju vrsta psihodinamskih grupa nisu postojale relevantne niti statistički značajne razlike s obzirom na bračni status ($P=0,611$), roditeljstvo ($P=0,716$), broj psihijatrijskih komorbiditeta ($P=0,862$), strategije suočavanja sa stresom (COPE), ($P=0,346$ i $P=0,801$), niti u crtama ličnosti prema Crown-Crispovom iskustvenom pokazatelju: slobodno lebdeća anksioznosti ($P=0,435$), fobija ($P=0,140$), opsesivnost ($P=0,465$), somatske manifestacije anksioznosti ($P=0,712$), depresija ($P=0,807$) i histerična ličnost ($P=0,332$).

Tablica 2. Kliničke karakteristike sudionika (n=86)

	n (%)
Vrsta psihodinamskih grupa u kojima su bili liječeni	
heterogena grupa	38 (44,2)
homogena grupa	48 (55,8)
Broj prethodnih hospitalizacija, medijan (IQR)	1 (1-2)
Broj prethodnih hospitalizacija, n (%)	
niti jedna	3 (3,8)
1	42 (52,5)
2-3	24 (30,0)
≥ 4	11 (13,8)
Trajanje posljednje hospitalizacije (dani), medijan (IQR)	56 (46-66)

Podaci nisu prikupljeni za broj prethodnih hospitalizacija kod 6 (7,0%) ispitanika.

4.1.3. Psihijatrijski komorbiditeti

Prije uključivanja u studiju, među ispitanicima je uočen veliki broj psihijatrijskih komorbiditeta. Svega 3/85 (3,5%) ispitanika nije imalo niti jedan psihijatrijski komorbiditet. U prosjeku su ispitanici imali jedan psihijatrijski komorbiditet. U daljnjim analizama korištena je samo trajna promjena ličnosti nakon doživljene katastrofe (F62.0) čija je frekvencija bila dovoljna. Analiza povezanosti tog komorbiditeta s ostalim

sociodemografskim, kliničkim i psihološkim karakteristikama, napravljena za potrebe kasnije statističke analize i pravilne interpretacije mogućih zbunjujućih utjecaja i uputila je na značajno ($P=0,001$) nižu dob bolesnika s trajnom promjenom ličnosti. Ti bolesnici imali su značajno ($P=0,017$) veći broj prethodnih hospitalizacija i psihijatrijskih komorbiditeta. Iako razlika nije bila statistički značajna ($P=0,068$), na razini ovog konkretnog uzorka ispitanici s trajnim poremećajem ličnosti rjeđe su imali Crown-Crispovim iskustvenim pokazateljem indiciranu opsesivnost. Kako je već ranije pokazano, značajno ($P=0,001$) su češće liječeni u heterogenim psihodinamskim grupama.

4.1.4. Ljestvica nošenja sa stresom (COPE)

Sve tri komponente Ljestvice strategija suočavanja sa stresom (COPE): usmjerenost na problem, usmjerenost na emocije i traženje socijalne podrške te izbjegavanje, bile su normalno raspodjeljene i zadovoljavajuće pouzdanosti indicirane Cronbachovim koeficijentom unutarnje konzistencije (Tablice 3 i 4). Razlika u prevalenciji primarnih strategija suočavanja sa stresom prije i nakon intervencije bila je statistički značajna (egzaktni test, $P<0,001$; Cramerov $V=0,35$).

Tablica 3. Strategije suočavanja sa stresom (COPE) (n=86)

	x (SD)	Median (IQR)	Min. Maks.	P_{SW}	α
Izvorne ljestvice					
Usmjerenost na problem	60 (13,2)	59 (49-68)	31 - 94	0,146	0,89
Usmjerenost na emocije	25 (7,6)	24 (20-30)	11 - 46	0,053	0,85
Izbjegavanje	104 (16,3)	102 (92-112)	76 - 155	0,098	0,80
Rezultati prikazani kao postotak od ukupno mogućeg rezultata					
Usmjerenost na problem	54% (12,0%)	54% (45-62%)	28% - 85%		
Usmjerenost na emocije	45% (13,8%)	44% (36-54%)	20% - 84%		
Izbjegavanje	55% (8,6%)	54% (48-59%)	40% - 82%		

x = aritmetička sredina; SD = standardna devijacija; IQR = interkvartilni raspon; Min.= najmanji rezultat; Maks. = najviši rezultat; P_{SW} = Shapiro-Wilk test statističke značajnosti odstupanja od normalne raspodjele; α = Cronbachov koeficijent unutarnje konzistencije

Od svih ispitanika kojima je prije intervencije primarna strategija bila usmjerenost na problem, kod njih 11/29 (37,9%) nakon intervencije primarna strategija je postalo izbjegavanje, a kod 3/29 (10,3%) primarna strategija je postala usmjerenost na emocije. Od svih ispitanika kojima je prije intervencije primarna strategija bila usmjerenost na emocije,

kod njih 6/15 (40,0%) nakon intervencije primarnom strategijom je postala usmjerenost na problem, a kod 5/15 (33,3%) izbjegavanje.

Nakon intervencije izbjegavanje je kao primarna strategija nošenja sa stresom promijenjena u svega 8/42 (19,0%) ispitanika; o čega kod 6/42 (14,3%) u usmjerenost na problem, a kod 2/42 (4,8%) u usmjerenost na emocije.

Tablica 4. Primarna strategija suočavanja sa stresom prije i nakon intervencije (n=86)

	Prije intervencije	Nakon intervencije
Usmjerenost na problem	29 (33,7)	27 (31,4)
Usmjerenost na emocije	15 (17,4)	9 (10,5)
Izbjegavanje	42 (48,8)	50 (58,1)

Podaci su prikazani kao broj (postotak) ispitanika

4.1.5. *Crown-Crispov iskustveni pokazatelj (CCII)*

Raspodjele četiri čestice Crown-Crispovog iskustvenog pokazatelja (CCII) značajno su odstupale od teorijske normalne raspodjele: slobodno lebdeća anksioznost ($P < 0,001$), opsesivnost ($P = 0,024$), somatske manifestacije anksioznosti ($P < 0,001$) i histerična ličnost ($P < 0,001$). Raspodjele čestica fobija i depresije nisu bile značajno različite od teorijskih normalnih raspodjela (Tablica 5).

Tablica 5. Crown-Crispov iskustveni pokazatelj (CCII) (n=86)

	x (SD)	Median (IQR)	Min. Maks.	P_{sw}
Slobodno lebdeća anksioznost	12,4 (2,17)	13 (11-14)	7 - 16	<0,001
Fobija	8,4 (2,7)	9 (6-10)	2 - 16	0,150
Opsesivnost	8,5 (2,57)	9 (7-10)	3 - 14	<0,024
Somatske manifestacije anksioznosti	12,1 (3,1)	12 (10-15)	2 - 16	<0,001
Depresija	11,7 (3,0)	12 (10-14)	1 - 18	0,066
Histerična ličnost	3,5 (2,4)	3 (2-5)	1 - 13	<0,001

x = aritmetička sredina; SD = standardna devijacija; IQR = interkvartilni raspon; Min.= najmanji rezultat; Maks. = najviši rezultat; P_{sw} = Shapiro-Wilk test statističke značajnosti odstupanja od normalne raspodjele. Podaci nisu prikupljeni za slobodno lebdeću anksioznost i histeričnu ličnost kod 7 (8,1%) te za preostale ljestvice kod 6 (7,0%) ispitanika.

Niti jedna od proučavanih sociodemografskih, kliničkih i psiholoških karakteristika ispitanika prije intervencije nije bila statistički značajno povezana s rezultatima na ljestvici slobodno lebdeće anksioznosti, fobija, opsesivnosti, somatske manifestacije anksioznosti, depresije Crown Crispovog iskustvenog pokazatelja. Broj psihijatrijskih komorbiditeta bio je statistički značajno povezan ($p=0.03$, ANOVA) s rezultatom na ljestvici histerične ličnosti Crown Crispovog iskustvenog pokazatelja. Rezultat na ljestvici bio je niži kod ispitanika s manjim brojem psihijatrijskih komorbiditeta (Tablica 6).

Tablica 6. Rezultat na ljestvici histerične ličnosti Crown Crispovog iskustvenog pokazatelja prema inicijalnim sociodemografskim, kliničkim i psihološkim karakteristikama (n=86)

	x (SD)	P	η^2
Sociodemografske karakteristike			
Dob (godine)			
≤ 44	3,4 (2,25)	0,969	0,00
45-54	3,5 (2,55)		
≥ 55	3,6 (2,43)		
Radni status			
umirovljen ili nezaposlen	3,8 (2,63)	0,112	0,03
zaposlen	2,8 (1,74)		
Bračni status			
neoženjeni i rastavljeni	3,0 (2,13)	0,360	0,01
oženjeni	3,6 (2,47)		
Roditeljstvo			
ne	2,9 (2,05)	0,214	0,02
da	3,7 (2,49)		
Kliničke karakteristike			
Vrsta psihodinamskih grupa			
heterogena grupa	3,8 (2,19)	0,333	0,01
homogena grupa	3,3 (2,53)		
Broj prethodnih hospitalizacija			
≤ 1	3,7 (2,51)	0,561	0,01
≥ 2	3,3 (2,39)		
Broj psihijatrijskih komorbiditeta			
≤ 1	3,9 (2,63)	0,030	0,06
≥ 2	2,7 (1,67)		
Trajna promjena ličnosti (F62.0)			
ne	3,7 (2,65)	0,358	0,01
da	3,2 (1,98)		
Psihološke karakteristike			
Primarna strategija suočavanja sa stresom			
Usmjerenost na problem	3,8 (3,29)	0,243	0,04
Usmjerenost na emocije	4,1 (1,79)		
Izbjegavanje	2,0 (1,78)		

x = aritmetička sredina; SD = standardna devijacija

P = statistička značajnost razlike izračunata analizom varijance; η^2 = standardizirana mjera veličine učinka

4.2. Glavni ishodi

4.2.1. Intenzitet simptoma PTSP-a (M-PTSP)

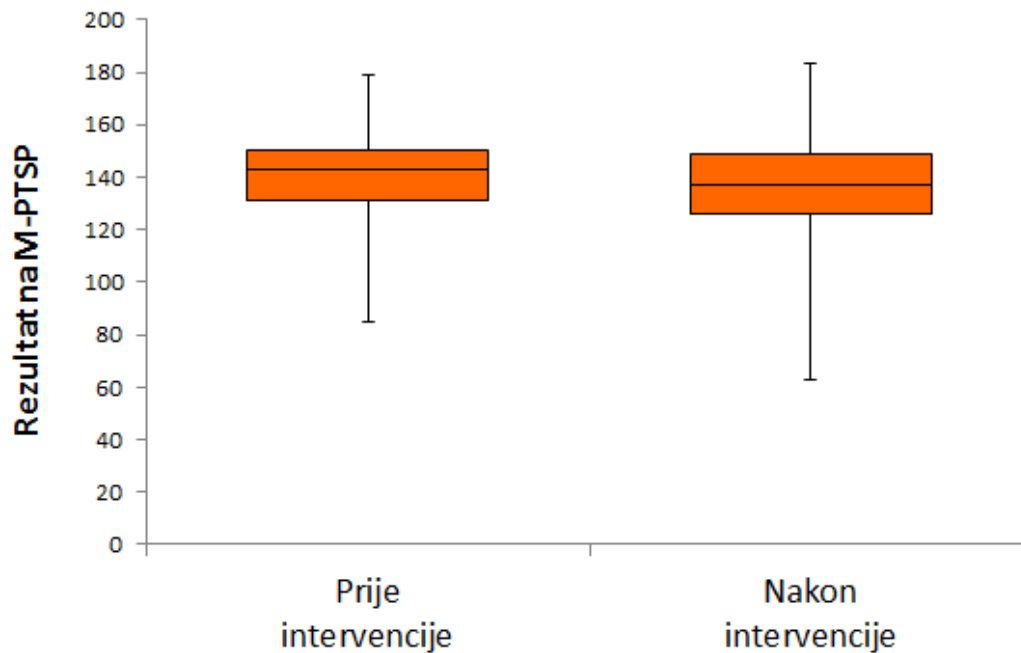
Prije intervencije bodovi za intenzitet simptoma na M-PTSP, prikazani kao \bar{x} (SD) su bili 139 (16,5), Tablica 7. Shapiro-Wilk test nije pokazao statistički značajno odstupanje raspodjele rezultata prije intervencije od teorijske normalne raspodjele (Shapiro-Wilk test =0,98, $ss=86$, $P=0,090$). Nakon intervencije rezultat M-PTSP ljestvice iznosio je \bar{x} (SD) = 137 (19,3). Raspodjela rezultata M-PTSP nakon intervencije nije značajno odstupala od normalne raspodjele.

Tablica 7. Intenzitet simptoma PTSP (M-PTSP) prije i nakon intervencije (n=86)

	\bar{x} (SD)	Median (IQR)	Min. Maks.	P_{SW}
Pri uključivanju	139 (16,5)	143 (131-150)	85 - 179	0,090
Nakon intervencije	137 (19,3)	137 (126-149)	63 - 183	0,061
Apsolutna razlika	-2,7 (12,74)	-4 (-7-3)	-57 - 40	<0,001
Razmjerna razlika	-2% (9,5%)	-3% (-6-2%)	-33% - 32%	<0,001

\bar{x} = aritmetička sredina; SD = standardna devijacija; IQR = interkvartilni raspon; Min.= najmanji rezultat; Maks. = najviši rezultat; P_{SW} = Shapiro-Wilk test statističke značajnosti odstupanja od normalne raspodjele

Ta promjena predstavljala je apsolutnu promjenu od \bar{x} (SD) = -2,7 (12,74), odnosno razmjernu promjenu od \bar{x} (SD) = -2% (9,5%). Razlika u intenzitetu simptoma PTSP-a nakon intervencije bila je statistički značajna (Wilcoxonov test ekvivalentnih parova; $z=-2,92$; $P=0,003$; $r=-0,31$), ali nedovoljno velika da bi bila klinički relevantna (Slika 2).



Slika 2. Rezultati Mississippi ljestvice intenziteta kliničke slike PTSP-a (M-PTSP) prije i nakon intervencije; crta u sredini predstavlja medijan, dno i vrh pravokutnika interkvartilni raspon, krajevi crta najmanji i najviši rezultat (n=86)

Ukupno je 59 (68,6%) ispitanika doživjelo poboljšanje rezultata na M-PTSP ljestvici (Tablica 8). Kod 26 (30,2%) ispitanika došlo je do pogoršanja simptoma nakon intervencije. Kod jednog ispitanika (1,2%) nije bilo razlike u intenzitetu simptoma prije i nakon intervencije. Kod 59 ispitanika (68,6%) koji su nakon intervencije doživjeli poboljšanje, u prosjeku su doživjeli promjenu za x (SD) = -6,1% (5,9%).

Veći broj psihijatrijskih komorbiditeta te trajna promjena ličnosti (F62.0) bili su statistički značajno povezani s intenzitetom simptoma PTSP-a (M-PTSP). Intenzitet simptoma PTSP-a (M-PTSP) bio je statistički značajno povezan sa slobodno lebdećom anksioznošću ($p=0,002$) i s depresijom ($p=0,006$) prije intervencije (Tablica 9).

Tablica 8. Grupirana promjena u intenzitetu simptoma PTSP (M-PTSP) prije i nakon intervencije (n=86)

	n (%)	95% CI	x (SD)	Median (IQR)	Min. Maks.
Poboljšanje	59 (68,6)	(58-78)	-6,1% (5,9%)	-4,3% (-8,3- -2,7%	-33% - -1%
Bez promjene	1 (1,2)	(0-6)			
Pogoršanje	26 (30,2)	(21-41)	8,2% (8,8%)	4,1% (2,3%-12,5%	1% - 32%
Poboljšanje					
za više od 5%	23 (26,7)	(18-37)			
za više od 10%	11 (12,8)	(7-22)			
za više od 15%	3 (3,5)	(1-10)			

95% CI = 95%-tni interval pouzdanosti ; x = aritmetička sredina; SD = standardna devijacija; IQR = interkvartilni raspon; Min.= najmanji rezultat; Maks. = najviši rezultat; P_{SW} = Shapiro-Wilk test statističke značajnosti odstupanja od normalne raspodjele

Tablica 9. Korelacije intenziteta simptoma PTSP-a (M-PTSP) prije intervencije s česticama Crown Crispovog iskustvenog pokazatelja

	r	P
Slobodno lebdeća anksioznost	0,34	0,002
Somatske manifestacije anksioznosti	0,19	0,087
Depresija	0,30	0,006
Fobija	0,16	0,147
Opsesivnost	0,03	0,811
Histerična ličnost	0,08	0,504

r = Pearsonov koeficijent korelacije; P = statistička značajnost koeficijenta korelacije

4.2.2. Depresivnost (Beckova ljestvica)

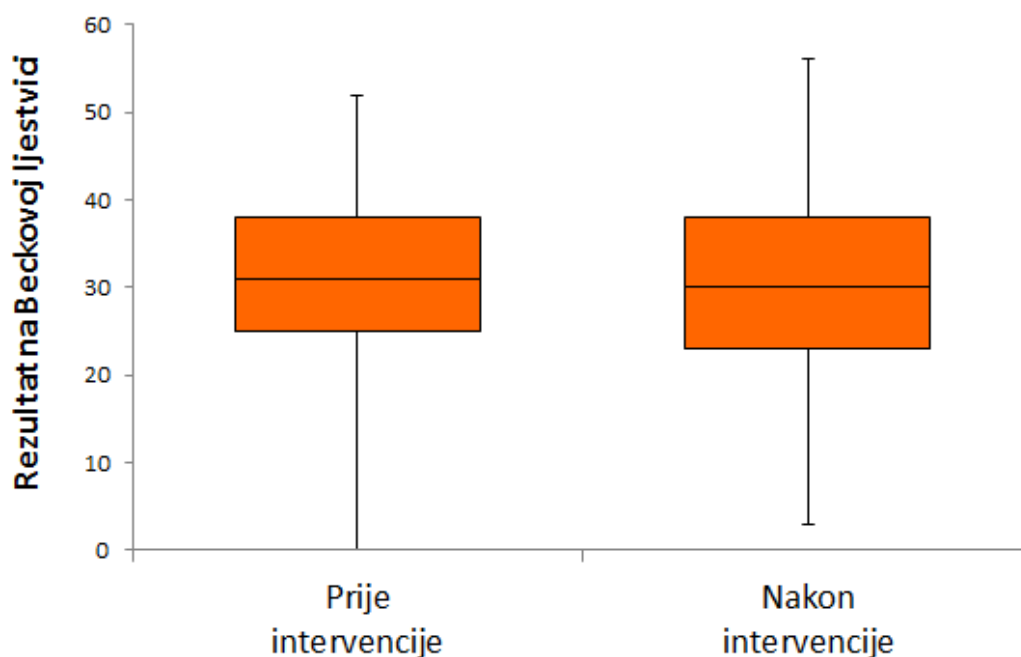
Prije intervencije broj bodova na Beckovoj ljestvici depresije, prikazan kao x (SD) bio je 31 (10,3), Tablica 10. Shapiro-Wilk test nije pokazao statistički značajno odstupanje raspodjele rezultata prije intervencije od teorijske normalne raspodjele (Shapiro-Wilk test =0,99, ss=86, P=0,437). Nakon intervencije prosječni rezultat na Beckovoj ljestvici iznosio je x (SD) = 30 (10,8). Raspodjela rezultata Beckove ljestvice nakon intervencije nije statistički značajno odstupala od normalne raspodjele. Ta promjena predstavljala je apsolutnu promjenu od x (SD) = -0,5 (8,8), odnosno razmjernu promjenu od x (SD) = -2,4% (28,5%). Razlika u rezultatu na

Beckovoj ljestvici depresije nakon intervencije nije bila statistički značajna (Wilcoxonov test ekvivalentnih parova; $z=-0,94$; $P=0,349$; $r=-0,10$), Slika 3.

Tablica 10. Rezultat na Beckovoj ljestvici depresivnosti prije i nakon intervencije (n=86)

	x (SD)	Median (IQR)	Min. Maks.	P_{SW}
Pri uključivanju	31 (10,3)	31 (25-38)	0 - 52	0,437
Nakon intervencije	30 (10,8)	30 (23-38)	3 - 56	0,937
Apsolutna razlika	-0,5 (8,8)	-3 (-5-6)	-22 - 26	0,005
Razmjerna razlika	-2,4% (28,5%)	-11 (-17-16)	-79% - 78%	<0,001

x= aritmetička sredina; SD = standardna devijacija; IQR = interkvartilni raspon; Min.= najmanji rezultat; Maks. = najviši rezultat; P_{SW} = Shapiro-Wilk test statističke značajnosti odstupanja od normalne raspodjele



Slika 3. Rezultati Beckove ljestvice depresije prije i nakon intervencije; crta u sredini predstavlja medijan, dno i vrh pravokutnika interkvartilni raspon, krajevi crta najmanji i najviši rezultat (n=86)

Ukupno je 53 (61,6%) ispitanika doživjelo poboljšanje rezultata Beckovoj ljestvici depresije (Tablica 11). Kod 31 (36,0%) došlo je do pogoršanja depresivnosti nakon intervencije. Kod dva ispitanika (2,3%) nije bilo razlike u rezultatu na Beckovoj ljestvici depresije prije i nakon intervencije.

Tablica 11. Grupirana promjena u rezultatu na Beckovoj ljestvici depresije prije i nakon intervencije (n=86)

	n (%)	95% CI
Poboljšanje	53 (61,6)	(50-72)
Bez promjene	2 (2,3)	(3-8)
Pogoršanje	31 (36,0)	(26-47)
Poboljšanje za više od 5%	49 (57,0)	
Poboljšanje za više od 10%	45 (52,3)	
Poboljšanje za više od 15%	24 (27,9)	

95% CI = 95%-tni interval pouzdanosti

Depresivnost je, prikazana rezultatom na Beckovoj ljestvici depresije, bila značajno povezana s brojem psihijatrijskih komorbiditeta te s izbjegavanjem kao primarnom strategijom nošenja sa stresom. Rezultat na Beckovoj ljestvici depresivnosti bio je statistički značajno koreliran sa slobodno lebdećom anksioznošću ($P=0,002$), somatskim manifestacijama anksioznosti ($P=0,001$) i depresijom ($P=0,021$) mjerena Crown Crispovim iskustvenim pokazateljem (Tablica 12).

Tablica 12. Korelacije rezultata na Beckovoj ljestvici depresije prije intervencije s česticama Crown Crispovog iskustvenog pokazatelja

	r	P
Slobodno lebdeća anksioznost	0,35	<0,002
Somatske manifestacije anksioznosti	0,40	<0,001
Depresija	0,26	<0,021
Fobija	0,18	0,106
Opsesivnost	-0,16	0,158
Histerična ličnost	0,05	0,677

r = Pearsonov koeficijent korelacije moment-produkta; P = statistička značajnost koeficijenta korelacije

Pri uključivanju u studiju klinički relevantnu depresiju prikazanu rezultatom na Beckovoj ljestvici ≥ 17 imalo je 78 (91%) ispitanika (Tablica 13). Taj je broj ostao nepromijenjen nakon intervencije.

Tablica 13. Rezultat na Beckovoj ljestvici depresije prije i nakon intervencije (n=86)

	Prije intervencije	Nakon intervencije
Bez poremećaja (≤ 10)	4 (4,7)	3 (3,5)
Blagi poremećaj raspoloženja (11-16)	4 (4,7)	5 (5,8)
Granična klinička depresija (17-20)	3 (3,5)	10 (11,6)
Umjerena depresija (21-30)	30 (34,9)	26 (30,2)
Snažna depresija (31-40)	31 (36,0)	27 (31,4)
Izrazita depresija (≥ 41)	14 (16,3)	15 (17,4)

Podaci su prikazani kao broj (postotak) ispitanika.

Analizirajući sve stadije depresije određene grupiranim rezultatom Beckove ljestvice te broj ispitanika bez depresivnosti (Beck <10), prije i nakon intervencije, uočeno je poboljšanje kod 27 (31,4%) ispitanika (Tablica 14). Kod 19 (22,1%) došlo je do pogoršanja, a kod 40 (46,5%) ispitanika nije bilo promjene.

Tablica 14. Promjena depresije indicirane grupiranim rezultatom Beckove ljestvice depresije nakon intervencije u odnosu na inicijalno stanje pri uključivanju u studiju (n=86)

	n (%)
Poboljšanje	27 (31,4)
Bez promjene	40 (46,5)
Pogoršanje	19 (22,1)

Od svih ispitanika koji su pri uključivanju imali umjerenu, klinički relevantnu depresiju, kod njih 9/30 (30%) je došlo do poboljšanja nakon intervencije, odnosno do promjene u graničnu kliničku depresiju (Tablica 15). Od svih ispitanika koji su u vrijeme uključivanja u istraživanje imali snažnu, klinički relevantnu depresiju, kod njih 8/31 (25,8%) je došlo do promjene depresije u umjerenu, a kod njih 2/31 (6,5%) je došlo do promjene u graničnu kliničku depresiju. Od svih bolesnika sa snažnom depresijom prije intervencije, do poboljšanja je došlo kod njih 10/31 (32,3%). Od svih bolesnika koji su prije intervencije imali izrazitu kliničku depresiju, do poboljšanja je došlo kod njih 7/14 (50%). Od toga je kod 6/14 (42,9%) ispitanika depresija od izrazite ublažena u snažnu, a kod 1/14 (7,1%) je depresija prešla iz izrazite u umjerenu. Promjene grupiranog rezultata Beckove ljestvice bile su statistički značajne (egzaktni test, $P < 0,001$). Istovremeno je kod dijela ispitanika nakon intervencije došlo i do pogoršanja depresije. Od svih ispitanika sa snažnom depresijom kod

uključivanja u studiju, kod njih 7/31 (22,6%) je nakon intervencije došlo do pogoršanja u izrazitu kliničku depresiju. Od svih inicijalno umjereno depresivnih, kod njih 6/30 (20,0%) je došlo do pogoršanja, od čega je kod 5 (16,7%) ispitanika depresija pešla u snažnu, a kod 1 (3,3%) ispitanika u izrazitu kliničku depresiju. Kod ispitanika koji su inicijalno imali graničnu kliničku depresiju ili tek blagi poremećaj raspoloženja, kod njih 4/11 (36,4%) je došlo do pogoršanja depresije nakon intervencije. Kod jednakog broja, 2/11 (18,2%) je nakon intervencije depresija bila umjerena ili snažna (Tablica 15).

Tablica 15. Grupirani rezultat na Beckovoj ljestvici depresije prije i nakon intervencije (n=86)

Prije intervencije	Nakon intervencije				Ukupno
	Do granične (≤20)	Umjerena (21-30)	Snažna (31-40)	Izrazita (≥41)	
Do granične (≤20)	7 (63,6)	2 (18,2)	2 (18,2)	0 (0,0)	11 (100,0)
Umjerena depresija (21-30)	9 (30,0)	15 (50,0)	5 (16,7)	1 (3,3)	30 (100,0)
Snažna depresija (31-40)	2 (6,5)	8 (25,8)	14 (45,2)	7 (22,6)	31 (100,0)
Izrazita depresija (≥41)	0 (0,0)	1 (7,1)	6 (42,9)	7 (50,0)	14 (100,0)

Podaci su prikazani kao broj (postotak) ispitanika; Podebljani brojevi predstavljaju broj (postotak) ispitanika kod kojih je došlo do poboljšanja.

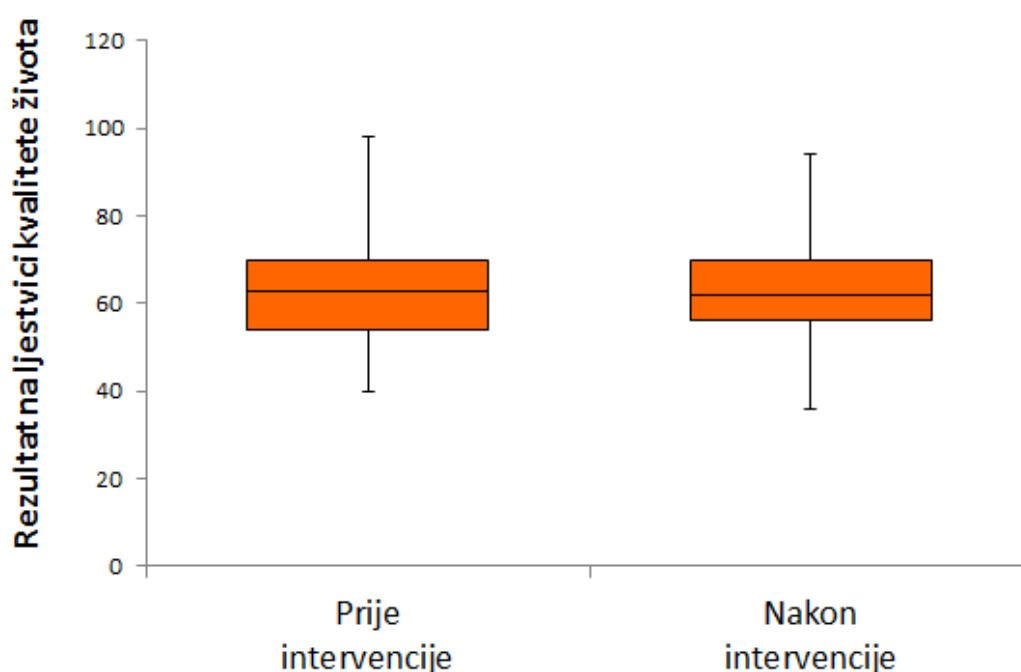
4.2.3. Kvaliteta života

Prije intervencije, rezultat ljestvice kvalitete života, prikazan kao \bar{x} (SD) je bio 63 (12,0), Tablica 16. Shapiro-Wilk test nije pokazao statistički značajno odstupanje raspodjele rezultata prije intervencije od teorijske normalne raspodjele (Shapiro-Wilk test =0,98, ss=86, P=0,215). Nakon intervencije rezultat ljestvice kvalitete života iznosio je \bar{x} (SD) = 63 (10,7). Raspodjela rezultata ljestvice kvalitete života nakon intervencije nije statistički značajno odstupala od normalne raspodjele. Ta promjena predstavljala je apsolutnu promjenu od \bar{x} (SD) = -0,01 (10,10), odnosno razmjernu promjenu od \bar{x} (SD) = -2% (9,5%). Razlika u intenzitetu simptoma PTSP-a nakon intervencije nije bila statistički značajna (Wilcoxonov test ekvivalentnih parova; z=-0,23; P=0,815; r=-0,03), Slika 4.

Tablica 16. Kvaliteta života prije i nakon intervencije (n=86)

	x (SD)	Median (IQR)	Min. Maks.	P _{SW}
Pri uključivanju	63 (12,0)	63 (54-70)	40 - 98	0,215
Nakon intervencije	63 (10,7)	62 (56-70)	36 - 94	0,847
Apsolutna razlika	-0,01 (10,10)	-1,0 (-7,0-5,3)	-37 - 34	0,008
Razmjerna razlika	1,6% (17,0%)	-1,8 (-8,9-9,2)	-38% - 69%	<0,001

x= aritmetička sredina; SD = standardna devijacija; IQR = interkvartilni raspon; Min.= najmanji rezultat; Maks. = najviši rezultat; P_{SW} = Shapiro-Wilk test statističke značajnosti odstupanja od normalne raspodjele



Slika 4. Rezultati ljestvice kvalitete života prije i nakon intervencije; crta u sredini predstavlja medijan, dno i vrh pravokutnika interkvartilni raspon, krajevi crta najmanji i najviši rezultat (n=86)

Ukupno je 35 (40,7%) ispitanika doživjelo poboljšanje kvalitete života (Tablica 17). Kod 47 (54,7%) ispitanika je došlo do pogoršanja simptoma nakon intervencije. Kod 4 (4,7%) ispitanika nije bilo razlike u intenzitetu simptoma prije i nakon intervencije. Međutim, poboljšanje za više od 5% se pokazalo u 32,6% ispitanika, poboljšanje za više od 10% u 22,1% ispitanika, a poboljšanje za više od 15% u 10,5% ispitanika.

Tablica 17. Grupirana promjena kvalitete života prije i nakon intervencije (n=86)

	n (%)	95% CI	\bar{x} (SD)	Median (IQR)	Min. Maks.
Poboljšanje	35 (40,7)	(30-52)	58 (10,4)	57 (49-66)	40 - 82
Bez promjene	4 (4,7)	(1-12)	74 (14,2)	70 (63-88)	61 - 94
Pogoršanje	47 (54,7)	(44-65)	65 (11,6)	64 (56-74)	43 - 98
Poboljšanje					
za više od 5%	28 (32,6)				
za više od 10%	19 (22,1)				
za više od 15%	9 (10,5)				

95% CI = 95%-tni interval pouzdanosti; \bar{x} = aritmetička sredina; SD = standardna devijacija; IQR = interkvartilni raspon; Min.= najmanji rezultat; Maks. = najviši rezultat; P_{SW} = Shapiro-Wilk test statističke značajnosti odstupanja od normalne raspodjele

Kvaliteta života prije intervencije bila je statistički značajno ($P=0,023$) povezana s primarnom strategijom suočavanja sa stresom. Najslabiju kvalitetu života izražavali su ispitanici čija je primarna strategija suočavanja sa stresom bilo izbjegavanje, a najveću oni čija je primarna strategija bila usmjerenost na problem.

Kvaliteta života bila je statistički značajno, negativno korelirana sa slobodno lebdećom anksioznošću ($P=0,001$), somatskim manifestacijama anksioznosti ($P=0,002$) i depresijom ($P=0,005$).

4.2.4. *Kompozitni ishod: prva glavna komponenta razmjerne promjene intenziteta PTSP, depresije (Beck) i kvalitete života*

Kompozitni ishod kreiran je analizom glavnih komponenata tri glavna ishoda: razmjerne promjene intenziteta simptoma PTSP, depresije mjerene Beckovom ljestvicom i rezultata na ljestvici kvalitete života. Prema kriteriju izoliranja komponenata: svojstvene vrijednosti (engl. eigenvalues) >1 izolirana je jedna glavna komponenta koja je ukupno objašnjavala 52% varijance manifestnih čestica. Saturacija razmjerne promjene intenziteta simptoma PTSP-a tom glavnom komponentnom iznosila je 0,76, promjene u depresivnosti mjerene Beckovom ljestvicom 0,74, a promjene u kvaliteti života -0,66. Prije analize kompozitnom ishodu je promijenjen predznak tako da viši rezultat znači veće smanjenje intenziteta simptoma PTSP-a, veće smanjenje depresije i bolju kvalitetu života.

4.3. Povezanosti promjene nakon terapije sa sociodemografskim, kliničkim i psihološkim karakteristikama

4.3.1. Intenzitet simptoma PTSP-a (M-PTSP)

Serijom univarijantnih, binarnih logističkih regresijskih analiza utvrđena je statistički značajna povezanost poboljšanja simptoma PTSP za minimalno 5% od inicijalnih vrijednosti s fobijom Crown-Crispovog iskustvenog pokazatelja (Tablica 18). U multivarijantni model je osim te varijable uključen i bračni status, trajna promjena ličnosti (F62.0), primarna strategija suočavanja sa stresom i čestice Crown-Crispovog iskustvenog pokazatelja: slobodno lebdeća anksioznost i somatske manifestacije anksioznosti. Dob je uključena u multivarijantni model radi teorijske važnosti te radi razlike u inicijalnoj težini simptoma na razini ovog konkretnog uzorka kod ispitanika različite dobi.

Tablica 18. Razlike u inicijalnim karakteristikama sudionika koji će doživjeti poboljšanje simptoma PTSP od najmanje 5% (n=86)

	Poboljšanje simptoma PTSP		OR	(95% CI)	P
	<5% (n=63)	≥5% (n=23)			
Sociodemografske karakteristike					
Dob (godine)					
≤44	19 (73,1)	7 (26,9)	1		
45-54	29 (76,3)	9 (23,7)	0,84 (0,27-2,65)		0,769
≥55	15 (68,2)	7 (31,8)	1,27 (0,36-4,41)		0,710
Radni status					
umirovljen ili nezaposlen	44 (73,3)	16 (26,7)	1		
zaposlen	18 (72,0)	7 (28,0)	1,07 (0,38-3,04)		0,900
Bračni status					
neoženjeni i rastavljeni	11 (61,1)	7 (38,9)	1		
oženjeni	52 (76,5)	16 (23,5)	0,48 (0,16-1,45)		0,196
Roditeljstvo					
ne	15 (71,4)	6 (28,6)	1		
da	48 (73,8)	17 (26,2)	0,89 (0,30-2,65)		0,828
Kliničke karakteristike					
Vrsta psihoterapijske grupe					
heterogena	28 (73,7)	10 (26,3)	1		
homogena	35 (72,9)	13 (27,1)	1,04 (0,40-2,72)		0,936
Broj prethodnih hospitalizacija					
≤1	34 (75,6)	11 (24,4)	1		
≥2	24 (68,6)	11 (31,4)	1,42 (0,53-3,80)		0,489
Broj psihijatrijskih komorbiditeta					
≤1	41 (73,2)	15 (26,8)	1		
≥2	21 (72,4)	8 (27,6)	1,04 (0,38-2,85)		0,937
Trajna promjena ličnosti (F62.0)					
ne	34 (65,4)	18 (34,6)	1		
da	28 (84,8)	5 (15,2)	0,34 (0,11-1,02)		0,055
Psihološke karakteristike					
Primarna strategija suočavanja sa stresom					
Usmjerenost na problem	18 (62,1)	11 (37,9)	1		
Usmjerenost na emocije	11 (73,3)	4 (26,7)	0,60 (0,15-2,34)		0,457
Izbjegavanje	34 (81,0)	8 (19,0)	0,39 (0,13-1,13)		0,082
Crown-Crispov iskustveni pokazatelj					
Slobodno lebdeća anksioznost	12,7 (2,13)	11,8 (2,19)	0,83 (0,66-1,04)		0,104
Fobija	8,8 (2,76)	7,3 (2,27)	0,81 (0,67-0,99)		0,041
Opsesivnost	8,3 (2,54)	8,8 (2,68)	1,08 (0,88-1,31)		0,470
Somatske manifestacije anksioznosti	12,4 (2,94)	11,1 (3,42)	0,88 (0,75-1,03)		0,120
Depresija	11,9 (2,94)	11,2 (3,19)	0,93 (0,78-1,09)		0,354
Histerična ličnost	3,4 (2,07)	3,7 (3,20)	1,05 (0,86-1,29)		0,622

Podaci su prikazani kao broj (postotak) ispitanika, ako nije drukčije označeno
x = aritmetička sredina; SD = standardna devijacija; OR = omjer izgleda za homogenu grupu (od engl. odds ratio); 95% CI = 95%-tni interval pouzdanosti (od engl. confidence interval); P = statistička značajnost omjera izgleda

4.3.2. *Depresivnost*

Serijom univarijantnih, binarnih logističkih regresijskih analiza utvrđena je statistički značajna povezanost smanjenje depresivnosti određena Beckovom ljestvicom za minimalno 10% od inicijalnih vrijednosti s dobi, vrstom psihoterapijske grupe, brojem psihijatrijskih komorbiditeta, trajnom promjenom ličnosti (F62.0) te histeričnom ličnošću indiciranom Crown-Crisppovim iskustvenim pokazateljem (Tablica 19).

Tablica 19. Razlike u inicijalnim karakteristikama sudionika koji će doživjeti smanjenje depresivnost mjerene Beckovom ljestvicom od najmanje 10% (n=86)

	Smanjenje depresivnosti		OR	(95% CI)	P
	<10% (n=37)	≥10% (n=49)			
Sociodemografske karakteristike					
Dob (godine)					
≤44	17 (65,4)	9 (34,6)	1		
45-54	17 (44,7)	21 (55,3)	2,33 (0,83-6,54)		0,107
≥55	7 (31,8)	15 (68,2)	4,05 (1,21-13,54)		0,023
Radni status					
umirovljen ili nezaposlen	29 (48,3)	31 (51,7)	1		
zaposlen	11 (44,0)	14 (56,0)	1,19 (0,47-3,04)		0,715
Bračni status					
neoženjeni i rastavljeni	8 (44,4)	10 (55,6)	1		
oženjeni	33 (48,5)	35 (51,5)	0,85 (0,30-2,41)		0,758
Roditeljstvo					
ne	10 (47,6)	11 (52,4)	1		
da	31 (47,7)	34 (52,3)	1,00 (0,37-2,67)		0,995
Kliničke karakteristike					
Vrsta psihoterapijske grupe					
heterogena	26 (68,4)	12 (31,6)	1		
homogena	15 (31,3)	33 (68,8)	4,77 (1,91-11,92)		0,001
Broj prethodnih hospitalizacija					
≤1	20 (44,4)	25 (55,6)	1		
≥2	18 (51,4)	17 (48,6)	0,76 (0,31-1,83)		0,535
Broj psihijatrijskih komorbiditeta					
≤1	22 (39,3)	34 (60,7)	1		
≥2	18 (62,1)	11 (37,9)	0,40 (0,16-0,99)		0,049
Trajna promjena ličnosti (F62.0)					
ne	20 (38,5)	32 (61,5)	1		
da	20 (60,6)	13 (39,4)	0,41 (0,17-0,99)		0,048
Psihološke karakteristike					
Primarna strategija suočavanja sa stresom					
Usmjerenost na problem	13 (44,8)	16 (55,2)	1		
Usmjerenost na emocije	6 (40,0)	9 (60,0)	1,22 (0,34-4,32)		0,759
Izbjegavanje	22 (52,4)	20 (47,6)	0,74 (0,29-1,91)		0,532
Crown-Crispov iskustveni pokazatelj					
Slobodno lebdeća anksioznost	12,3 (2,47)	12,6 (1,89)	1,07 (0,87-1,31)		0,537
Fobija	8,6 (2,72)	8,2 (2,71)	0,94 (0,80-1,11)		0,492
Opsesivnost	8,2 (2,20)	8,7 (2,87)	1,09 (0,91-1,29)		0,356
Somatske manifestacije anksioznosti	11,9 (3,35)	12,2 (2,89)	1,04 (0,90-1,20)		0,593
Depresija	11,6 (2,79)	11,8 (3,21)	1,02 (0,88-1,18)		0,818
Histerična ličnost	2,9 (2,01)	4,0 (2,62)	1,25 (1,01-1,56)		0,039

Podaci su prikazani kao broj (postotak) ispitanika, ako nije drukčije označeno;
x = aritmetička sredina; SD = standardna devijacija; OR = omjer izgleda (od engl. odds ratio);
95% CI = 95%-tni interval pouzdanosti (od engl. confidence interval); P = statistička
značajnost omjera izgleda

4.3.3. *Kvaliteta života*

Serijom univarijantnih, binarnih logističkih regresijskih analiza utvrđena je statistički značajna povezanost povećanja kvalitete života za minimalno 10% od inicijalnih vrijednosti sa somatskim manifestacijama anksioznosti (Tablica 20). Osim te varijable, u multivarijantnu analizu povećanja kvalitete života za najmanje 10% uključena je i dob, broj prethodnih hospitalizacija, primarna strategija suočavanja sa stresom, slobodno lebdeća anksioznost, fobije, depresija i histerična ličnost Crown-Crispovog iskustvenog pokazatelja.

Tablica 20. Razlike u inicijalnim karakteristikama sudionika koji će doživjeti povećanje kvalitete života od najmanje 10% (n=86)

	Povećanje kvalitete života		OR	(95% CI)	P
	<10% (n=58)	≥10% (n=28)			
Sociodemografske karakteristike					
Dob (godine)					
≤44	20 (76,9)	6 (23,1)	1		
45-54	28 (73,7)	10 (26,3)	1,19 (0,37-3,81)		0,769
≥55	19 (86,4)	3 (13,6)	0,53 (0,12-2,41)		0,408
Radni status					
umirovljen ili nezaposlen	45 (75,0)	15 (25,0)	1		
zaposlen	21 (84,0)	4 (16,0)	0,57 (0,17-1,93)		0,368
Bračni status					
neoženjeni i rastavljeni	14 (77,8)	4 (22,2)	1		
oženjeni	53 (77,9)	15 (22,1)	0,99 (0,28-3,46)		0,988
Roditeljstvo					
ne	16 (76,2)	5 (23,8)	1		
da	51 (78,5)	14 (21,5)	0,88 (0,27-2,82)		0,827
Kliničke karakteristike					
Vrsta psihoterapijske grupe					
heterogena	31 (81,6)	7 (18,4)	1		
homogena	36 (75,0)	12 (25,0)	1,48 (0,52-4,21)		0,467
Broj prethodnih hospitalizacija					
≤1	32 (71,1)	13 (28,9)	1		
≥2	30 (85,7)	5 (14,3)	0,41 (0,13-1,29)		0,127
Broj psihijatrijskih komorbiditeta					
≤1	44 (78,6)	12 (21,4)	1		
≥2	22 (75,9)	7 (24,1)	1,17 (0,40-3,38)		0,776
Trajna promjena ličnosti (F62.0)					
ne	40 (76,9)	12 (23,1)	1		
da	26 (78,8)	7 (21,2)	0,90 (0,31-2,58)		0,841
Psihološke karakteristike					
Primarna strategija suočavanja sa stresom					
Usmjerenost na problem	19 (65,5)	10 (34,5)	1		
Usmjerenost na emocije	13 (86,7)	2 (13,3)	0,29 (0,06-1,56)		0,150
Izbjegavanje	35 (83,3)	7 (16,7)	0,38 (0,13-1,16)		0,089
Crown-Crispov iskustveni pokazatelj					
Slobodno lebdeća anksioznost	12,6 (1,91)	11,6 (2,92)	0,81 (0,64-1,04)		0,102
Fobija	8,6 (2,88)	7,6 (1,71)	0,88 (0,71-1,08)		0,209
Opsesivnost	8,3 (2,56)	9,0 (2,63)	1,11 (0,89-1,38)		0,349
Somatske manifestacije anksioznosti	12,7 (2,38)	9,7 (4,41)	0,74 (0,61-0,90)		0,002
Depresija	12,0 (3,02)	10,7 (2,77)	0,87 (0,73-1,04)		0,134
Histerična ličnost	3,3 (2,03)	4,1 (3,52)	1,14 (0,92-1,42)		0,244

Podaci su prikazani kao broj (postotak) ispitanika, ako nije drukčije označeno;
x = aritmetička sredina; SD = standardna devijacija; OR = omjer izgleda (od engl. odds ratio);
95% CI = 95%-tni interval pouzdanosti (od engl. confidence interval); P = statistička
značajnost omjera izgleda.

4.3.4. *Kompozitni ishod*

Univarijatnom analizom varijance te Pearsonovim koeficijentom korelacije utvrđena je statistički značajna povezanost kompozitnog ishoda sa somatskim manifestacijama anksioznosti Crown-Crispovog iskustvenog pokazatelja (Tablica 21).

Tablica 21. Razlike u kompozitnom ishodu prema početnim sociodemografskim, kliničkim i psihološkim karakteristikama ispitanika (n=86)

	x (SD)	P	Učinak
Sociodemografske karakteristike			
Dob (godine)			
≤44	-0,14 (1,24)	0,215	0,04
45-54	-0,09 (0,93)		
≥55	0,32 (0,73)		
Radni status			
umirovljen ili nezaposlen	-0,09 (0,98)	0,185	0,02
zaposlen	0,23 (1,05)		
Bračni status			
neoženjeni i rastavljeni	-0,05 (0,96)	0,813	0,00
oženjeni	-0,01 (1,02)		
Roditeljstvo			
ne	-0,21 (1,12)	0,277	0,01
da	0,07 (0,96)		
Kliničke karakteristike			
Vrsta psihoterapijske grupe			
heterogena	-0,19 (1,09)	0,107	0,03
homogena	0,16 (0,90)		
Broj prethodnih hospitalizacija			
≤1	-0,05 (1,06)	0,432	0,01
≥2	0,13 (0,98)		
Broj psihijatrijskih komorbiditeta			
≤1	0,09 (1,00)	0,282	0,01
≥2	-0,16 (1,00)		
Trajna promjena ličnosti (F62.0)			
ne	0,13 (0,87)	0,169	0,02
da	-0,18 (1,17)		
Psihološke karakteristike			
Primarna strategija suočavanja sa stresom			
Usmjerenost na problem	-0,09 (1,07)	0,260	0,03
Usmjerenost na emocije	0,39 (0,66)		
Izbjegavanje	-0,08 (1,04)		
Crown-Crispov iskustveni pokazatelj, r (korelacija)			
Slobodno lebdeća anksioznost	0,17	0,129	
Fobija	-0,00	0,969	
Opsesivnost	0,07	0,516	
Somatske manifestacije anksioznosti	0,22	0,049	
Depresija	0,20	0,077	
Histerična ličnost	0,15	0,197	

\bar{x} = aritmetička sredina; SD = standardna devijacija; r = Pearsonov koeficijent korelacije; P = statistička značajnost razlike izračunata analizom varijance; Učinak = standardizirana mjera veličine učinka (η^2); viši rezultat predstavlja bolji ishod.

4.4. Multivarijatni model učinaka terapije s obzirom na sociodemografske, kliničke i psihološke karakteristike

4.4.1. Intenzitet simptoma PTSP-a (M-PTSP)

U multivarijatni model za objašnjenje smanjivanja intenziteta simptoma PTSP (M-PTSP) od najmanje 5% uključene su sve varijable koje su s tim ishodom univarijatno bile povezane statistički značajno na razini $P \leq 0,25$ (Tablica 22). Ukupni model nije bio statistički značajan (Omnibus test, $\chi^2=13,9$; $ss=9$; $P=0,124$). Hosmerov i Lemeshowljev test uputio je na izrazito dobro slaganje modela s empirijskim podacima ($\chi^2=3,21$; $ss=8$; $P=0,921$). Nagelkerke pseudo koeficijent determinacije iznosio je $R^2=0,24$. Na temelju modela ukupno je pravilno grupirano 76% ispitanika. Od ispitanika koji nakon intervencije neće imati smanjenje intenziteta simptoma PTSP-a za najmanje 5%, na temelju modela je pravilno prepoznato njih 93%. Od ispitanika koji će nakon intervencije imati smanjenje intenziteta simptoma PTSP-a od najmanje 5% na temelju ukupnog modela bi pravilno bilo prepoznato njih 29%. Trajna promjena ličnosti (F62.0) bila je jedini neovisni, statistički značajni predskazatelj smanjenja simptoma PTSP-a za najmanje 5%. Ispitanici s trajnom promjenom ličnosti imali su 82% manje izgleda za smanjenje intenziteta simptoma PTSP-a (OR=0,18; 95% CI 0,04-0,91; $P=0,038$) nego ispitanici bez trajne promjene ličnosti.

Tablica 22. Multivarijatan predskazateljski model poboljšanja simptoma PTSP od najmanje 5% (n=86)

	Univarijatno			Multivarijatno		
	OR	(95% CI)	P	OR	(95% CI)	P
Sociodemografske karakteristike						
Dob (godine)						
≤44	1			1		
45-54	0,84	(0,27-2,65)	0,769	0,36	(0,07-1,69)	0,194
≥55	1,27	(0,36-4,41)	0,710	0,59	(0,10-3,45)	0,554
Bračni status						
neoženjeni i rastavljeni	1			1		
oženjeni	0,48	(0,16-1,45)	0,196	0,37	(0,10-1,45)	0,153
Trajna promjena ličnosti (F62.0)						
ne	1			1		
da	0,34	(0,11-1,02)	0,055	0,18	(0,04-0,91)	0,038
Psihološke karakteristike						
Primarna strategija suočavanja sa stresom						
Usmjerenost na problem	1			1		
Usmjerenost na emocije	0,60	(0,15-2,34)	0,457	1,16	(0,22-6,24)	0,865
Izbjegavanje	0,39	(0,13-1,13)	0,082	0,95	(0,25-3,70)	0,945
Crown-Crispov iskustveni pokazatelj						
Slobodno lebdeća anksioznost	0,83	(0,66-1,04)	0,104	0,91	(0,65-1,27)	0,583
Fobija	0,81	(0,67-0,99)	0,041	0,82	(0,64-1,06)	0,130
Somatske manifestacije anksioznosti	0,88	(0,75-1,03)	0,120	0,96	(0,78-1,18)	0,692

OR = omjer izgleda (od engl. odds ratio); 95% CI = 95%-tni interval pouzdanosti (od engl. confidence interval); P = statistička značajnost omjera izgleda

4.4.2. Depresivnost (Beck)

U multivarijatan model za objašnjenje smanjivanja depresije mjerene Beckovom ljestvicom od najmanje 10% uključili smo sve varijable koje su s tim ishodom univarijatno bile povezane statistički značajno na razini $P \leq 0,25$ (Tablica 23). Ukupni model bio je statistički značajan (Omnibus test, $\chi^2=26,0$; $ss=6$; $P < 0,001$). Hosmerov i Lemeshowljev test ukazao je na vrlo dobro slaganje modela s empirijskim podacima ($\chi^2=4,86$; $ss=8$; $P=0,772$). Nagelkerke pseudo koeficijent determinacije iznosio je $R^2=0,38$. Na temelju modela ukupno je pravilno grupirano 76% ispitanika. Od ispitanika koji nakon intervencije neće imati smanjenje depresije za najmanje 10%, na temelju modela je pravilno prepoznato njih 73%. Od ispitanika koji će nakon intervencije imati smanjenje depresije od najmanje 10% na temelju ukupnog modela bi pravilno bilo prepoznato njih 78%. Nakon prilagodbe za dob, trajnu promjenu ličnosti (F62.0)

i broj psihijatrijskih komorbiditeta, statistički značajni neovisni predskazatelji smanjenja depresije za najmanje 10% bili su vrsta psihoterapijske grupe i histerična ličnost prema Crown-Crispovom iskustvenom pokazatelju. Izgledi ispitanika liječenih u homogenim grupama za smanjenje depresije od najmanje 10% bili su osam puta veći (OR=8,21; 95% CI 1,92-35,09; P=0,004) od izgleda liječenih u heterogenim grupama. Razlika od jednog boda na ljestvici histerične ličnosti povećavala je izgleda za ciljano smanjenje depresije za 3,4% (OR=1,34; 95% CI 1,02-1,76; P=0,034).

Tablica 23. Multivarijatan predskazateljski model smanjivanja depresivnosti mjerene Beckovom ljestvicom od najmanje 10% (n=86)

	Univarijatan			Multivarijatan		
	OR	(95% CI)	P	OR	(95% CI)	P
Sociodemografske karakteristike						
Dob (godine)						
≤44	1			1		
45-54	2,33	(0,83-6,54)	0,107	1,67	(0,41-6,80)	0,478
≥55	4,05	(1,21-13,54)	0,023	3,80	(0,70-20,55)	0,122
Kliničke karakteristike						
Vrsta psihoterapijske grupe						
heterogena	1			1		
homogena	4,77	(1,91-11,92)	0,001	8,21	(1,92-35,09)	0,004
Broj psihijatrijskih komorbiditeta						
≤1	1			1		
≥2	0,40	(0,16-0,99)	0,049	0,29	(0,08-1,04)	0,058
Trajna promjena ličnosti (F62.0)						
ne	1			1		
da	0,41	(0,17-0,99)	0,048	2,09	(0,47-9,29)	0,333
Psihološke karakteristike						
Crown-Crispov iskustveni pokazatelj						
Histerična ličnost	1,25	(1,01-1,56)	0,039	1,34	(1,02-1,76)	0,034

OR = omjer izgleda (od engl. odds ratio); 95% CI = 95%-tni interval pouzdanosti (od engl. confidence interval); P = statistička značajnost omjera izgleda

4.4.3. *Kvaliteta života*

U multivarijantni model za objašnjenje povećavanja kvalitete života od najmanje 10% uključili smo sve varijable koje su s tim ishodom univarijatno bile povezane statistički značajno na razini $P \leq 0,25$ (Tablica 24). Ukupni model bio je statistički značajan (Omnibus test, $\chi^2=24,1$; $ss=10$; $P=0,007$). Hosmerov i Lemeshowljev test ukazao je na prihvatljivo slaganje modela s empirijskim podacima ($\chi^2=12,89$; $ss=8$; $P=0,116$). Na temelju modela ukupno je pravilno grupirano 89% ispitanika. Od ispitanika koji nakon intervencije neće imati povećanje kvalitete života za najmanje 10%, na temelju modela je pravilno prepoznato njih 98%. Od ispitanika koji će nakon intervencije imati povećanje kvalitete života od najmanje 10% na temelju ukupnog modela bi pravilno bilo prepoznato njih 53%. Nakon prilagodbe za dob, primarnu strategiju suočavanja sa stresom, slobodno lebdeću anksioznost, fobije, depresiju i histeričnu ličnost, statistički značajni, neovisni predskazatelji povećanja kvalitete života za najmanje 10% bili su broj prethodnih hospitalizacija i somatske manifestacije anksioznosti. Bolesnici s dvije ili više prethodnih hospitalizacija imali su 88% manje izgleda za povećanje kvalitete života (OR=0,12; 95% CI 0,02-0,73; $P=0,022$) od ispitanika s najviše jednom prethodnom hospitalizacijom. Razlika od jednog boda na Crown-Crispovoj ljestvici somatske manifestacije anksioznosti, smanjivala je izgleda za poboljšanje kvalitete života nakon liječenja (OR=0,67; 95% CI 0,48-0,92; $P=0,014$).

Tablica 24. Multivarijatni predskazateljski model povećanja kvalitete života od najmanje 10% (n=86)

	Univarijatno			Multivarijatno		
	OR	(95% CI)	P	OR	(95% CI)	P
Sociodemografske karakteristike						
Dob (godine)						
≤44	1			1		
45-54	1,19	(0,37-3,81)	0,769	1,52	(0,28-8,45)	0,631
≥55	0,53	(0,12-2,41)	0,408	0,27	(0,02-3,85)	0,336
Kliničke karakteristike						
Broj prethodnih hospitalizacija						
≤1	1			1		
≥2	0,41	(0,13-1,29)	0,127	0,12	(0,02-0,73)	0,022
Psihološke karakteristike						
Primarna strategija suočavanja sa stresom						
Usmjerenost na problem	1			1		
Usmjerenost na emocije	0,29	(0,06-1,56)	0,150	0,10	(0,01-1,39)	0,087
Izbjegavanje	0,38	(0,13-1,16)	0,089	0,35	(0,07-1,67)	0,186
Crown-Crispov iskustveni pokazatelj						
Slobodno lebdeća anksioznost	0,81	(0,64-1,04)	0,102	1,22	(0,75-1,97)	0,429
Fobija	0,88	(0,71-1,08)	0,209	0,95	(0,70-1,30)	0,758
Somatske manifestacije anksioznosti	0,74	(0,61-0,90)	0,002	0,67	(0,48-0,92)	0,014
Depresija	0,87	(0,73-1,04)	0,134	0,97	(0,69-1,36)	0,847
Histerična ličnost	1,14	(0,92-1,42)	0,244	1,12	(0,84-1,50)	0,431

OR = omjer izgleda (od engl. odds ratio); 95% CI = 95%-tni interval pouzdanosti (od engl. confidence interval); P = statistička značajnost omjera izgleda

4.4.4. Kompozitni kriterij

Izbor varijabli koje će biti uključene u završni, multivarijatni prediktivni model napravljen je dvjema linearnim regresijskim analizama s različitim kriterijima uključivanja varijabli u model: od prve čija je univarijatna statistička značajnost najveća (engl. forward) te ispuštanjem jedne po jedne varijable polazeći od modela u kojem su uključene sve varijable (engl. backward). U završni model uključene su sve varijable koje su se u te dvije prethodne analize pokazale statistički značajnim predskazateljima rezultata na našem kompozitnom ishodu. Prema tom kriteriju u završni je u model uključen: dob ispitanika, njihov radni status, broj prethodnih hospitalizacija, somatske manifestacije anksioznosti i histeričnu ličnost mjerene Crown-Crispovim iskustvenim pokazateljem.

Završni model (Tablica 25) bio je statistički značajan ($F(13,61)=2,99$; $P=0,017$). Koeficijent višestruke determinacije, prilagođen za broj predskazatelja, iznosio je $R^2=0,12$. Drugim riječima, oko 12% varijance našeg kompozitnog ishoda, odnosno prve glavne komponente smanjivanja intenziteta simptoma PTSP-a (M-PTSP), smanjivanja depresije mjerenje Beckovom ljestvicom i povećanja kvalitete života bilo je objašnjeno uključenim predskazateljima. Nestandardizirani reziduali multivarijatnog, linarnog regresijskog modela za predikciju kompozitnog ishoda liječenja nisu statistički značajno odstupali od teorijske normalne raspodjele (Shapiro-Wilk test=0,99; $ss=73$; $P=0,662$). Najveću neovisnu, predskazateljsku vrijednost imala je somatska manifestacija anksioznosti. Rezultat ljestvice somatske manifestacije anksioznosti viši za jednu standardnu devijaciju, dovodio je do povećanja rezultata na ljestvici (dobrog) kompozitnog ishoda za 0,27 standardnih devijacija. Parcijalna korelacija somatske manifestacije anksioznosti s kompozitnim ishodom, nakon prilagodbe za sve ostale uključene varijable inosila je $r=0,28$. Dakle, 8% varijance somatske manifestacije anksioznosti i kompozitnog (dobrog) ishoda terapije bile su povezane. Slijedeća varijabla prema predskazateljskoj vrijednosti bio je rezultat na Crown-Crispovoj ljestvici histerične ličnosti. Jedna standardna devijacija povećanja rezultata na ljestvici histerične ličnosti dovođila je do povećanja od 0,24 standardne devijacije našeg kompozitnog ishoda. Parcijalna korelacija te varijable i kompozitnog ishoda iznosila je $r=0,25$. Oko 6% varijance te varijable i kompozitnog ishoda bile su povezane.

Tablica 25. Multivarijatni model za predikciju kompozitnog ishoda liječenja kreiran linearnom regresijskom analizom ($n=86$)

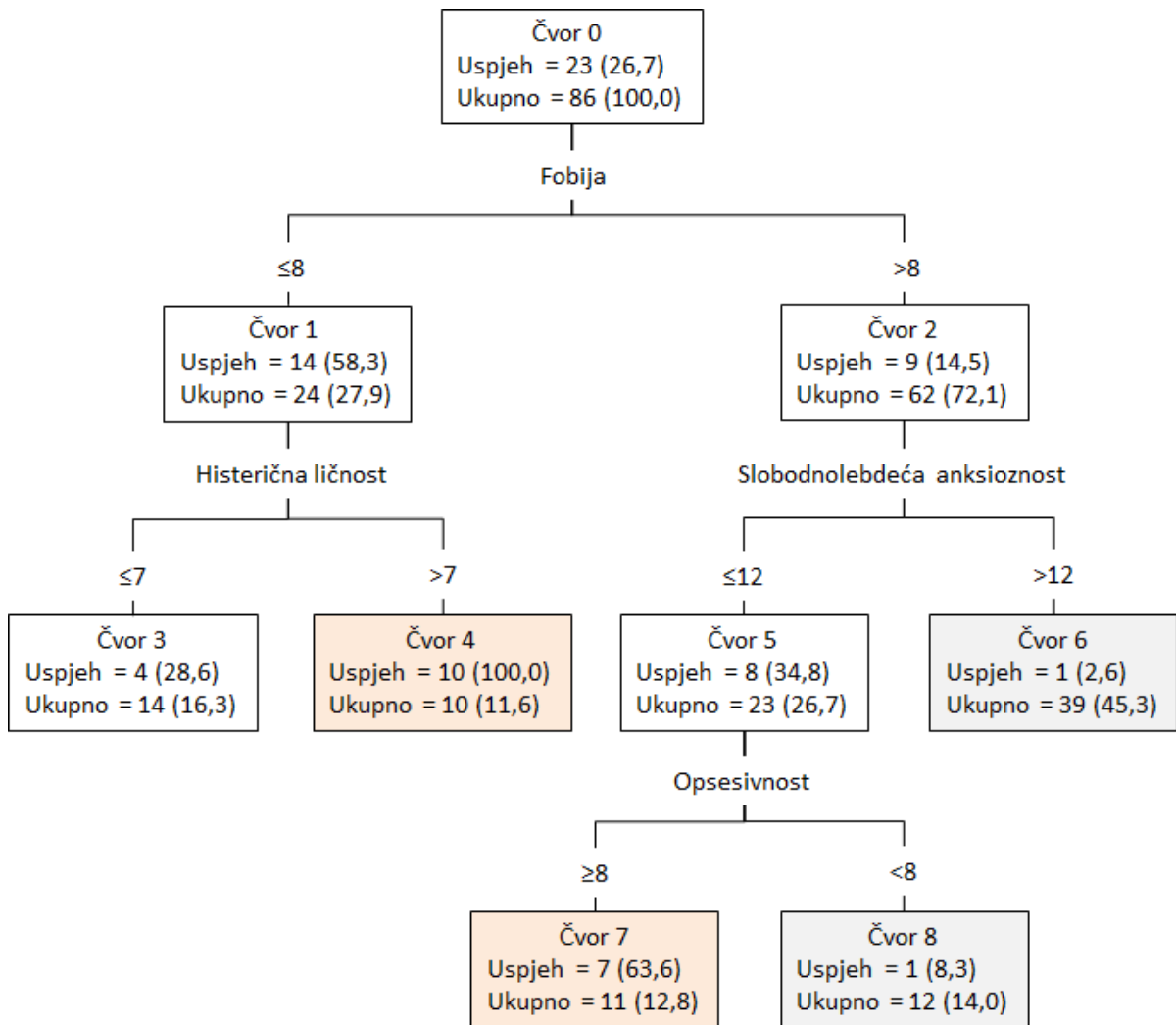
	B	S	β	t	P	Univarijatna korelacija	Parcijalna korelacija
Konstanta	-2,65	0,90		-2,95	0,004		
Dob	0,02	0,02	0,13	1,14	0,259	0,16	0,14
Radni status	0,61	0,27	0,28	2,27	0,026	0,15	0,26
Broj prethodnih hospitalizacija	0,48	0,24	0,24	1,99	0,051	0,09	0,23
Somatske manifestacije anksioznosti	0,09	0,04	0,27	2,46	0,017	0,22	0,28
Histerična ličnost	0,10	0,05	0,24	2,15	0,035	0,15	0,25

B = nestandardizirani regresijski koeficijent; S = standardna pogreška nestandardiziranog regresijskog koeficijenta, β = standardizirani regresijski koeficijent, t = t-test statističke značajnosti B regresijskog koeficijenta; P = statistička značajnost

4.5. Prepoznavanje skupina bolesnika kod kojih je najveća vjerojatnost uspjeha terapije

4.5.1. Intenzitet simptoma PTSP-a (M-PTSP)

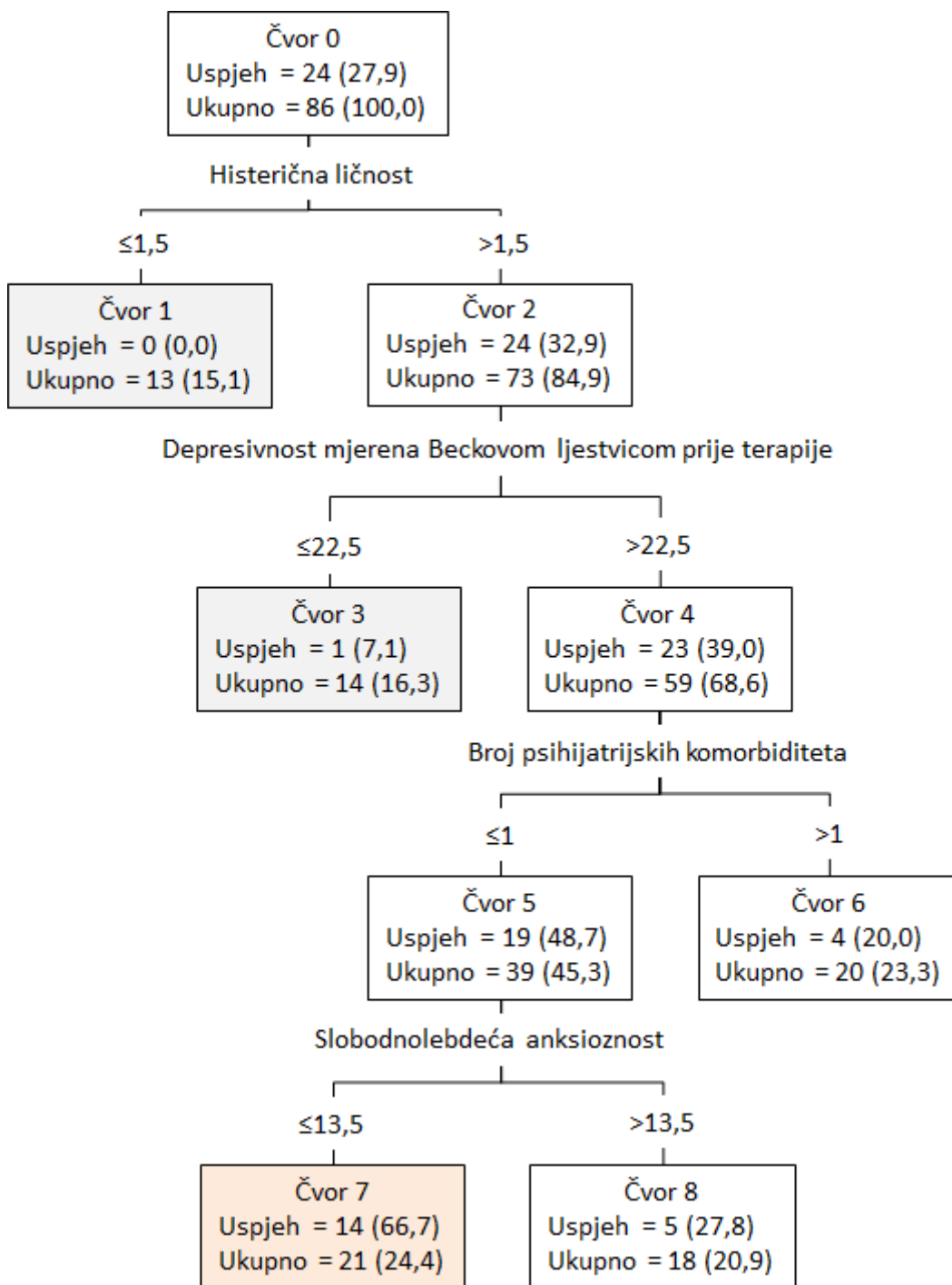
Na temelju klasifikacijskog stabla pravilno je klasificirano 88,4% ispitanika (Slika 5). U cijelom uzorku 23 (26,7%) ispitanika imalo je smanjenje intenziteta simptoma PTSP-a od najmanje 5%. CART metodom uz Twoing kriterij izolirana su dva završna čvora velike vjerojatnost smanjivanja simptoma PTSP-a. Najveću vjerojatnost za smanjenje intenziteta simptoma PTSP-a većeg od 5% imali su ispitanici s niskim rezultatom na ljestvici fobije, a visokim rezultatom na ljestvici histerične ličnosti. Taj je segment činio 11,6% od svih bolesnika i u njemu su svi (100%) ispitanici imali smanjenje simptoma PTSP-a veće od 5%. Bolesnici u tom segmentu činili su 43,5% svih bolesnika kod kojih je nakon terapije došlo do smanjenja intenziteta simptoma PTSP-a od najmanje 5%. Slijedeću grupu bolesnika prema vjerojatnosti smanjivanja intenziteta simptoma PTSP-a činili su bolesnici s višim rezultatom na ljestvici fobije, nižim rezultatom na ljestvici slobodno lebdeće anksioznosti te višim rezultatom na ljestvici opsesivnosti. U tom je segmentu njih 63,6% imalo smanjenje intenziteta simptoma od najmanje 5%. Taj je segment činio 12,8% od svih bolesnika te 30,4% od svih kod kojih je nakon terapije došlo do smanjenja intenziteta simptoma od najmanje 5%. Segment bolesnika s visokom fobijom i slobodno lebdećom anksioznošću imao je najmanju vjerojatnost snižavanja intenziteta simptoma PTSP-a preko 5%, njih svega 2,6%. Tek nešto uspješniji ishod imali su bolesnici sa visokom fobijom, niskom slobodno lebdećom anksioznošću i niskom opsesivnosti. U tom je segmentu njih 8,3% nakon terapije imalo snižavanje intenziteta simptoma PTSP-a od najmanje 5%.



Slika 5. Klasifikacijsko stablo proizvedeno CART metodom uz Twoing kriterij i minimalni porast nečistoće od 0,01 kao nužni kriterij za razdvajanje čvorova; Uspjeh = broj (postotak) ispitanika koji su nakon terapije imali smanjenje intenziteta simptoma PTSP-a (M-PTSP) od najmanje 5%.

4.5.2. Depresija (Beck)

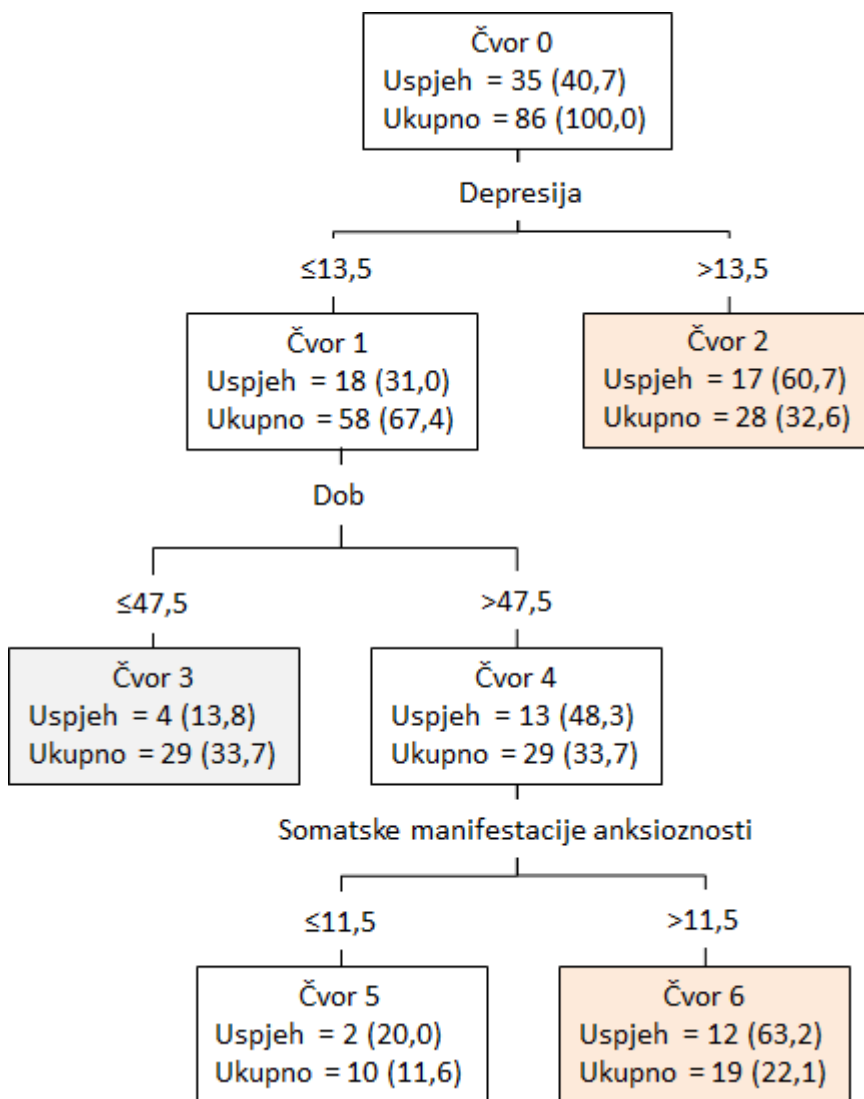
Na temelju klasifikacijskog stabla pravilno je klasificirano 80,2% ispitanika (Slika 6). U cijelom uzorku 24 (27,9%) je ispitanika nakon terapije imalo smanjenje depresije mjerene Beckovom ljestvicom od najmanje 15%. CART metodom uz Twoing kriterij izoliran je jedan završni čvor velike vjerojatnost smanjivanja depresije. Taj segment su činili bolesnici s barem minimalnim rezultatom ($>1,5$) na Crown-Crispovoj ljestvici histerične ličnosti, s barem umjerenom depresijom mjerenom Beckovom ljestvicom prije terapije ($>22,5$), s najviše jednim psihijatrijskim komorbiditetom te s ispodprosječnom slobodno lebdećom anksioznošću ($\leq 13,5$). U toj skupini bolesnika njih 14/21 (66,7%) je nakon terapije doživjelo smanjivanje rezultata na Beckovoj ljestvici depresije od najmanje 15%.



Slika 6. Klasifikacijsko stablo proizvedeno CART metodom uz Twoing kriterij i minimalni porast nečistoće od 0,01 kao nužni kriterij za razdvajanje čvorova; Uspjeh = broj (postotak) ispitanika koji su nakon terapije imali smanjenje depresije mjerene Beckovom ljestvicom od najmanje 10%.

4.5.3. *Kvaliteta života*

Na temelju klasifikacijskog stabla pravilno je klasificirano 72,1% ispitanika (Slika 7). U cijelom uzorku je 35 (40,7%) ispitanika nakon terapije imalo povećanje kvalitete života. CART metodom uz Twoing kriterij izolirana su dva završna čvora veće vjerojatnost povećanja kvalitete života. Prvi od njih činili su bolesnici s inicijalno sniženom ili prosječnom depresijom prema Crown-Crispovom iskustvenom pokazatelju ($\leq 13,5$), stariji od 47,5 godina te s visokim inicijalnim somatskim manifestacijama anksioznosti. U toj skupini bolesnika njih je 12/19 (63,2%) nakon terapije doživjelo povećanje kvalitete života. Ta skupina bolesnika činila je 22,1% od svih uključenih ispitanika, odnosno 34,3% od svih koji su nakon terapije doživjeli povećanje kvalitete života. Prevalencija dobrog ishoda od 63,2% u toj skupini, bila je 155,2% veća od prevalencije dobrog ishoda u cijelom uzorku. Drugu skupinu s povećanom vjerojatnošću povećanja kvalitete života činili su bolesnici s nadprosječnim rezultatom na Crown-Crisp ljestvicom depresije ($>13,5$). U toj skupini, 17/28 (60,7%) bolesnika nakon terapije doživjelo je povećanje kvalitete života. Ta skupina činila je 32,6% od svih uključenih ispitanika, odnosno 48,6% od svih koji su nakon terapije doživjeli povećanje kvalitete života. Prevalencija dobrog ishoda od 60,7% u toj skupini, bila je 149,2% veća od prevalencije dobrog ishoda u cijelom uzorku.



Slika 7. Klasifikacijsko stablo proizvedeno CART metodom uz Twoing kriterij i minimalni porast nečistoće od 0,01 kao nužni kriterij za razdvajanje čvorova; Uspjeh = broj (postotak) ispitanika koji su nakon terapije imali povećanje kvalitete života od najmanje 10%.

4.6. Razlika u učincima homogenih i heterogenih psihodinamskih grupa

4.6.1. Pregled univarijatnih povezanosti

U Tablici 26 je prikazan pregled povezanosti svih proučavanih varijabli i svih ishoda do razine statističke značajnosti $P \leq 0,25$. U svim slučajevima napravljene su po dvije multivarijatne analize. U prvu su kao kovarijable uključene sve varijable čije su vrijednosti bile statistički značajno ($P \leq 0,25$) različite između homogene i heterogene grupe: dob, radni status, broj prethodnih hospitalizacija i fobija mjerena Crown-Crispovim iskustvenim pokazateljem. U drugu su uključene samo one varijable koje su bile statistički značajno ($P \leq 0,25$) različite između homogene i heterogene grupe, a istovremeno na toj razini statističke značajnosti povezane i s ishodom.

Tablica 26. Pregled univarijatnih povezanosti na razini statističke značajnosti $P \leq 0,25$.

Prije terapije	Vrsta grupe	Razmjerna promjena nakon terapije						
		PTSP izvorno	PTSP >5%	Depresija izvorno	Depresija >10%	Kvaliteta života izvorno	Kvaliteta života >10%	Kompozitni kriterij
Dob	0,004			0,214	0,023			0,215
Radni status	0,001							0,185
Bračni status			0,196					
Broj prethodnih hospitalizacija	<0,001					0,135	0,127	
Broj psihijatrijskih komorbiditeta				0,246	0,049			
Trajna promjena ličnosti	<0,001	0,003	0,055		0,048			0,169
Primarna strategija suočavanja sa stresom		0,207	0,082			0,104	0,089	
Slobodno lebdeća anksioznost			0,104				0,102	0,129
Fobija	0,140	0,071	0,041			0,055	0,209	
Somatske manifestacije anksioznosti		0,248	0,120			0,069	0,002	0,049
Depresija						0,025	0,134	0,077
Histerična ličnost								0,197
Intenzitet simptoma PTSP			<0,001	0,027	0,007		<0,001	
Depresija (Beck)		0,038	0,002	0,174		0,037	<0,001	0,236
Kvaliteta života		0,067	0,020			<0,001	0,023	0,102

4.6.2. *Razmjerna promjena intenziteta simptoma PTSP-a (intervalna varijabla)*

Nakon prilagodbe za inicijalne vrijednosti dobi, radnog statusa, broja prethodnih hospitalizacija, trajne promjene ličnosti i fobije, analizom kovarijance nije utvrđena statistički značajna razlika između homogene i heterogene psihodinamske grupe u razmjernoj promjeni intenziteta simptoma PTSP-a (M-PTSP) mjenog na intervalnoj ljestvici ($F(1,68)=0,05$; $P=0,828$; $\eta^2=0,00$).

Statistički značajna povezanost razmjerne promjene simptoma PTSP s vrstom psihodinamske grupe nije dobivena niti kada je u analizi kovarijance statistički kontroliran eventualni zbunjujući učinak samo onih varijabli koje su bile statistički značajno - na razini $P<0,25$ - povezane i s vrstom psihodinamske grupe i s razmjernom promjenom simptoma PTSP-a: trajna promjena ličnosti, fobija ($F(1,81)=0,16$; $P=0,695$; $\eta^2=0,00$).

4.6.3. *Razmjerna promjena intenziteta simptoma PTSP-a od najmanje 5% (binarna varijabla)*

Nakon prilagodbe za inicijalne vrijednosti dobi, radnog statusa, broja prethodnih hospitalizacija, trajne promjene ličnosti i fobije, multivarijatnom binarnom logističkom regresijom nije utvrđena statistički značajna razlika između homogene i heterogene psihodinamske grupe u razmjernoj promjeni intenziteta simptoma PTSP od najmanje 5% mjenog na binarnoj ljestvici (OR za homogenu grupu=0,29; 95% CI 0,06-1,38; $P=0,121$).

Statistički značajna povezanost razmjerne promjene simptoma PTSP s vrstom psihodinamske grupe nije dobivena niti kada je u multivarijatnoj binarnoj regresijskoj analizi statistički kontroliran eventualni zbunjujući učinak samo onih varijabli koje su bile statistički značajno - na razini $P<0,25$ - povezane i s vrstom psihodinamske grupe i s razmjernom promjenom simptoma PTSP od najmanje 5%: trajna promjena ličnosti, fobija (OR za homogenu grupu=0,40; 95% CI 0,11-1,47; $P=0,170$).

4.6.4. *Razmjerna promjena depresivnosti (Beck intervalna ljestvica)*

Nakon prilagodbe za inicijalne vrijednosti dobi, radnog statusa, broja prethodnih hospitalizacija, trajne promjene ličnosti i fobije, analizom kovarijance nije utvrđena statistički značajna razlika između homogene i heterogene psihodinamske grupe u razmjernoj promjeni depresivnosti mjerene na Beck intervalnoj ljestvici ($F(1,65)=1,61$; $P=0,210$; $\eta^2=0,02$).

Nakon što je u analizi kovarijance kontroliran samo eventualni zbunjujući doprinos dobi, jedine varijable koja je statistički značajno ($P\leq 0,25$) bila povezana i s vrstom psihodinamske grupe i s promjenom depresije, razlika između homogene i heterogene grupe u promjeni depresije bila je statistički značajna ($F(1,80)=4,37$; $P=0,040$; $\eta^2=0,05$). Koeficijent višestruke determinacije prilagođen za broj prediktora iznosio je $R^2=0,03$. U heterogenim grupama nakon intervencije prosječni rezultat na Beckovoj ljestvici povišen je za 5%, dok je u homogenima smanjen za 8%. Nakon prilagodbe za dobne razlike, homogene grupe pokazale su veću učinkovitost na pad depresivnih simptoma mjerenu Beckovom ljestvicom.

4.6.5. *Razmjerna promjena depresije od najmanje 10% (binarna varijabla)*

Nakon prilagodbe za inicijalne vrijednosti dobi, radnog statusa, broja prethodnih hospitalizacija, trajne promjene ličnosti i fobije, multivarijatnom binarnom logističkom regresijom utvrđena je statistički značajna razlika između homogene i heterogene psihodinamske grupe u razmjernoj promjeni depresije od najmanje 5% (OR za homogenu grupu=7,53; 95% CI 1,78-31,69; $P=0,006$). Ispitanici liječeni homogenim grupama imali su 7,5 puta veće izgleda za smanjivanje depresije mjerene Beckovom ljestvicom od najmanje 10%.

Uočena razlika ostala je statistički značajnom i kada su u multivarijatni binarni logistički regresijski model uključene samo varijable čije su vrijednosti inicijalno bile statistički značajno ($P\leq 0,25$) različite između homogene i heterogene grupe, te koje su istovremeno na toj razini statističke značajnosti bile povezane s promjenom depresivnosti od najmanje 5% (OR za homogenu grupu=5,53; 95% CI 1,92-15,97; $P=0,002$).

4.6.6. *Razmjerna promjena kvalitete života (intervalna varijabla)*

Nakon prilagodbe za inicijalne vrijednosti dobi, radnog statusa, broja prethodnih hospitalizacija, trajne promjene ličnosti i fobije, analizom kovarijance nije utvrđena statistički značajna razlika između homogene i heterogene psihodinamske grupe u razmjernoj promjeni kvalitete života mjerene na intervalnoj ljestvici ($F(1,67)=0,00$; $P=0,988$; $\eta^2=0,00$).

Statistički značajna povezanost razmjerne promjene kvalitete života nakon intervencije s vrstom psihodinamske grupe nije dobivena niti kada je u analizi kovarijance statistički kontroliran eventualni zbunjujući učinak samo onih varijabli koje su bile statistički značajno - na razini $P<0,25$ - povezane i s vrstom psihodinamske grupe i s razmjernom promjenom kvalitete života: broj prethodnih hospitalizacija, fobija ($F(1,71)=0,06$; $P=0,803$; $\eta^2=0,00$).

4.6.7. *Razmjerna promjena kvalitete života od najmanje 10% (binarna varijabla)*

Nakon prilagodbe za inicijalne vrijednosti dobi, radnog statusa, broja prethodnih hospitalizacija, trajne promjene ličnosti i fobije, multivarijatnom binarnom logističkom regresijom nije utvrđena statistički značajna razlika između homogene i heterogene psihodinamske grupe u razmjernoj promjeni kvalitete života od najmanje 10% mjenog na binarnoj ljestvici (OR za homogenu grupu=4,67; 95% CI 0,67-32,53; $P=0,119$).

Statistički značajna povezanost razmjerne promjene simptoma PTSP-a s vrstom psihodinamske grupe nije dobivena niti kada je u multivarijatnoj binarnoj regresijskoj analizi statistički kontroliran eventualni zbunjujući učinak samo onih varijabli koje su bile statistički značajno - na razini $P<0,25$ - povezane i s vrstom psihodinamske grupe i s razmjernom promjenom kvalitete života od najmanje 10%: broj prethodnih hospitalizacija, fobija (OR za homogenu grupu=1,69; 95% CI 0,38-7,48; $P=0,487$).

4.6.8. *Razmjerna promjena kompozitnog ishoda (intervalna varijabla)*

Nakon prilagodbe za inicijalne vrijednosti dobi, radnog statusa, broja prethodnih hospitalizacija, trajne promjene ličnosti i fobije, analizom kovarijance nije utvrđena statistički

značajna razlika između homogene i heterogene psihodinamske grupe u razmjernoj promjeni kompozitnog ishoda mjenog na intervalnoj ljestvici ($F(1,67)=0,14$; $P=0,713$; $\eta^2=0,00$).

Statistički značajna povezanost razmjerne promjene simptoma PTSP s vrstom psihodinamske grupe nije dobivena niti kada je u analizi kovarijance statistički kontroliran eventualni zbunjujući učinak samo onih varijabli koje su bile statistički značajno - na razini $P<0,25$ - povezane i s vrstom psihodinamske grupe i s razmjernom promjenom kompozitnog ishoda: dob, radni status, trajna promjena ličnosti ($F(1,79)=0,04$; $P=0,840$; $\eta^2=0,00$).

5. RASPRAVA

Naše je istraživanje pokazalo da je smanjivanje intenziteta simptoma PTSP-a moguće predvidjeti na temelju podatka o trajnoj promjeni ličnosti (F62.0) i dobi. Smanjenje depresivnosti mjereno Beckovom ljestvicom moguće je predvidjeti na temelju Crown-Crispovog indikatora histerične ličnosti. Poboljšanje kvalitete života nakon terapije moguće je predvidjeti na temelju broja prethodnih hospitalizacija i somatske manifestacije anksioznosti.

Ukupni uspjeh terapije (mjeren kompozitnim ishodom: prvom glavnom komponentom redukcije intenziteta simptoma PTSP-a i depresije, te povećanjem kvalitete života) moguće je predvidjeti na temelju radnog statusa bolesnika prije uključivanja u terapiju, broja prethodnih hospitalizacija, te somatske manifestacije anksioznosti i histerične ličnosti.

Rezultati su pokazali da nema razlike u učinkovitosti između homogene i heterogene psihoterapijske grupe u liječenju oboljelih veterana u odnosu na intenzitet simptoma PTSP-a i kvalitetu života. Međutim, pokazali smo da je u homogenim grupama 7,5 puta veći izgled za izlječenje simptoma depresije mjerene Beckovom ljestvicom od najmanje 10%.

5.1. Inicijalne karakteristike ispitanika

U literaturi se navodi da su za nastanak akutnog PTSP-a od presudnog značenja karakteristike traumatskog događaja, a prema brojnim studijama (31,33,57,58,73,94) za kronični tijek PTSP-a su važne premorbidne značajke ličnosti.

U homogenim grupama se liječilo 55,8% ispitanika, a 44,2 % u heterogenim psihodinamskim grupama. Između sudionika homogene u odnosu na heterogene grupe nisu pronađene relevantne niti statistički značajne razlike s obzirom na bračni status, roditeljstvo, broj psihijatrijskih komorbiditeta, primarnu strategiju suočavanja sa stresom (COPE), te u crtama ličnosti (CCII). U odnosu na kliničke značajke ispitanika, samo 3,8% ispitanika do trenutka uključivanja u istraživanje nije bilo nikada hospitalizirano. Polovina ispitanika je liječena hospitalno jednom, a preostali 3 i više puta. Prosječno trajanje liječenja je bilo 56 dana. Istraživanja (93,107) navode i duže trajanje hospitalizacija (4 mjeseca, odnosno 60-90 dana) za skupinu oboljelih od kroničnog PTSP-a. Ovi podaci upućuju da se radi o veteranima s

kroničnim i težim formama PTSP-a, popraćenim komorbiditetom. Stoga ne začuđuje podatak da samo 3,5% ispitanika nije imalo niti jedan psihijatrijski komorbiditet, što se slaže sa podacima iz literature o značajnoj učestalosti komorbidnih poremećaja kod PTSP-a (3,19,43,54,61). Od svih komorbiditeta u najvećoj frekvenciji je pronađen komorbiditet trajne promjene ličnosti nakon katastrofalnih događaja (F 62.0).

U našem istraživanju je prosječna životna dob naših ispitanika bila 49 godina. U sličnim istraživanjima (107) ispitanici su bili oko 52 godine stari. Daljnja obrada rezultata je pokazala da je niža dob bolesnika statistički značajno povezana s komorbiditetom trajne promjene ličnosti nakon katastrofalnih događaja, što je u skladu s nalazima drugih autora, o snažnijem učinku ratne traume u osobe mlađe dobi (19,108). Ti bolesnici su imali značajno veći broj prethodnih hospitalizacija. U našoj studiji ti su ispitanici značajno češće liječeni u heterogenim grupama. Ovako visok komorbiditet može se objasniti činjenicom da dvadesetak godina nakon Domovinskog rata liječenju pristupaju veterani s tvrdokornim i težim kliničkim slikama koji unatoč protoku vremena još uvijek imaju izraženu simptomatologiju. Po aktualno važećim MKB-10 kriterijima, dijagnostički entitet trajne promjene ličnosti nakon katastrofalnih događaja (F62.0) isključuje postavljanje dijagnoze PTSP (F43.1). Kao što je vidljivo iz ovih rezultata, klinička praksa je drugačija.

Zanimljivi su rezultati istraživanja u Hrvatskoj, koje je provela Nemčić Moro i suradnici (19). Na uzorku od 247 ratnih veterana pronađeno je da 43% ispitanika ima komorbiditet PTSP-a i kompleksnog PTSP-a tj. DESNOS-a (od engl. Disorders of extreme stress, not otherwise specified). Rezultat ovog istraživanja je pokazao da simptomi PTSP-a ne nestaju nakon što su se razvile trajne promjene ličnosti kao posljedica psihotraumatizacije. Sličan podatak su pokazali i drugi, strani autori (62). Oni su pronašli 57% prevalenciju DESNOS-a kod ratnih veterana koji su oboljeli od PTSP-a, dok njih svega 31% traži bolnički tretman. Visoki komorbiditet kod PTSP-a se tumači na više načina. Prvo, poznato je da postojanje psihijatrijskog poremećaja u djetinjstvu može povećati rizik razvoja PTSP-a (54). Kod takvih osoba (12), radi se o tipu II traumatskog iskustva koje uključuje višekратно i/ili dugotrajno traumatsko iskustvo kao što je zlostavljanje ili zatočeništvo, te se klinička slika prezentira kao kompleksni PTSP ili DESNOS. Drugo, PTSP može biti rizični čimbenik za druge psihijatrijske poremećaje, primjerice zlouporabu alkohola i droga, koje osobe koriste kako bi pokušale umanjiti simptome PTSP-a, a to može povećati vjerojatnost za razvoj ovisnosti kao i

depresije. Treće, povezanost (komorbiditet) može biti ne-uzročan, tj. može biti posljedica genetičkih i okolišnih (socijalnih) čimbenika. Često su određeni rizični genetički čimbenici zajednički za PTSP i ovisnost kao i za depresivne poremećaje. Također različiti okolišni čimbenici mogu predstavljati rizične čimbenike. Ovisno o premorbidnoj vulnerabilnosti može se razviti PTSP ili velika depresija ili ovisnost o alkoholu i/ili drugim psihoaktivnim tvarima (61).

U radu sa žrtvama koje su preživjele koncentracijski logor i kod ratnih veterana zamijećene su promjene u osobnosti traumatiziranih, te visoka učestalost psihosomatskih oboljenja uz aleksitimiju, nemogućnost da se identificiraju i verbaliziraju osjećajna stanja (35). Rezultat je robotu slično postojanje, lišeno fantazija i empatije za druge, često udruženo s kroničnim fizičkim bolestima, alkoholizmom ili ovisnosti o drogama. Te su posljedice traume protumačene u skladu s Freudovom tvrdnjom da je trauma uzrokovana subjektivnim osjećajem bespomoćnosti, ali nije prihvaćeno obrazloženje o Freudovoj primarno ekonomskoj, podražaj-štit definiciji traume. Smatra se (35) da trauma kod odraslih uzrokuje bespomoćnost i blokira afekt. Inhibicija i suženje afekta napreduje uključujući i sve kognitivne funkcije i ta se pojava naziva katatonom reakcijom koja, ako se nesmanjeno nastavi, može spriječiti radnje koje služe održavanju života kao i sve adaptivne mehanizme rezultirajući psihogenom smrću organizma.

Trajne promjene osobnosti su u našem uzorku ispitanika bile povezane s nižom životnom dobi, što se slaže sa podacima u literaturi (19,58). Adolescenti koji su otišli u rat su vulnerabilna skupina. Njihov psihološki razvoj nije bio dovršen. Po definiciji su ovisni o grupi, ratnim drugovima, s kojima su se identificirali i koji su postali dio njihovog selfa. Nakon rata, naglo i bez pripreme su ostali sami. Posebnost nepovoljnih peri-traumatskih čimbenika PTSP-a kod hrvatskih veterana jest ta, što je izostala šira društvena podrška (95). U nekim kulturama je prepoznata potreba prijelaza iz vojničkog života u civilni u vidu rituala „pročišćavanja“ ratnika nakon povratka sa bojišta. Rituali pomažu reintegraciji superega i time oporavku. Ukoliko izostane podrška okoline, a radi se o figuri „dovoljno dobrog oca“, oboljeli ostaju jednim dijelom trajno „zaglavljani“ u ratu. Ovaj nedostatak oca koji je „zadivljen sinovima“, rezultira dubokom narcističnom povredom i vulnerabilnošću uz razvoj narcističnog bijesa i agresije prema većini autoriteta (92). Za razliku od mlađih vojnika, vojnici koji su u rat otišli u kasnijoj životnoj dobi su bili psihološki u boljoj situaciji. Budući

da su svoj psihološki razvoj dovršili, imali su bolje adaptacijske strategije. Stoga je u našem istraživanju starija životna dob, u ukupnom uzorku, imala manju frekvenciju trajnih promjena ličnosti nakon katastrofalnih događaja.

Proučavan je (108) utjecaj vulnerabilnosti ličnosti na nastanak PTSP-a u sklopu studije Nacionalne vijetnamske veteranske ponovne prilagodbe. Prema podacima izdvojenim iz medicinske dokumentacije i prema samoprocjenskim ljestvicama pronađeno je da su značajno jače vulnerabilni bili veterani sa slijedećim anamnestičkim podacima: jedan ili više članova obitelji je bio uhapšen u djetinjstvu, jedan ili više članova obitelji su imali probleme sa zlouporabom alkohola, kada je bilo prisutno fizičkog zlostavljanja, oni koji su imali zabilježen poremećaj ponašanja prije ulaska u vojsku, oni koji su imali jedan i više psihijatrijskih poremećaja prije rata, bili su niže razine intelektualnog funkcioniranja, i imali su prosječno ili niže postignute rezultate kvalifikacijskog testa, dob od 25 godina kada su ušli u vojsku, te osobe koje nisu imale ratno iskustvo (108).

U vrijeme završetka Domovinskog rata 1995. godine, prosječna dob naših ispitanika je bila 28 godina. U to vrijeme dvoje je bilo maloljetno, a najstariji ispitanik je imao 44 godine. Ukupno trećina (33,7%) je bila mlađa od 25 godina. Naše je istraživanje potvrdilo prethodna istraživanja (58,108) da je dob važan predskazatelj PTSP-a. I druga su istraživanja (108) upozorila na činjenicu da je kod muškaraca koji su mlađi od 25 godina, 7 puta veća vjerojatnost da razviju PTSP od starijih osoba.

5.1.1. *Mehanizmi suočavanja sa stresom (COPE)*

Na našem uzorku je pronađena statistički značajna razlika u prevalenciji primarnih strategija suočavanja sa stresom prije i nakon intervencije, što znači da su terapijske intervencije u dnevno-bolničkim programima imale utjecaja na ovako dobiveni ishod liječenja. Prije intervencije su naši ispitanici koristili u najvećem postotku izbjegavajuće mehanizme (48,8%), a nakon intervencije još i više (58,1%). Nepoduzimanje ili izbjegavanje akcija usmjerenih na problem, te negiranje spoznaje da se događaj dogodio, povlačenje u osamu, potiskivanje emocija, prekomjerno konzumiranja alkohola i droga, maštanje, sanjarenje, korištenje humora, i samodestruktivno ponašanje, neke su od izbjegavajućih strategija. Podatak da ove strategije više koriste kod otpusta (sa liječenja) je naizgled paradoksalan. Isto

tako se usmjerenost na emocije, suprotno očekivanju jer su se ispitanici nalazili u grupama, smanjila sa 17,4 na 10,5 %, kao i mehanizam usmjerenosti na problem (mada neznatno, sa 33,7 na 31,4%), što znači da su ispitanici pažnju usmjerili na neke druge sadržaje. Taj se podatak može objasniti činjenicom da psihodinamska psihoterapija dovodi do otvaranja bolnih i duboko potisnutih traumatskih sjećanja i neugodnih afekata što može dovesti do pojačanog korištenja dotadašnjih strategija suočavanja (eng. „coping“). Cilj dinamske psihoterapije je prorada traumatske priče. U atmosferi bazičnog povjerenja putem terapijskih intervencija, postupno se radi na uklanjanju obrana (tj. otpora) koje su dijelom nesvjesne, a djelom i svjesne. Svjesne obrane su strategije suočavanja, te se u proradi traume prvo radi na njima. Tako u početnoj fazi psihoterapije dolazi do paradoksalne reakcije. Primijećuje se eskalacija simptoma poremećaja kao i pojačanog korištenja strategija suočavanja. Na učestalo korištenje izbjegavajućih strategija suočavanja („coping“) upućuje i činjenica da trijas kliničkih simptoma PTSP-a uključuje intruzije, izbjegavajuće ponašanje i hiperpodražljivost autonomnog živčanog sustava. Podaci iz literature (45,46) pokazuju da je mehanizam izbjegavanja značajni predskazatelj PTSP-a.

Psihoanalitičar Janet (5) je središnjom točkom nastanka traume smatrao pojavu fragmentacije kroz koju traumatsko zbivanje razara složeni sustav samozaštite. Tu pojavu „dijelećeg“ utjecaja intenzivnih osjećaja koje onesposobljavaju „sintetizirajuću“ funkciju duha naziva disocijacijom. Disocijacija nastoji spriječiti strah od prisjećanja i u mnogim slučajevima ona ne proizlazi iz pukog potiskivanja već iz smanjenih mentalnih kapaciteta zbog snažnih emocija. Depersonalizacija, derealizacija i amnezija su dijelovi disocijativnog spektra čije su odrednice: a) konfuzija identiteta i izmjena ego stanja, b) emocionalna otupjelost koja je konceptualizirana istovjetno s depersonalizacijom i derealizacijom, c) apsorpcija i d) isključenost emocionalna i prostorna („spacing out“). Disocijativna je depersonalizacija kao česta posljedica traume znak prekida dodira („detachment“) između osobe i okoline. Sam pojam „deachment-a“ označava emocionalno isključivanje, nezainteresiranost, indiferentnost i otuđenost, te predstavlja „coping“ strategiju pred potencijalnim živčanim slomom (109). Upravo zbog „detachment-a“ koji je tako tipičan za ovaj poremećaj, samo jedan od 20 slučajeva unutar zajednica stvarno i traži pomoći (6). Kada se i uključe u terapijski proces, bilježi se ispadanje iz procesa, i do 30%, zbog čega se ova skupinu oboljelih od PTSP-a smatra terapijski zahtjevnom i rezistentnom (70).

Istraživan je način prilagodbe kod 152 veterana koji nisu trebali psihijatrijsku pomoć, što znači da su imali dobre adaptacijske kapacitete (110). Pronađeno je da su ispitanici doživjeli intenzivan traumatski događaj. Koristili su ne-izbjegavajuće „coping“ mehanizme, što je rezultiralo dobrom ponovnom prilagodbom nakon povratka sa ratišta. Autori su zaključili da je bolji predskazatelj prilagodbe vrsta „coping“ mehanizama, nego izloženost traumatskom događaju. Zbog toga je psihoedukacija u sklopu terapijskih programa vrlo važna terapijska intervencija. Utvrđena je (111) povezanost „coping“ stilova i obiteljskog funkcioniranja. Zaključeno je da su „coping“ mehanizmi u pozitivnoj korelaciji s dobrom prilagodbom. Problemu usmjeren „coping“ daje osjećaj emocionalne i kognitivne nadmoći nad traumatskom situacijom što omogućava ponovnu analizu i prestrukturiranje i na taj način individualnu procjenu događaja.

U istraživanjima se opisuje čitavi set načina suočavanja sa stresom. Proučavani su (112) mehanizmi ponavljanja simptoma intruzivnih sjećanja na uzorku od 110 hospitaliziranih vijetnamskih veterana. Identificirani su slijedeći načini: konfrontacija, distanciranje, samokontrola, traženje socijalne pomoći, prihvatanje odgovornosti, bijeg, planirano problem - rješenje i ponovna procjena. Predominantno veterani koriste emocijama usmjerenom suočavanju i izbjegavanju traumatskih sjećanja, i što je PTSP intenzivniji, to se ovi mehanizmi više koriste. Proučavajući načine „coping“ mehanizama s traumatskim sjećanjima identificirani su: procesuiranje događaja (razumijevanje i davanje značenja), odmor (traženje aktivnosti poput slušanje muzike), poricanje i povratak religiji i filozofiji. U novije vrijeme se sve više piše o važnoj ulozi religioznosti u „nošenju“ sa traumom. Pripadnost vjerskoj skupni oboljeloj osobi vraća osjećaj uključenosti svakodnevnog života, što je važan čimbenik u oporavku oboljelih veterana (113).

5.1.2. *Neuroticizam (CCII)*

U našem istraživanju je pronadeno da je statistički značajno različita raspodjela četiri čestice Crown-Crispovog iskustvenog pokazatelja (CCII) koje su odstupale od teorijske normalne raspodjele: slobodnolebdeća anksioznost, opsesivnost, somatske manifestacije anksioznosti i histerična ličnost. Ostale čestice fobija i depresije nisu bile statistički značajno različite od teorijskih normalnih raspodjela. Ovakva raspodjela je očekivana, jer se radi o dijagnostičkom entitetu koji po definiciji spada u anksiozne poremećaje. Somatsku manifestaciju anksioznosti

je, doduše, pod drugim terminom opisao još Kaplan (6). On je PTSP opisao pod terminom „vojničko srce“, odnosno „shell shock“. U to vrijeme se nastanak PTSP-a tumačio djelovanjem kontuzijskih eksplozija. Poznato je da jaka trauma može uništiti dobar unutarnji objekt (92), zbog čega se klinički prezentira anksioznost različitih razina, od neurotične do psihotične razine (14,18,19,40).

Eysenck neuroticizam opisuje kao tendenciju izrazito emocionalnog reagiranja na neugodne događaje (97). Osobe koji ima visoki neuroticizam su jako osjetljive i radi toga imaju brzi, intenzivni odgovor na stres. Paradoksalno, kod onih koje imaju niski neuroticizam je pronađeno da se lako destabiliziraju stresnim događajem.

Općenito se za vojnike smatra da je riječ o zdravim i stabilnim pojedincima. Opisana su dva osnovna tipa ličnosti karakteristična za vojnike: značajke ličnosti klastera B - „lagano“ antisocijalni, narcistični klaster i klaster C - opsesivno-kompulzivni, ovisni klaster (114). Uz ove slabosti, navode se i prednosti ovih ličnosti: klaster B ima značajke traženja visokog rizika i kompetitivnosti, a klaster C visoku savjesnost, što je prikladno (adaptabilno) ratnoj situaciji. Istraživanje crta ličnosti njemačkih vojnika (114) je pokazalo da postoji razlika u razini neuroticizma u odnosu na opću populaciju. Vojnici (uzorak od 235 vojnika od kojeg su 143 bili muškarci i 92 žene) su imali niži neuroticizam, dimenziju otvorenosti i ugodnosti u odnosu na opću populaciju. Također je pronađen veći broj bodova u ekstroverziji, savjesnosti, riziku i kompetitivnosti. Broj bodova elastičnosti je također viši kod vojnika nego u opće populacije (114).

Studija (115) je na uzorku 214 vojnika koji su sudjelovali u borbenim aktivnostima kao pješništvo u Iraku pokazala da osobe s visokim brojem bodova za neuroticizam imaju jače izražene simptome PTSP-a, depresije i somatizacije, i to 5 mjeseci nakon traumatskog događaja. Međutim, ova povezanost nestaje nakon kontrole pre-traumatskih simptoma. Utvrdilo se da nakon izloženosti traumatskom događaju ne postoji razlika između onih koji su imali visoki neuroticizam, u odnosu na one sa niskim neuroticizmom. Autori zaključuju da osobe sa visokim neuroticizmom nisu više reaktivne ili osjetljive na traumatske događaje. I ovo istraživanje potvrđuje odlučujuću ulogu traumatskog događaja na nastanak PTSP-a, a oduzima značenje utjecaja premorbidnih crta ličnosti (115).

Britvić (71) je, koristeći CCII upitnik, provela istraživanje na tri skupine ratnih veterana. Jedna skupina oboljelih od PTSP-a se liječila grupnom psihoterapijom, druga skupina su činili veterani oboljeli od PTSP-a koji se nisu psihoterapijski liječili, a treća skupina su bili veterani koji nisu razvili PTSP. Rezultati su pokazali da prva grupa ima značajno manje izražene simptome PTSP-a nego druga grupa, koja se nije liječila. Značajno više vrijednosti anksioznosti i somatizacije bilježe se u prvoj i drugoj skupini, a depresivnost je izražena u sve tri skupine. Ti podaci upućuju da izloženost ratnoj psihotraumi može dovesti do razvoja depresivnosti i upotrebe nezrelih mehanizama obrane i bez kliničke slike PTSP-a. Rezultati istraživanja su pokazali da grupna psihoterapija reducira neke od simptoma PTSP-a, ali ne utječe na anksioznost, depresivnost i nezrele obrambene mehanizme. Autorica i suradnici (71) na skali histerioidnosti nisu utvrdili postojanje statistički značajnih razlika između tri skupine.

U našem istraživanju, nakon detaljnije statističke obrade, pronađeno je da je histerična ličnost na CCII ljestvici statistički značajno povezana s brojem psihijatrijskih komorbiditeta. Najviša frekvencija komorbiditeta su bile trajne promjene ličnosti. Ovaj nalaz je potpuno novi rezultat. Termin histerija je poznat još od starih Grka, a u psihoanalitičkom značenju ima više značenja. Označava dijagnostički termin za konverzivnu neurozu, značajke ličnosti ili obranu (80). Histerične osobe su fiksirane u edipalnoj fazi psihoseksualnog razvoja te imaju za tu fazu karakteristične obrambene mehanizme: represiju i disocijaciju. Još su u pretprošlom stoljeću Freud i Breuer objasnili histerične simptome kao rezultat potisnutih sjećanja i konverzije u fizički simptom (31). Teoretičar objektnih odnosa Fairbarin (80) je smatrao da uzrok histerije leži u paranoidno-shizoidnoj poziciji. Autor tumači da kod histerične osobe postoji eksternalizacija dobrog objekta i internalizacija lošeg objekta, a kao rezultat se očituje stalna težnja histerične osobe za vanjskom pažnjom (80).

U skladu sa Fairbarin-ovim tumačenjima (80) mogu se objasniti i naši rezultati. Naime jedna trećina veterana je otišla u Domovinski rat mlađa od 25 godina, a dva ispitanika su bili maloljetni. U grupi veterana tražili su podršku, što se kasnije nastavilo i u svakodnevnom životu. Kada je ta podrška izostala, javio se narcistični bijes, revolt i nezadovoljstvo prema svim autoritetima, zbog čega ova populacija na žalost često nosi negativnu stigmju u široj društvenoj zajednici.

Grupa kao terapijski medij ima veliki potencijal gratifikacije emocionalnih potreba psihotraumatiziranih. Emocionalno korektivno iskustvo, prema Yalomu, je značajan liječidbeni čimbenik oporavka. Za osobe sa histeričnim značajkama ličnosti je grupna psihodinamska psihoterapija metoda izbora u liječenju. Histerične ličnosti imaju višu razinu funkcioniranja te ostvaruju bolju terapijsku suradnju i time bolji terapijski uspjeh. Sličan rezultat pokazan je u istraživanju Forda i suradnika (98).

Za razliku od literaturnih podataka (114), u našem uzorku ispitanici su na upitniku CCII pokazali blago sniženu opsesivnost. Unutarnji svijet oboljelog veterana je pust, bez dobrog objekta, i osjećaja bazičnog povjerenja „da je svijet sigurno mjesto“. Osamljenost, krivnja i bespomoćnost stvaraju obrane. Tipično je za psihotraumatizirane da se od navedenih neugodnih unutarnjih proživljavanja brane pretvaranjem, postaju ukočeni i distancirani od intimnosti i okoline. Tijekom vremena ovakve obrane rezultiraju sekundarnom karakternom distorzijom. Klinički se prepoznaje više slika poremećaja ličnosti: graničnog („borderline“), narcističnog, antisocijalnog, paranoidnog, shizotipnog, izbjegavajućeg i opsesivnog poremećaja ličnosti (17,19,35,92). Stoga je podatak o sniženoj opsesivnosti možda slučajan radi uvjeta istraživanja: uzorak ispitanika je relativno mali, a dolazak ispitanika je nastao susljednim tijekom dolaska u dnevnu bolnicu.

5.2. Glavni ishodi intervencije

5.2.1. Klinička slika PTSP (M-PTSD)

Rezultati istraživanja su pokazali da je prosječni broj bodova na M-PTSP prije uključivanja bio 139, a nakon 137. Razlika u intenzitetu simptoma PTSP-a nakon intervencije bila je statistički značajna, ali nedovoljno velika da bi bila klinički relevantna. Smatramo da je uzrok ovakvom rezultatu kronicitet poremećaja i komorbiditet sa trajnom promjenom ličnosti nakon katastrofalnih događaja. U kliničkoj praksi se ova dva komorbidna poremećaja liječe po istom algoritmu, što je jedan od mogućih razloga parcijalnog uspjeha terapije.

Iz naših rezultata je vidljivo da je dvije trećine ispitanika doživjelo poboljšanje rezultata na M-PTSP ljestvici, a jedna trećina pogoršanje. Pogoršanje simptoma može se objasniti s već spomenutom paradoksalnom reakcijom na početne faze psihoterapije, i to kao posljedica udruženog (simultanog) djelovanja pojačanog korištenja svjesnih „coping“ strategija

(kognitivnih) i nesvjesnih obrana (otpora). I drugi podaci iz literature pokazuju parcijalna poboljšanja. Johnson i suradnici (93) su pratili rezultate intenzivnog bolničkog liječenja u trajanju od 4 mjeseca kod 51 ispitanika s borbom uzrokovanim PTSP-om. Pokazalo se da iako nakon liječenja dolazi do poboljšanja u obiteljskom funkcioniranju, te redukcije nasilnog ponašanja, ne dolazi do smanjenja simptoma PTSP-a. Ti su ispitanici praćeni 6, 12 i 18 mjeseci i pokazalo se da se funkcioniranje vraća na stanje koje je bilo kod prijama u bolnicu. I druge studije (94,95) pronalaze parcijalni uspjeh u liječenju ovog poremećaja. Istraživanje Ljubotine i suradnika (95) pokazuje uspjeh liječenja na planu adaptacije i socijalnog funkcioniranja, dok je intenzitet simptoma refrakteran na liječenje, osim intruzivnih simptoma, kod kojih se postiže najbolji rezultat. Također, potvrdilo se da hrvatski veterani nisu zadovoljni načinom na koji se društvo odnosi prema njima.

Prije intervencije postoji značajna povezanost između PTSP simptoma (M-PTSP) i CCII sa slobodno lebdećom anksioznošću i depresijom. Ovo su također očekivani rezultati budući se radi o tipičnim simptomima poremećaja.

U radu sa veteranima oboljelima od PTSP-a, Britvić i suradnici (96) su u prospektivnoj studiji kojom se tijekom petogodišnjeg razdoblja pratio uzorak od sedam malih grupa, vođenih po principima grupne, dinamski orijentirane psihoterapije, pronašli da je ova tehnika imala pozitivan ishod. No, grupna terapija je bila djelomično učinkovita u liječenju PTSP-a. Učinci liječenja su se ogledali u redukciji intenziteta simptoma PTSP-a, smanjenju učestalosti komorbidnih dijagnoza i bolničkih liječenja. Postigla se redukcija intenziteta simptoma ponovnog prisjećanja i pojačane pobuđenosti, dok su simptomi izbjegavanja i emocionalne otuđenosti ostali nepromijenjeni. Anksioznost, depresivnost kao i ostali neurotski simptomi (CCII) također se nisu promijenili. Nezreli mehanizmi obrane su se zadržali unatoč provedenom liječenju.

Za razliku od našeg istraživanja, Britvić (96) je pronašla da je starija dob liječenih povezana sa smanjenim terapijskim učincima na neke od simptoma PTSP-a i nižom razinom obrambenih mehanizama kompenzacije. Pronađeno je da obrazovanje, bračni status, duljina ratnog iskustva i opterećenost ranom traumom nisu povezani s ishodom liječenja. Osobe neriješenog statusa su na kraju liječenja imale izraženiju anksioznost i somatizaciju (96).

Schnur i suradnici (116) su u randomiziranom kliničkom pokusu pratili rezultate učinka liječenja veterana oboljelih od PTSP-a (n=360) u trauma fokusiranim i „present-centriranim“ grupama (gdje se izbjegava eksploracija traume), tijekom 12 mjeseci. Iako se utvrdilo značajno poboljšanje kliničke slike (u odnosu na početak liječenja) u 40% ispitanika, nije se pronašla razlika učinkovitosti liječenja u ovim dvijema vrstama grupa. Rezultati su pokazali da su veterani, koji su se liječili u trauma fokusiranim grupama, imali veću redukciju simptoma izbjegavanja, otupjelosti i općenito PTSP simptoma, iako je ispadanje iz studije bio veći upravo u tim grupama. Prosječno poboljšanje simptoma je bilo skromno u obje vrste grupa. Autori (116) zaključuju da ovo istraživanje nije utvrdilo učinak liječenja u trauma fokusiranim grupama (vođenim po kognitivno-bihevioralnim principima). Ti podaci upućuju da je i kod randomiziranih studija s većim brojem ispitanika rezultat sličan rezultatima našeg istraživanja.

5.2.2. *Depresivnost (Beckova ljestvica)*

U našem istraživanju smo pronašli da je prije intervencije srednja vrijednost broja bodova na Beckovoj ljestvici depresije bila 31, a nakon intervencije 30, što znači da nije došlo do značajnog pada i promjene depresivnih simptoma na Beckovoj ljestvici nakon intervencije. Ukupno je dvije trećine ispitanika doživjelo poboljšanje rezultata na Beckovoj ljestvici depresije, kod jedne trećine je došlo je do pogoršanja nakon intervencije, a kod dva ispitanika nije bilo nikakve razlike u rezultatu Beckove ljestvice prije i nakon intervencije. Osjećaj beznađa se u ratnoj situaciji javlja zbog preplavljujućeg osjećaja bespomoćnosti koji dolazi sa shvaćanjem da u znatnom stupnju sudbina i preživljavanje ne ovisi o samim vojnicima. Stoga ne čudi da je i u ovom istraživanju utvrđeno da je depresivnost značajno povezana s brojem psihijatrijskih komorbiditeta te s mehanizmom izbjegavanja. Pronađena je korelacija broja bodova na Beckovoj ljestvici prije intervencije s česticama na CCII upitniku i značajna korelacija sa slobodno lebdećom anksioznošću, somatskom manifestacijom anksioznosti i depresijom. Promjena depresije nakon intervencije je varirala: u 46,5% ispitanika nije bilo promjene nakon intervencije, dok je poboljšanje pronađeno kod 31,4%, a pogoršanje kod 19% ispitanika. Ti rezultati upućuju na razmišljanja o depresiji kao zasebnoj reakciji na traumu, kako to smatraju Schnur i Green (54), a na istom tragu su i rezultati hrvatskih istraživača (71). Ova skupina bolesnika zahtjeva također posebnu intervenciju. Budući da su naši ispitanici razvili uz PTSP i različite komorbiditete, oni su terapijski zahtjevna skupina

bolesnika. Schnur i Green (54) smatraju da depresija djeluje na psiho-fizičko zdravlje preko dva mehanizma: izravno kao reakcija na traumatsko izlaganje i indirektno kao posljedica PTSP-a.

Sofko (107) i suradnici su radili istraživanje na uzorku od 139 veterana koji su bili bolničkom liječenju u trajanju od 60-90 dana, a terapijski program je baziran na kognitivno bihevioralnom konceptu. Program je uključivao terapijsku zajednicu, terapiju izlaganjem, rekreaciju, interprersonalnu grupnu terapiju i terapiju upravljanja ljutnjom. Srednju vrijednost na Beckovoj ljestvici kod prijama je bila 27,6, a 34,5% ispitanika je imalo depresiju umjerenog do teškog stupnja a 18,7% je bilo blagog i umjerenog stupnja. Kod otpusta je srednja vrijednost bila 23,1 i od toga su 29,5% ispitanika ispunjavali kriterije za ozbiljnu depresiju, 28,1% za srednje ozbiljnu a 28,1% za blagu do umjerenu, dok je 14,4% ispitanika imalo minimalne simptome. Za razliku of tih rezultata, naši su ispitanici imali na Beckovoj ljestvici veći broj bodova, podjednako je bilo umjerenog do teškog intenziteta depresije, ali su Sofko i suradnici uključili značajno više (više od 4 puta) ispitanika sa minimalnim simptomima. Iz tih podataka slijedi da su naši ispitanici imali inicijalno jače izražene simptome depresije, mjerene Beckovom ljestvicom, što je jedan od mogućih uzroka slabijeg terapijskog učinka.

5.2.3. *Kvaliteta života (Ljestvica kvalitete življenja)*

Na ljestvici kvalitete života prije i nakon intervencije, poboljšanje je postignuto kod 40,7% ispitanika, bez promjene je bilo 4,7% ispitanika, a pogoršanje je zabilježeno kod 54,7% ispitanika. Ovakav rezultat se tumači već spomenutim pogoršanjem simptoma u početnoj fazi psihoterapije, kada dolazi do paradoksalne reakcije. Za veće poboljšanje kvalitete života je potreban duži period (nego je to jedna hospitalizacija u prosječnom trajanju od 56 dana). Važan podatak koji je daljnja statistička obrada ponudila je statistički značajna povezanost kvalitete života sa strategijama suočavanja sa stresom. Najslabiju kvalitetu života su izražavali ispitanici čija je primarna strategija suočavanja sa stresom bilo izbjegavanje, a najveću oni čija je primarna strategija bila usmjerenost na problem. Naši rezultati potvrđuju prijašnje rezultate istraživanja (45,46,113,114,115). Problemu usmjeren „coping“ daje osjećaj emocionalne i kognitivne nadmoći nad traumatskom situacijom što omogućava ponovnu analizu i prestrukturiranje i na taj način individualnu procjenu događaja. Osobe koje ga

predominantno koriste su adaptabilnije i posredno imaju bolju kvalitetu života. Kvaliteta života je bila statistički značajno negativno korelirana sa slobodno lebdećom anksioznošću, somatskim manifestacijama anksioznosti i depresijom. Ovaj rezultat se slaže sa podacima iz literature. Autori (117) su proučavali odnos kliničke slike i simptoma intruzija, izbjegavanja i hiperpodražljivosti u odnosu na kvalitetu života. Istraživanje je pokazalo da su samo promjene u simptomima pojačane podražljivosti značajno povezane s promjenama kvalitete života. Rezultat upućuje na dvostruku povezanost: smanjenje simptoma pojačane podražljivosti može poboljšati kvalitetu života, i unaprijeđenje kvalitete života vodi smanjenju simptoma pojačane podražljivosti. Nadalje, istraživanje je (107) pokazalo da pacijenti s težom kliničkom slikom PTSP-a i depresije imaju nižu kvalitetu života (fizičkog i psihološkog), što se slaže sa ranijim istraživanjima (117). U odnosu na drugu populaciju psihotraumatiziranih, kod veterana s PTSP-om je nađena slaba mjera učinka (eng. effect size) psihoterapije (118).

Smatra se (107) da je niža kvaliteta života kod oboljelih veterana povezana s komorbiditetima. Od tjelesnih bolesti su najviše zastupljeni kardiovaskularni i metabolički sindrom, gastrointestinalne bolesti, ne-cirotične bolesti jetre, HIV seropozitivitet, bubrežne bolesti, moždani udar, bronhitis, astma i artritis. Prisutnost suicida te zlouporaba alkohola čini ovu skupinu visoko rizičnom. Oko polovine oboljelih od PTSP-a su razvili i depresiju, što predstavlja predskazatelje kroniciteta i ozbiljnosti tijeka poremećaja. Navedeni rezultati (107) su slični i podacima istraživanja komorbiditeta kod veterana oboljelih od PTSP-a koje je učinjeno na našoj populaciji (119). Usporedba prevalencije komorbidnih bolesti kod 501 veterana oboljelog od PTSP-a sa 825 kontrolnih muških ispitanika koji nisu bili izloženi ratnim iskustvima je pokazala da veterani češće boluju od kardiovaskularnih, dermatoloških, muskuloskeletnih, plućnih i metabolički bolesti, bez obzira na duljinu vremenskog perioda izloženosti borbenim aktivnostima. Predskazatelji kardiovaskularnih bolesti, bolesti muskuloskeletnog sustava i malignoma je bila dob, duljina vremena provedenog na ratištu i ranjavanje. Duži period na ratištu bio je povezan s aritmijama kod veterana s kompliciranim PTSP-om koji su imali prisutnost psihijatrijskog komorbiditeta (119). Zaključeno je da borbom uzrokovani PTSP povećava razvoj somatskih bolesti, što sveukupno smanjuje kvalitetu života oboljelih.

5.2.4. *Kompozitni ishod*

Kompozitni ishod kreiran je analizom glavnih komponenata tri glavna ishoda: razmjerne promjene intenziteta simptoma PTSP-a, depresije mjerene Beckovom ljestvicom i rezultata na ljestvici kvalitete života. Prema kriteriju izoliranja komponenti: svojstvene vrijednosti izolirana je jedna glavna komponenta koja je ukupno objašnjavala 52% varijance manifestnih čestica. Saturacija razmjerne promjene intenziteta simptoma PTSP-a tom glavnom komponentom iznosila je 0,76, promjene u depresivnosti mjerene Beckovom ljestvicom 0,74, a promjene u kvaliteti života -0,66. Prije analize kompozitnom ishodu je promijenjen predznak tako da je viši rezultat značio veće smanjenje intenziteta simptoma PTSP, veće smanjenje depresije i bolju kvalitetu života.

5.3. Povezanosti promjene nakon terapije sa sociodemografskim, kliničkim i psihološkim karakteristikama

5.3.1. *Intenzitet simptoma PTSP*

Univarijatnom analizom utvrđena je statistički značajna povezanost između razmjerne promjene intenziteta simptoma PTSP-a (M-PTSP) i trajne promjene ličnosti nakon doživljene katastrofe (F62.0). Kod bolesnika s trajnom promjenom ličnosti, promjena intenziteta simptoma PTSP-a bila je manja nego kod bolesnika bez tog psihijatrijskog komorbiditeta. U literaturi nema istraživanja koja su se bavila utjecajem posttraumatskih promjena osobnosti na učinkovitost psihoterapije i na smanjenje simptoma PTSP-a. Stoga je ovo vrijedan nalaz naše studije. Razlog tome vjerojatno leži u prethodno opisanoj dijagnostičkoj klasifikaciji koja isključuje PTSP i trajne promjene osobnosti nakon katastrofalnih događaja. Iako se dijagnostički entitet trajne promjene ličnosti nakon katastrofalnih događaja (F 62.0) pojavio u MKB-10 još 1990. godine, u dostupnim bazama podataka, nije nađen instrument s kojim se ovaj entitet dijagnosticira. S druge strane, u istraživačkom području je DSM-V klasifikacija u široj upotrebi, no u ovoj klasifikaciji ne postoji ovaj entitet (odgovarao bi simptomima iz grupe D). Kontroverze u klasifikacijama bolesti i poremećaja su stalno prisutna i predmet mnogih debata. Primjerice, u odnosu na DSM-V, Galatzer-Levi i Briyan (20) donose zanimljiv izračun o 636,120 kombinacija za nastanak kliničke slike ovog poremećaja.

Meta-analiza (118) koje je pratila učinkovitost psihoterapije u liječenju PTSP-a je pronašla da je prosječna mjera učinka 1.43, što upućuje na značajan učinak psihoterapije na PTSP, a oporavak se postiže u 56% slučajeva. To se smatra osobito dobrim rezultatom kada se radi o kroničnom poremećaju. Međutim, kada se radi o specifičnoj vrsti traume, kao što je borbom uzrokovani PTSP, mjera učinka je najslabija. Razlozi su višestruki. Prije svega teška klinička slika, uključivši i trajne promjene ličnosti, tj. ozbiljnost patologije veterana koji traže pomoć, zatim tendencija skrivanja (izbjegavajuće ponašanje) smetnji što onemogućava pravovremenu pomoć, te potencijalno sekundarna dobit (bolovanje, odnosno umirovljenje). Mjera učinka ovisi i o premorbidnim značajkama, što su potvrdili Forbes i suradnici (120) u svom istraživanju utjecaja stilova privrženosti na ishod liječenja psihoterapijskog programa vođenih po kognitivno-bihevioralnom principu. Utvrdili su da osobe s preokupirajućim stilom privrženosti postižu najslabiji uspjeh u liječenju kroničnog PTSP-a.

5.3.2. *Depresivnost*

Serijom univarijantnih, binarnih logističkih regresijskih analiza utvrđena je statistički značajna povezanost smanjenje depresivnosti mjerene Beckovom ljestvicom za minimalno 10% od inicijalnih vrijednosti s dobi, vrstom psihoterapijske grupe, brojem psihijatrijskih komorbiditeta, trajnom promjenom ličnosti (F62.0) te histeričnom ličnošću indiciranom Crown-Crisppovim iskustvenim pokazateljem. Komorbiditet PTSP i depresije su istraživali (121) i kod australskih veterana. Radilo se o velikom uzorku je (n=5352) veterana koji su sudjelovali u korejskom ratu. S velikim vremenskim odmakom od 50 godina 17% veterana je uz dijagnozu PTSP imalo i dijagnozu depresije, 15% je razvilo PTSP bez depresije, a 6% je razvilo depresiju bez PTSP-a. Komorbiditet je bio povezan sa smanjenim zadovoljstvom života, nižom kvalitetom života i većim intenzitetom simptoma. Utvrđeno je da je depresija povezana s nižim rangom u vojsci, a depresija nije bila povezana sa traumatskim događajem. Autori (121) smatraju da se psihopatologija komorbiditeta PTSP-a i depresije treba prezentirati kao poseban konstrukt: čimbenik generalnog traumatskog stresa. Zanimljiv je i podatak koji su pronašli: kod komorbiditeta depresije i PTSP-a veterani su bili jače rezistentni na terapiju antidepresivima u odnosu na one koji su imali samo PTSP.

5.3.3. *Kvaliteta života*

Serijom univarijatnih, binarnih logističkih regresijskih analiza utvrđena je statistički značajna povezanost povećanja kvalitete života za minimalno 10% od inicijalnih vrijednosti sa somatskim manifestacijama anksioznosti. Osim te varijable, u multivarijatnu analizu povećanja kvalitete života za najmanje 10% uključena je i dob, broj prethodnih hospitalizacija, primarna strategija suočavanja sa stresom, slobodnolebdeća anksioznost, fobije, depresija i histerična ličnost Crown-Crispovog iskustvenog pokazatelja.

5.4. Multivarijatni model učinaka terapije s obzirom na sociodemografske, kliničke i psihološke karakteristike

5.4.1. *Intenzitet simptoma PTSP-a (M-PTSP)*

U multivarijatni model za objašnjenje smanjivanja intenziteta simptoma PTSP (M-PTSP) od najmanje 5% uključene su sve varijable koje su s tim ishodom univarijatno bile povezane statistički značajno na razini $P \leq 0,25$. Ukupni model nije bio statistički značajan. Ispitanici s trajnom promjenom ličnosti imali su 82% manje izgleda za smanjenje intenziteta simptoma PTSP nego ispitanici bez trajne promjene ličnosti.

5.4.2. *Depresivnost (Beck)*

U multivarijatni model za objašnjenje smanjivanja depresije mjerene Beckovom ljestvicom od najmanje 10% uključene su sve varijable koje su s tim ishodom univarijatno bile povezane statistički značajno na razini $P \leq 0,25$. Nakon prilagodbe za dob, trajnu promjenu ličnosti (F62.0) i broj psihijatrijskih komorbiditeta, statistički značajni neovisni predskazatelji smanjenja depresije za najmanje 10% bili su vrsta psihoterapijske grupe i histerična ličnost prema Crown-Crispovom iskustvenom pokazatelju. Izgledi ispitanika liječenih u homogenim grupama za smanjenje depresije od najmanje 10% bili su 7,5 puta veći od izgleda liječenih u heterogenim grupama.

Johnson i suradnici (122) su napravili istraživanje koje se bavilo usporedbom učinkovitosti liječenja oboljelih veterana u bolničkim homogenim i heterogenim grupama. Nije utvrđena

razlika u rezultatima liječenja između homogenih grupa sačinjenih od 33 veterana i heterogenih grupa koje su uključile 42 veterana s ostalim psihijatrijskim bolesnicima. Utvrđeno je da veterani u homogenim grupama postižu veće zadovoljstvo, podršku, osjećaj reda, te su manje hostilni nego oni u heterogenim grupama. Praćenjem kroz 4, 8 i 12 mjeseci nakon tretmana, nisu nađene razlike u ishodu liječenja između dviju grupa koje su vođene po kognitivno bihevioralnim principima. Ovo je istraživanje još jednom potvrdilo kronični tijek poremećaja.

U našem istraživanju razlika od jednog boda na ljestvici histerične ličnosti povećavala je izgleda za ciljano smanjenje depresije za 3,4%. Histerične ličnosti pokazuju zdraviju, zreliju razinu psihološkog razvoja. Naš rezultat se slaže sa Fordovim (98) rezultatima koji su objavili da viša razina funkcioniranja pridonosi boljoj terapijskoj suradnji, a time i većoj mjeri učinka psihoterapije.

5.4.3. *Kvaliteta života*

U multivarijatni model za objašnjenje povećavanja kvalitete života od najmanje 10% uključene su sve varijable koje su s tim ishodom univarijatno bile povezane statistički značajno na razini $P \leq 0,25$. Ukupni model bio je statistički značajan. Nakon prilagodbe (za dob, primarnu strategiju suočavanja sa stresom, slobodno lebdeću anksioznost, fobije, depresiju i histeričnu ličnost), statistički značajni, neovisni predskazatelji povećanja kvalitete života za najmanje 10% bili su broj prethodnih hospitalizacija i somatske manifestacije anksioznosti. Bolesnici s dvije ili više prethodnih hospitalizacija imali su 88% manje izgleda za povećanje kvalitete života od ispitanika s najviše jednom prethodnom hospitalizacijom. Ovaj rezultat se može objasniti činjenicom da je veći broj hospitalizacija posredni pokazatelj teže kliničke slike. Dakle teža klinička slika koja zahtjeva višekratne hospitalizacije i umanjuje mogućnost psihoterapijskog učinka na kvalitetu života. Razlika od jednog boda na Crown-Crispovoj ljestvici somatske manifestacije anksioznosti smanjivala je izgleda za poboljšanje kvalitete života nakon liječenja. Veća razina anksioznosti kao i smetnje na somatskom planu umanjuju izgled za učinak psihoterapije na kvalitetu života.

5.4.4. *Kompozitni kriterij*

U završni model su uključeni: dob ispitanika, njihov radni status, broj prethodnih hospitalizacija, somatske manifestacije anksioznosti i histeričnu ličnost mjerene Crown-Crispovim iskustvenim pokazateljem. Završni model bio je statistički značajan, što znači da je oko 12% varijance kompozitnog ishoda, odnosno prve glavne komponente smanjivanja intenziteta simptoma PTSP-a (M-PTSP), smanjivanja depresije mjerenjem Beckovom ljestvicom i povećanja kvalitete života bilo objašnjeno uključenim predskazateljima. Najveću neovisnu, predskazateljsku vrijednost imala je somatska manifestacija anksioznosti. Dakle, 8% varijance somatske manifestacije anksioznosti i kompozitnog (dobrog) ishoda terapije bile su povezane. Slijedeća varijabla prema predskazateljskoj vrijednosti bila je rezultat na Crown-Crispovoj ljestvici histerične ličnosti.

Općenito u medicini pozitivan ishod terapijskih intervencija ovisi o interakciji između oboljele osobe, te s druge strane kompetencije liječnika, a uključuje terapijski postupak koji on provodi. Sukladno, liječenje kroničnog PTSP-a ovisi o više čimbenika. Prije svega o značajkama oboljelog i njegovim inicijalnim crtama ličnosti, sociodemografskim čimbenicima te o kliničkim značajkama poremećaja, te s druge strane o adekvatno izabranom terapijskom pristupu. Rezultati ove studije su ponudili i utvrdili predskazatelje koji utječu na pozitivan ishod grupne terapije. Osim intenziteta kliničke slike, na rezultat intervencije utječe i faza u kojoj se poremećaj nalazi. PTSP karakterizira longitudinalni tijek (3,7,13,14,16,17,18,19). Smatra se da različite faze posttraumatske reakcije na stres zahtijevaju različite intervencije. Tri su glave faze u procesu nastanka poremećaja: akutni stresni odgovor, kronični (odgođeni) odgovor na traumatski stres i individualna adaptacija na trajne promjene kod PTSP-a. U literaturi se opisuje više podtipova kroničnog PTSP-a: nekomplikirani, komplicirani i kompleksni PTSP odnosno DESNOS.

Kada se razvio kronični PTSP, terapijska prorada patološke reakcije žalovanja, u bolničkom sustavu, je najpraktičnija u okviru („setting-u“) grupe (40,76,77,78,82,84). Grupa reducira tri osnovna osjećaja oboljelih veterana: osamljenost (izolacija), krivnju (za ono što su učinili, ili za ono što nisu učinili, ili što su preživjeli) i beznade (zbog preplavljujućeg osjećaja bespomoćnosti) kroz korektivno iskustvo „ovdje i sada“. Postupno grupa postaje najvažnija u veteranovom društvenom životu nakon rata, te prelazni prostor (objekt) prema društvu.

Intervencije terapijskih programa dnevnih bolnica u Regionalnom centru za psihotraumu Klinike za psihijatriju u Kliničkom bolničkom centru Split, te Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“ se baziraju na biopsihosocijalnom razumijevanju poremećaja. U obje ustanove se provodi integrirani pristup koji uključuje psihofarmake, psihoterapiju i socioterapiju, a jedina je razlika u kompoziciji grupa koje su bile homogene ili heterogene. Psihofarmakološka terapija se provodi po principu „treatment as usual“, tj. po već spominjanim algoritmima, u obje ustanove podjednako (18,30,40).

Psihoterapijske i psihosocijalne intervencije se dijele na: a) površinske koje djeluju na ponašajne i kognitivne simptome (psihoedukacija, socioterapija), i b) dubinski pristup koji se fokusira na prorađivanje traume i reparaciju (grupna psihodinamska psihoterapija). Podaci pokazuju da su terapijske intervencije (3,17,18) učinkovitije na „pozitivne simptome“, tj. na intruzivne misli, noćne more, anksioznost, u odnosu na „negativne simptome“ kroničnog PTSP-a kao što su povlačenje, izolacija i isključivanje iz socijalnog života.

Nekomplicirana slika kroničnog PTSP-a (3,14,112) u kliničkoj slici ima „pozitivne simptome“ u vidu intruzivnih simptoma i simptoma pojačane pobuđenosti autonomnog živčanog sustava. Drugi oblik kroničnog PTSP-a je tzv. komplicirani tip, koji se razvija kod vulnerabilnih pojedinaca a označava ga „negativna simptomatologija“.

Intruzivni simptomi („pozitivni“) i izbjegavanje („negativni“), po Horowitzu (39), fluktuiraju na način karakterističan za određenu osobu, izazivajući preplavlivanje i iscrpljivanje koje priječi adaptaciju. Osoba oscilira između stanja intruzije i stanja izbjegavanja dok se ne stvori relativna ravnoteža, kada se za osobu kaže da je prorađila iskustvo. Emotivna utrnulost se u tom kontekstu vidi kao mehanizam obrane od intruzija. Osobno značenje tj. odgovor na traumatski događaj Horowitz (39) je pokušao rasvijetliti uvođenjem termina „sindrom odgovora na stres“, kod kojeg je od presudne važnosti upravo opisana interakcija dvaju mehanizama: intruzije i negacije. Kod određene skupine psihotraumatiziranih osoba koje su bile izložene višekratnoj, ponavljajućoj intenzivnoj traumi/traumama, ne dolazi do prorađivanja iskustva. Klinički se to manifestira neuspješnim ishodom „sindroma odgovora na stres“, koji Hermanova (17,123) opisuje pod pojmom DESNOS. Riječ je o kompleksnom PTSP-u. Većina autora upotrebljavaju nazive DESNOS i kompleksni PTSP kao jednoznačne, te ih koristi istovremeno. Pacijenti s ovim sindromom istovremeno imaju simptome PTSP-a,

poremećaja raspoloženja, psihotičnog poremećaja i poremećaja ličnosti. Kriteriji za procjenu kompleksnog PTSP-a su:

- a) alteracija u regulaciji afekta i impulsa (regulacija afekta, modulacija ljutnje, samodestrukcija, suicidalne preokupacije i poteškoće u regulaciji seksualnog angažmana, pretjerano preuzimanje rizika),
- b) alteracija u pažnji i svjesnosti (amnezija, tranzitne disocijativne epizode i depersonalizacija),
- c) alteracija u samoprocjeni (neefikasnost, permanentna oštećenost, krivnja i odgovornost, sram, nitko ništa ne može razumjeti i minimiziranje),
- d) alteracija u relaciji s drugima (nesposobnost vjerovanja, reviktimizacija i viktimizacija drugih),
- e) somatizacija (digestivni simptomi, kronična bol, kardiopulmonalni simptomi, konverzivni simptomi i seksualni simptomi),
- f) alteracija u sistemu vjerovanja (očaj i beznade, gubitak prethodno stečenih vjerovanja).

Istraživanja pokazuju da se kod osoba s kroničnom psihotraumatizacijom često istovremeno dijagnosticira komorbiditet DESNOS-a, PTSP-a i graničnog poremećaja osobnosti (3,123). Prisutnost PTSP-a nije preduvjet za DESNOS, no razumijevanje nepostojanja PTSP dijagnoze kod DESNOS bolesnika zahtjeva daljnja istraživanja. Nadalje, trajne promjene osobnosti nakon katastrofalnih događaja i DESNOS i kompleksni PTSP se preklapaju u više simptoma. Zajednička im je značajka karakterološke promjene zbog čega su ti poremećaji dugotrajni i rezistentni na liječenje, a bolesnici ne funkcioniraju barem u jednoj sferi života (obiteljskoj, radnoj, socijalnoj).

Zaključno, može se istaknuti da je ispitanici s kroničnim PTSP-om heterogena skupina oboljelih koja zahtjeva diferentniju daljnju dijagnostiku (3,17,19,25,32,70,123).

5.5. Prepoznavanje skupina bolesnika kod kojih je najveća vjerojatnost uspjeha terapije

Rezultati ovog istraživanja i statističke obrade upućuju da postoji posebna skupina bolesnika kod kojih se može predvidjeti pozitivan ishod psihodinamske psihoterapije PTSP-a mjereno ishodima: intenziteta simptoma PTSP-a, depresije i kvalitete života.

5.5.1. Intenzitet simptoma PTSP-a (M-PTSP)

Najveću vjerojatnost za smanjenje intenziteta simptoma PTSP-a većeg od 5% imali su ispitanici s niskim rezultatom na ljestvici fobije, a visokim rezultatom na ljestvici histerične ličnosti. U ovom segmentu su svi oboljeli (100%) imali smanjenje simptoma PTSP-a veće od 5%.

Fobija (5,31) spada u neurotske poremećaje koje imaju najbolju prognozu u psihoterapijskom liječenju. Ukoliko se radi o tzv. genitalnoj fobiji brzo dolazi do razvoja transferne neuroze, putem koje dolazi do eksploracije nesvjesnog i razrješenja konflikta. Razina konflikta, u odnosu na psihoseksualni razvoj, spada u Edipov kompleks. Niska ljestvica fobije tumači se činjenicom da su premorbidno zdraviji traumatizirani ispitanici sami uspjeli proraditi traumu, pa nisu uopće „ušli“ u naš istraživani uzorak ispitanika (tj. spontano su se izliječili). Histerična ličnost, kao i fobija, spada u funkcioniranje više razine, odnosno najbliže su zdravom funkcioniranju. Ovakve ličnosti uspostavljaju dobre objektne odnose i dobro surađuju što pridonosi njihovom oporavku (98).

Skupina koja ima više rezultate na ljestvici fobije je očito skupina traumatiziranih ispitanika, koja nije uspjela sama proraditi traumu. Ova skupina i skupina traumatiziranih koji imaju niži rezultat na ljestvici slobodno lebdeće anksioznosti te viši rezultat na ljestvici opsesivnosti, predstavljaju slijedeću grupu bolesnika prema vjerojatnosti smanjivanja intenziteta simptoma PTSP-a. U ovom segmentu je njih 63,6% imalo smanjenje intenziteta simptoma od najmanje 5%. Tek nešto uspješniji ishod imali su bolesnici s visokim brojem bodova za fobije, niske slobodno lebdeće anksioznosti i niske opsesivnosti. Riječ je o oboljelima koji očito nisu uspjeli razviti transfer i suradnju u grupi, zbog čega nije došlo do snižavanja simptoma PTSP-a. Bolesnici koji su manje opsesivni pristupaju terapijskom postupku manje „ozbiljno“, pa

pretpostavljamo da zato postižu slabiju suradnju u liječenju, a time i uspjeh. U tom je segmentu njih 8,3% nakon terapije imali snižavanje intenziteta simptoma PTSP-a od najmanje 5%. Segment bolesnika s izraženom fobijom i slobodno lebdećom anksioznošću je imao najmanju vjerojatnost snižavanja simptoma PTSP-a, a to je bilo 2,6% bolesnika. Ovaj se nalaz može tumačiti preplavljenosti anksioznosti koja nije omogućila uspostavljanje terapijske suradnje.

5.5.2. *Depresija (Beck)*

Nakon terapije, 66,7% bolesnika je doživjelo smanjivanje rezultata na Beckovoj ljestvici depresije od najmanje 15%, i to kod onih koji su na Crown-Crispovoj ljestvici imali barem minimalni rezultat histerične ličnosti, s barem umjerenom depresijom mjerenom Beckovom ljestvicom prije terapije, s najviše jednim psihijatrijskim komorbiditetom te s ispodprosječnom slobodno lebdećom anksioznošću.

5.5.3. *Kvaliteta života*

Veća vjerojatnost povećanja kvalitete života će imati bolesnici s inicijalno sniženom ili prosječnom depresijom prema Crown-Crispovom iskustvenom pokazatelju, stariji od 47,5 godina te s visokim inicijalnim somatskim manifestacijama anksioznosti. U ovoj skupini je njih 63,2% imalo nakon terapije povećanje kvalitete života. U našem uzorku su mlađi ispitanici imali komorbiditet, za razliku od starijih ispitanika koji su klinički bili inicijalno zdraviji.

Drugu skupinu, s povećanom vjerojatnošću povećanja kvalitete života, činili su bolesnici s nadprosječnim rezultatom na Crown-Crispovoj ljestvici depresije. U toj skupini je 60,7% bolesnika doživjelo povećanje kvalitete života. Ovo se tumači dobrim rezultatima liječenja depresije, osobito u homogenim grupama, zbog čega se posljedično povećava kvaliteta života.

5.6. Razlike u učincima homogenih i heterogenih psihodinamskih grupa

Ispitanici liječeni u homogenim grupama imali su 7,5 puta veće izgleda za smanjivanje depresije mjerene Beckovom ljestvicom od najmanje 10% u odnosu na one u heterogenim grupama. U ostalim kliničkim ishodima (PTSP, kvaliteta života) nije pronađena statistički značajna razlika učinaka liječenja u ovim grupama. Naš rezultat, uz uvažavanje glavnog ograničenja istraživanja, a to je nedostatak randomizacije, tumačimo značajkama dinamike homogene/heterogene grupe. U Regionalnom centru za psihotraumu Klinike za psihijatriju KBC Split se provode homogene grupe. U dinamici homogenih grupa je svojstvena brza identifikacija među članovima, manje je otpora, brži je oporavak i grupa je regularna. Ove grupe su u svojoj biti suportivne, što povezujemo s ublažavanjem simptoma depresije kod naših ispitanika. Homogene grupe se preporučuju kada su ciljevi grupe površniji, te kod njih ne dolazi do promjene strukture ličnosti, nema razvoja multiplih transfera i slabije je testiranje realiteta. Ove grupe su manje zahtjevne za terapeuta. One se primjenjuju ukoliko je važan faktor vrijeme i cijena (73,85). Vežanost za grupu je glavni terapijski čimbenik i prednost homogene grupe. Ona pridonosi kohezivnosti. Yalom kohezivnosti pridaje odlučujuću ulogu (84). Najkritičniji trenutak u grupi veterana je kreiranje sigurne situacije (40). To znači da ako se grupa drži na okupu i ako je terapeut dovoljno fleksibilan u svojoj ulozi i koristi terapijske čimbenike adekvatno, on može terapijski iskoristiti svaku situaciju (osim nedostatne motivacije) koje se pojavi u grupi.

U Dnevnoj bolnici Psihijatrijske bolnice „Sveti Ivan“, Zagreb, se provode heterogene grupe. Uz oboljele od PTSP-a, liječe se i drugi neurotski poremećaji, poremećaji raspoloženja i prilagodbe. Glavni nedostatak heterogene grupe je sporiji oporavak i interakcijske tenzije su jače. Ove grupe su zahtjevnije i veći izazov za terapeuta. Transfer prema terapeutu se sporije razvija, uvid je sporiji, i grupa je iregularna. Heterogene grupe se preporučuju kada želimo rad na dubljoj razini, kada radimo na promjeni strukture osobnosti, kada je terapeut dobro treniran, te kada vrijeme i novac nisu bitni. Upravo zato u ovom istraživanju nismo pronašli statistički značajne promjene, jer ova kompozicija grupe i dinamika koja iz nje proizlazi, treba duži vremenski period (od jednog dnevno-bolničkog liječenja) da bi bila učinkovita. Heterogene grupe su suportivno-ekspresivnog karaktera. Prednost heterogene grupe jest da su razlike zapravo prirodne i one daju poticaj za učenje. U odnosu na trajanje, navode se i kratke grupne psihoterapije, čak i heterogenog sastava (73), koje se dijele na: a) krizne intervencije

(1-8 seansi), b) vremenski ograničene terapije (8-26 seansi), i c) dugotrajne terapije (više od 26 seansi) (73). Ciljana skupina traumatiziranih zbog kojih se provodi ovako mali broj seansi su očito traumatizirani s anamnezom manjoj izloženosti traumatskog iskustva, što je suprotno od naših veterana.

Još jednu specifičnost dinamike grupe u dnevnoj bolnici treba naglasiti kada želimo objasniti rezultate između homogenih i heterogenih grupa. Heterogena grupa funkcionira po tipu poluotvorenih vrata, što znači da „stariji“ članovi odlaze (u ovom istraživanju u prosjeku nakon 56 dana), a uvode se novi bolesnici. Na taj način se dodatno usporava proces interakcije, ulaženja u odnose i samootkrivanja, što sveukupno rezultira manjom kohezijom grupe. Manje kohezivna grupa je i manje učinkovita, tj. polučuje slabije terapijske rezultate (82,83,84).

U Hrvatskoj do sada nije provedeno ovakvo istraživanje. U bazama podataka jedino dostupno istraživanje iz ovog područja je već spomenuto Johnsona i suradnika (122). Autori nisu pronašli razliku učinkovitosti ishoda liječenja u homogenim u odnosu na heterogene grupe. Istraživanje učinaka petogodišnje psihodinamske grupne psihoterapije (96) je utvrdilo parcijalni učinak grupne psihoterapije u liječenju PTSP-a. Ovakav rezultat se tumači trajnim promjenama strukture osobnosti, zbog čega se ova skupina bolesnika općenito smatra terapijski rezistentnom (118,124). Sloan i suradnici (124) u meta-analizi učinka grupne psihoterapije na liječenje PTSP-a su prikazali značajnu redukciju PTSP simptoma. Istraživanje je uključilo sveukupno 16 studija, a uzorak je činilo 1686 oboljelih od PTSP-a liječenih u grupi. Sloan (124) navodi važnost grupe, za traumom uzrokovane poremećaje kao što je PTSP, u kontekstu Yalomovih lječidbenih čimbenika. Socijalni čimbenici (kohezija, interpersonalno učenje) su glavni mehanizmi kroz koje se očekuju promjene. Oboljeli dolaskom u grupu vide da i drugi ljudi imaju probleme (univerzalnost), što smanjuje osjećaj izoliranosti i ulijeva nadu. Također, grupa je pristupačna tehnika i ne zahtjeva velika materijalna ulaganja. Međutim, analiza je pokazala malu mjeru učinka (efekt size=0.24), za razliku od individualne psihoterapije za PTSP gdje je mjera učinka veća (efekt size=1.0). U zaključku se navodi da je grupna psihoterapija učinkovita kada se uspoređuje s bolesnicima koji nisu podvrgnuti grupnoj psihoterapiji. Međutim, po rezultatima ove studije, grupna terapija nije učinkovita u usporedbi s nespecifičnim grupnim tretmanima kako što je psihoedukacija, ili suportivno savjetovanje.

Psihodinamska grupna psihoterapija je po definiciji ambiciozna tehnika. Naše istraživanje je potvrdilo, u skladu sa literaturom, da postoje različite podskupine oboljelih od kroničnog PTSP-a. One zahtijevaju i nove, njima prilagođene terapijske programe. Prediktivni statistički model nam može pomoći u pravilnom odabiru bolesnika i trijaži u za njih prikladan terapijski program. Individualiziranim pristupom (70) sprječavamo daljnju kronifikaciju poremećaja i olakšavamo veteranovu prilagodbu na svakodnevni život.

5.7. Znanstveni doprinos istraživanja

Naše istraživanje, provedeno u stvarnim kliničkim uvjetima, doprinosi boljem teorijskom razumijevanju etiopatogeneze PTSP-a. Pronađeni su značajni predskazatelji pozitivnog ishoda liječenja veterana s kroničnim PTSP-om. Ovo istraživanje povećava teorijsko razumijevanje učinaka psihodinamske grupne psihoterapije u liječenju borbom uzrokovanog PTSP-a.

Oblikovani model za predikciju uspjeha liječenja je primjenjiv u kliničkoj praksi. Prikladni izbor bolesnika za liječenje u psihodinamskoj grupi će povećati pozitivan uspjeh liječenja oboljelih veterana. Suprotno, kod oboljelih kod kojih su manji izgledi za uspješan ishod liječenja u grupi, potrebno je pravovremeno započeti s drukčijom vrstom terapije. Također, rezultati istraživanja upozoravaju na postavljanje realnijih očekivanja u liječenju ove skupine terapijski rezistentnih bolesnika.

5.8. Ograničenja u istraživanju

Ograničenja studije su nedostatak randomizacije bolesnika na homogenu i heterogenu psihodinamsku grupu; neizjednačenost homogene i heterogene psihodinamske psihoterapijske grupe prema osobi terapeuta, ustanovi i regiji; nedostatak skupine koja bi se iskoristila za validaciju prediktivnog modela te je radi toga generabilnost rezultata upitna, zbog čega postoji mogućnost o postavljanju preoptimističnog prediktivnog modela; i postojanje jednog upitnika za svako mjereno obilježje (za simptome PTSP-a, depresivnosti i kvalitete života). Međutim, radi naturalističkog dizajna istraživanja koje je provedeno u stvarnim kliničkim uvjetima bilo je nemoguće potpuno kontrolirati zbunjujuće varijable i valjano kauzalno zaključivati. U

ovom se istraživanju radilo o prvoj procjeni razlike učinkovitosti liječenja borbom uzrokovanog PTSP-a u homogenim u odnosu na heterogene psihodinamske psihoterapijske grupe, te takvo istraživanje zahtjeva daljnja istraživanja, koja se trebaju provoditi nakon provedene randomizacije. Povećanje broja upitnika nije bilo uputno radi velikog broja ispitivanih čestica.

Prediktivni model koji je koncipiran u ovom istraživanju, treba validirati u budućim istraživanjima.

Rezultati ovog istraživanja također upućuju da je potrebno daljnje istraživanje u smislu diferentnije dijagnostike različitih podtipova kroničnog PTSP-a. Potrebno je osmisliti instrumente i provesti istraživanja u odnosu na trajne promjene ličnosti nakon katastrofalnih događaja (F 62.0).

6. ZAKLJUČCI

U ovom istraživanju liječenje kroničnog borbom uzrokovanog PTSP-a grupnom psihodinamskom psihoterapijom u dnevnim bolnicama se pokazalo učinkovitim.

Prva hipoteza je potvrđena. Postoje segmenti bolesnika kod kojih je povoljniji učinak grupne psihoterapije. Učinak na smanjivanje intenziteta simptoma PTSP-a bolji je kod bolesnika s niskom fobičnošću i izraženim histeričnim crtama ličnosti. Učinak na snižavanje depresije bolji je kod bolesnika s izraženim histeričnim crtama ličnosti, manjim brojem psihijatrijskih komorbiditeta, višom inicijalnom depresijom te manje izraženom slobodno lebdećom anksioznošću. Učinak na povećavanje kvalitete života bolji je kod bolesnika s manje izraženom depresivnošću kao crtom ličnosti, višom dobi i izraženom somatskom manifestacijom anksioznosti.

Druga hipoteza je djelomično potvrđena: homogene grupe (trauma fokusirane grupe) su učinkovitije od heterogenih grupa u liječenju depresije. U odnosu na ostale rezultate liječenja nema razlika.

Rezultati dobiveni u ovom istraživanju upućuju da su predskazatelji pozitivnog ishoda liječenja veterana s kroničnim PTSP-a u grupnoj psihodinamskoj psihoterapiji: starija dob, zaposlenost, manji broj prethodnih hospitalizacija, somatske manifestacije anksioznosti te izražene histerične crte ličnosti. Trajna promjena ličnosti smanjuje izgleda za smanjivanje intenziteta simptoma PTSP-a.

7. SAŽETAK

PTSP je jedini anksiozni poremećaj s poznatim uzrokom, koji nastaje nakon izlaganja traumatskom događaju, ali sve osobe izložene traumi ne razvijaju PTSP.

Glavni cilj istraživanja bio je prepoznavanje skupina bolesnika prema specifičnim inicijalnim psihološkim i kliničkim karakteristikama, kod kojih je veća vjerojatnost za izrazito poboljšanje. Sporedni cilj istraživanja je prva procjena razlika u učincima homogenih i heterogenih grupa u odnosu na kliničku sliku.

Ispitanici su bili veterani (n=86) oboljeli od kroničnog PTSP-a koji su konsektivno zaprimljeni u Regionalni centar za psihotraumu u Splitu i Psihijatrijsku bolnicu „Sveti Ivan“, Zagreb. Primijenjeni su: Ljestvica suočavanja sa stresom (COPE), Crown-Crispov Indeks Iskustava (CCII), Mississippi upitnik (M-PTSP), Beckov inventar depresije (BDI-II) i Skala kvalitete življenja.

Rezultati su pokazali da je smanjivanje simptoma PTSP-a moguće predvidjeti na temelju podataka o trajnoj promjeni ličnosti. Smanjenje depresivnosti moguće je predvidjeti na temelju indikatora histerične ličnosti. Poboljšanje kvalitete života nakon terapije moguće je predvidjeti na temelju broja prethodnih hospitalizacija i somatske manifestacije anksioznosti. Homogene grupe pokazale su se učinkovitijima od heterogenih u liječenju depresije.

Istraživanje je utvrdilo da su predskazatelji pozitivnog ishoda kroničnog borbom uzrokovanog PTSP-a u grupnoj psihodinamskoj psihoterapiji trajne promjene ličnosti i dob, radni status, broj prethodnih hospitalizacija, somatske manifestacije anksioznosti i histerična ličnost.

Ključne riječi: borbom uzrokovani kronični posttraumatski stresni poremećaj, veterani, predskazatelji, mehanizmi suočavanja sa stresom, neuroticizam, depresija, kvaliteta života, grupna psihodinamska psihoterapija.

8. SUMMARY

Predictors of a positive outcome of psychodynamic group therapy on veterans suffering from chronic PTSD

PTSD is the only anxiety disorder with a known cause, which develops after exposure to a traumatic event, however, all persons exposed to trauma do not develop PTSD.

The main aim of this study was to identify groups of patients according to specific initial psychological and clinical characteristics which make these patients more likely to achieve significant progress in the recovery process. Secondary aim of the study was the first evaluation of differences in effectiveness between homogeneous and heterogeneous groups regarding their clinical picture.

The sample consisted of 86 veterans suffering from chronic PTSD who were consecutively admitted to Regional Centre for Psychotrauma in Split and Psychiatric Hospital 'Sveti Ivan' in Zagreb. The following measures have been used: The COPE Inventory, The Crown-Crisp Experiential Index (CCEI), The Mississippi Scale for Combat-Related PTSD (M-PTSD), Beck Depression Inventory (BDI-II), The Quality of Life Scale.

The results have shown that it is possible to predict a decrease in the PTSD symptoms on the basis of data about enduring personality change after catastrophic events, while a reduction of depressive symptoms can be predicted on the basis of indicators of hysterical personality. Furthermore, it is also possible to predict the improvement in the quality of life after the therapy based on the number of previous hospitalisations and somatic manifestations of anxiety.

Homogeneous groups have turned out to be more effective compared to heterogeneous ones in treating depression.

The study has shown that predictors of a positive outcome of psychodynamic group therapy on veterans suffering from chronic PTSD are the following: enduring personality change after

catastrophic events, age, work status, the number of previous hospitalisations, somatic manifestations of anxiety and hysterical personality.

Key words: combat-related posttraumatic stress disorder (PTSD), veterans, predictors, coping mechanisms, neuroticism, depression, quality of life, psychodynamic group psychotherapy

9. LITERATURA

1. Levine PA. *In an Unspoken Voice*. Berkeley, California: North Atlantic Books; 2010.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000, str. 463-468.
3. Van der Kolk B, McFarlane AC, Weisaeth L. *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York, London: Guilford Press; 1996.
4. Kinzie JD, Goetz RR. A Century of Controversy Surrounding Posttraumatic Stress Spectrum Syndromes: The Impact on DSM-III and DSM-IV. *J Trauma Stress*. 1996;9:159–179.
5. Fenichel O. *Psihoanalitička teorija neuroza*. Beograd, Zagreb: Medicinska knjiga; 1961.
6. Kaplan & Sadock's *Coprehensive textbook of psychiatry*, Seventh edition on CD-ROM. Lippincott: Williams & Wilkins; 2000.
7. Herman JL. *Trauma and Recovery*. New York: Basic Book; 1992.
8. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1st ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1952.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2nd. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1968.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1980.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd revised. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1987.
12. Terr LC. Childhood Traumas: At Outline and Overview. *Am J Psychiatry*. 1991;148:10-20.
13. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5th. ed. Washington (DC): American Psychiatric Assotiation; 2013.
14. Wilson JP, Keane TM. *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York, London: The Guilford Press; 2004.
15. *Mental and biheviroal disorders (including disorders of psychological development). Diagnostic criteria for reaserch*. Geneva: WHO; 1990.

16. Svjetska zdravstvena organizacija. Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, MKB X - deseta revizija. Zagreb: Medicinska naklada; 1999.
17. Herman J. Complex PTSD: A syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1992;3:377-391.
18. Kocijan-Hercigonja D, Folnegović Šmalc V, Ivezić Štrkalj S. Dijagnostički algoritam posttraumatskog stresnog poremećaja. U: Dijagnostički i terapijski algoritam posttraumatskog stresnog poremećaja. Zagreb; 1999.
19. Nemčić Moro I, Frančišković T, Britvić D, Klarić M, Zečević I. Disorder of extreme stress not otherwise specified (DESNOS) in Croatian war veterans with posttraumatic stress disorder: case-control study. *Croat Med J*; 2011;52:505-12.
20. Galatzer-Levy IR, Bryant RA. 636, 120 ways to have posttraumatic stress disorder: the relative merits of categorical and dimensional approaches to posttraumatic stress. *Perspect Psychol Sci*. 2013;8:651-662.
21. Klaić B. Rječnik stranih riječi. Zagreb: Nakladni Zavod Matice Hrvatske; 1986.
22. Selye H. The stress of life. New York: McGraw-Hill; 1956.
23. Everly GS, Lating JM. Psychotraumatology. New York: Plenum Press; 1995.
24. Yehuda R, Southwick SM, Nussbaum G et al. Low urinary cortisol excretion in patients with PTSD. *J Nerv Ment Dis*. 1990;178:366–369.
25. Yehuda R, Hoge CW, McFarlane AC, Vermetten E, Lanius RA, Nievergelt CM et al. Post-traumatic stress disorder. 2015; DOI: 10.1038/nrdp.2015.57.
26. Nutt D, Davidson JRT, Zohar J, editors. Post-traumatic stress disorder: diagnosis, management and treatment. London: Martin Dunitz; 2000.
27. Michopoulos V, Norrholm SD, Jovanović T. Diagnostic Biomarkers for Posttraumatic Stress Disorder: Promising Horizons from Translational Neuroscience Research. *Biol Psychiatry*. 2015;78:344-353.
28. Pavić I, Gregurek R, Radoš M, Brkljačić B, Brajković L, Šimetin-Pavić et al. Smaller right hippocampus in war veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Res Neuroimaging*. 2007;154:191-199.
29. Pavić L, Gregurek R, Petrović R, Petrović D, Varda R, Vukušić H et al. Alterations in Brain Activation in Posttraumatic Stress Disorder. Patients with Severe Hyperarousal Symptoms and Impulsive Aggressiveness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;253:80-83.

30. Jakovljević M. Biološki aspekti posttraumatskog stresnog poremećaja. U: Gregurek R, Klain E, ur. Posttraumatski stresni poremećaj, hrvatska iskustva. Zagreb: Medicinska naklada; 2000. 53-57 str.
31. Freud S. Beyond the pleasure principle. In: Strachey J,(ed). The standard edition of complete psychological works of Sigmund Freud. vol. 18 London: Hogart Press; 1955.
32. Wilson JP. Historical evolution of the diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder-from Freud to DSM-IV. *J Trauma Stress*. 1997;7:681-698.
33. Kardiner A, Spiegel H. War stress and neurotic illness. New York: Paul B. Hoeber; 1947.
34. Bowlby J. Attachment and Loss. London: Hogarth Press; 1969.
35. Krystal H. Trauma and stimulus barrier. *Psychoanal Inq*. 1985;5:131-61.
36. Hendin H, Hass AP. Wounds of War: The psychological aftermath of combat in Vietnam. New York: Basic Books; 1984.
37. Emery PE, Emery OB. The defense process in posttraumatic stress disorders. *Am J Psychoth*. 1985;34:541-52.
38. Pearson ER. The reparation of the self: clinical and theoretical dimension in the treatment of Vietnam combat veterans. *J Contemp Psychother*. 1984;4:4-56.
39. Horowitz MJ, Weiss DS, Marmar C. Diagnosis of post-traumatic stress disorder. *J Ment Nerv Dis*. 1987;175:267-8.
40. Gregurek R, Klain E. Posttraumatski stresni poremećaj, hrvatska iskustva. Zagreb: Medicinska naklada; 2000.
41. Klein M. Zavist i zahvalnost. Zagreb: Naprijed; 1983.
42. Varvin S. Trauma and its after-effects. In: Varvin S, Volkan VD, editors. Violence or dialogue? The International Psychoanalytic Association; 2004. p. 207-216.
43. Keane TM, Wolfe J, Taylor KL. Posttraumatic Stress Disorder: Evidence for Diagnostic Validity and Methods of Psychological Assessment. *J Clin Psychol*. 1987;43:32-43.
44. Landman J, Manis M. Social cognition: Some historical and theoretical perspectives. In: Berkowitz L, editor. New York: Academic Press; 1983. p. 49-126.
45. Lazarus RS. The stress and coping paradigm. In: Eisdorfer C, Cohen D, Kleinman A, Maxim P, editors. New York: Spectrum; 1981. p. 177-214.
46. Endler NS, Parker JDA. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J Pers Soc Psychol*. 1990;58:844-854.

47. Rudan V, Marčinko D i sur. Od nasilja do dijaloga. Zagreb: Medicinska naklada; 2014. str.24.
48. DeVries MW. Trauma in cultural perspectives. In: Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, editors. Traumatic Stress: effects of overwhelming experience on mind, body and society. New York, London: Guilford Press; 1996. p. 398-412.
49. Restek-Petrović B, Kezić S, Mihanović M, Grah M, Kamerman N, Mayer N. Suicid oboljelog od PTSP-a: Reakcija žalovanja u bolničkom grupnom psihoterapijskom i socioterapijskom programu. Soc Psihijatr. 2011;39:59-64.
50. Ilany Kogan. Nijemi krik - Druga generacija žrtava Holokausta. Zagreb: Ab electa; 2004.
51. Volkan VD. Traumatized societies. In: Varvin S, Volkan VD. editors Violence or dialogue? London: The International Psychoanalytic Association; 2003. p. 217-42.
52. Urlić I, Berger M, Berman A. Žrtva, osveta i kultura oprost. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
53. Urlić I, Tocilj-Šimunković G, Moro Lj, Frančišković T. The Meaning and Possibilities of Working-Through Shame in Group Setting. Coll Antropol. 1996;20:319-329.
54. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Hough RL, Jordan BK, Marmar CR, Weiss DS. Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Readjustment Study. New York: Brunner/Mazel; 1999.
55. Steenkamp MM, Litz BT, Hoge CW, Marmar CR. Psychotherapy for Military-Related PTSD: A Review of Randomized Clinical Trials. JAMA. 2015;314:489-500.
56. Komar Z, Vukušić H. Post traumatic stress disorder in Croatian war veterans: Prevalence and psycho-social characteristics. New insight in post-traumatic stress disorder (PTSD). Croat Acad Sci Arts. 1999; 42-44.
57. Lauterbach D. Personality Profiles of Trauma Survivors. Traumatology. 2001;7:5-18.
58. Xue C, Ge Y, Tang B, Liu Y, Kang P, Wang M, Zhang L.A. Meta-Analysis of Risk Factors for Combat Related PTSD among Military Personnel and Veterans. 2015;(PLOS):DOI: 10.1371/journal.pone.0120270.
59. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry. 1995;52:1048-60.
60. Creamer M, Burgess PM, McFarlane AC. Posttraumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. Psychol Med. 2001;31:1237-1247.

61. Beck JG, Sloan DM. *The Oxford Handbook of Traumatic Stress Disorders*. Oxford New York: Oxford University Press; 2012. p.93-94.
62. Ford JD, Kidd P. Early Childhood Trauma and Disorder of Extreme Stress as Predictor of Treatment Outcome with Chronic Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress*. 1998;11:743-764.
63. NICE (online). *Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care*. 2005; DOI: 10.1192/pb.30.9.357-a
64. Canadian Psychiatric Association. *Clinical practice guidelines: management of anxiety disorders*. *Can J Psychiatry*. 2006;51:95-915.
65. Bajor LA, Ticlea AN, Osser DN. The Psychopharmacology Algorithm Project at the Harvard South Shore Program: an update on posttraumatic stress disorder. *Harvard Rev Psychiatry* 19. 2011;240-258.
66. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA. *Effective Treatments for PTSD, Practice Guidelines from International Society for Traumatic Stress*. New York, London: Guilford Press; 2008.
67. Ursano RJ, Bell C, Eth S, Friedman M, Norwood A, Pfefferbaum B, et al. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *Am. J. Psychiatry*. 2004;161:3-31.
68. Bernardy NC, Friedman MJ. 2010 VA/DOD. Practice Guideline for Management of Post-Traumatic Stress: how busy clinicians can best adopt updates recommendations. *J Rehabil Res Dev*. 2012;49:vii-viii.
69. Forbes D. et al. Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 2007;41:637-48.
70. Cloitre M. The “one size fits all” approach to trauma treatment: should we be satisfied? *Eur J Psychotraumatol*. 2015; DOI: 10.3402/ejpt.v6.27344.
71. Britvić D, Antičević V, Kekez V, Lapenda B, Urlić I. Psihodinamski aspekti adaptacije i liječenje psihotraume: rezultati istraživanja. *Društvena istraživanja*. 2007;3:497-513.
72. Rončević Gržetić I. *Liječenje kroničnih duševnih poremećaja uvjetovanih ratnom psihičkom traumom*. Doktorska disertacija, Rijeka; 2003.
73. Gabbard GO. *Treatments of Psychiatric Disorder*. Washington, London: American Psychiatric Publishing, Inc; 2007.

74. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ. Effective Treatments for PTSD, Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York, London: The Guilford Press; 2000.
75. Ochberg MF. Post-Traumatic Therapy. U: Everly SG, Lating MJ. ed. Psychotraumatology. Plenum Press, editor. New York; 1995; p. 224-80.
76. Moro LJ, Frančišković T. Organizacija skrbi za bolesnike oboljele od posttraumatskog stresnog poremećaja. Medicus. 1998;7:29-34.
77. Britvić D, Antičević V, Urlić I, Dodig G, Lapenda B, Kekez B, Mustapić I. Psychotherapeutic Treatment Program for Post-traumatic Stress Disorder: Prospective Study of 70 War Veterans. Gr Anal. 2007;40:507-522.
78. Bilić V. Psihoterapija oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja na Odjelu za parcijalnu hospitalizaciju. U: Gregurek R, Klain E, ur. Posttraumatski stresni poremećaj, hrvatska iskustva. Zagreb: Medicinska naklada; 2000. 99-108 p.
79. Winnicott DW. Dijete, obitelj i vanjski svijet. Zagreb: Naprijed; 1980.
80. Rycroft C. A Critical Dictionary of Psychoanalysis. London: Penguin Books; 1977.
81. Wilson JP, Friedman MJ, Lindy JD. Treating Psychological Trauma & PTSD. New York, London: The Guilford Press; 2001. p.183-201.
82. Foulkes SH. Group - Analytic Psychotherapy: Method and Principles. New York: Gordon and Breach; 1978.
83. Klain E. i sur. Grupna analiza - grupna analitička psihoterapija. Zagreb: Medicinska knjiga; 1996.
84. Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. third edition. New York: Basic Book; 1985.
85. Gabbard GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinic Practice, fourth edition. Washington London: American Psychiatric Publishing Inc; 2005.
86. Bion WR. Experiences in groups and other papers. London: Tavistock publication; 1961.
87. Rijevec M, Donevski I. Coping Strategies and the Resolution of Stressful Situations. Psychiatr Danub. 1994;6:93-97.
88. Klain E. Ratna psihologija i psihijatrija. Zagreb: GSSRH; 1992.
89. Buzov I. Psihoanaliza žalovanja. Zagreb: Jumena; 1989.
90. Buzov I, Nađ M. Specifičnosti žalovanja u ratnim uvjetima. Soc Psihijatr. 1996;24:13-15.

91. Bleich A, Garb R, Kottler M. Treatment of prolonged combat reaction. *Br J Psychiatry*. 1986;148:493-6.
92. Koller P, Marmar CR, Kanas N. Psychodynamic group treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans. *Int J Gr Psychother*. 1992;42:225-246.
93. Johnson DR, Rosenheck R, Fontana A, Lubin H, Charney D, Southwick S. Outcome of intensive inpatient treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1996;153:771-777.
94. Britvić D, Radelić N, Urlić I. Long-term Dynamic-oriented Group Psychotherapy of Posttraumatic Stress Disorder in War Veterans: Prospective Study of Five Year Treatment. *Croat Med J*. 2006;47:76-84.
95. 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;48:157-166.
96. Britvić D. Procjena učinkovitosti dinamski orijentirane grupne psihoterapije u liječenju ratnih veterana s kroničnim PTSP-om. Doktorska disertacija, Split; 2006.
97. Jakšić N, Brajković L, Ivezić E, Topić R, Jakovljević M. The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatr Danubina*. 2012;24: 256–266.
98. Ford JD, Fisher P, Larson L. Object Relations as a Predictor of Treatment Outcome With Chronic Posttraumatic Stress Disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65:547-59.
99. Miller WM. Personality and the Etiology and Expression of PTSD: A Three-Factor Model Perspectiv. *Clin Psychol Sci Pract*. 2003;10:373-393.
100. Hintze, J. (2013). PASS 12. NCSS, LLC. Kaysville, Utah, USA. www.ncss.com.
101. Keane TM, Caddell JM, Taylor KL. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56:85-90.
102. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beckov inventar depresije-II (BDI-II), Priručnik. Zagreb: Naklada Slap; 2011.
103. Krizmanić V, Kolesarić V. Priručnik za primjenu Skala kvalitete življenja. Zagreb: Naklada Slap; 1992.
104. Hudek-Knežević J, Kardum I. Upitnik dispozicijskog i situacijskog suočavanja sa stresom i njihove psihometrijske značajke. *Godišnjak Zavoda za Psihol*. 1993;43–60.
105. Crown S, Crisp AH. Crown-Crispov indeks iskustava - CCII, Priručnik. 2. izdanje. Zagreb: Naklada Slap; 2006.

106. Carver C, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989;56:267-283.
107. Sofko CA, Currier JM, Drescher KD. Prospective associations between changes in mental health symptoms and health-related quality of life in veterans seeking posttraumatic stress disorder residential treatment. *Anxiety, Stress Coping An Int J*. 2016; DOI:10.1080/10615806.2016.1157171
108. Dohrenwend BP, Jager TJ, Wall MM, Adams BG. The Roles of Combat Exposure, Personal Vulnerability, and Involvement in Harm to Civilians or Prisoners in Vietnam War-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Clin Psychol Sci*. 2013;1:223-238.
109. Kozina S, Vlastelica M. Disocijacija i detachment kao odraz traumatskog događaja na aspekte sebstva. *Soc psihijat*. 2014;42:33-42.
110. Wolf J, Keane TM, Kaloupek DG, Morn CA, Wine O. Patterns of Positive Readjustment in Vietnam Combat Veterans. *J Trauma Stress*. 1993;6:179-193.
111. Creech SK, Benzer JK, Liebsac BK, Proctor S, Taff CT. Impact of Coping Style and PTSD on Family Functioning After Deployment in Operation Desert Shield/Storm Returnees. 2013; DOI10.1002/jts.21823.
112. Hyer L, McCranie WE, Boudewyns PA, Sperr E. Modes of long-term coping with trauma memories: Relative use and associations with personality among Vietnam veterans with chronic PTSD. 2006; DOI: 10.1002/jts.2490090211.
113. Israel-Cohen Y, Kaplan O, Noy S, Kashy-Rosenbaum G. Religiosity as a Moderator of Self-Efficacy and Social Support in Predicting Traumatic Stress Among Combat Soldiers. *J Reli Heal*. 2016;55:1160-1171.
114. Klee S, Renner KH. Beyond pride and prejudices: An empirical investigation of German Armed Forces soldiers' personality traits. *Pers Individ Dif*. 2016;261–266. DOI:10.1080/10615806.2016.1157171
115. Engelhard IM, van den Hout MA, Lommen MJJ. Individuals high in neuroticism are not more reactive to adverse events. *Pers Individ Dif*. 2009;47:697-700.
116. Schnurr PP, Friedman MJ, Foy DW. Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder: results from a Department of Veterans affairs cooperative study. *Arch Gen Psychiatry*, 2003;60:481-489.
117. Giacco D, Matanov A, Priebe S. Symptoms and Subjective Quality of Life in Post-Traumatic Stress Disorder: A Longitudinal Study. *PloSONE*

DOI:10.1371/journal.pone.0060991.

118. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry* 2005;162:214-227.
119. Britvić D, Antičević, Kaliterna M, Lušić L, Beg A, Brajević-Gizdić I, Kudrić M, Stupalo Ž, Krolo V, Pivac N. Comorbidities with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) among combat veterans: 15 years postwar analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2015;15:81-92.
120. Forbes D, Parslow R, Fletcher S, McHugh T, Creamer M. Attachment Style in the Prediction of Recovery Following Group Treatment of Combat Veterans With Post-Traumatic Stress Disorder. *J Nerv. Ment. Dis.*2010;198:881-884.
121. Ikin JF, Creamer MC SM, McKenzie DP. Comorbidity of PTSD and depression in Korean War veterans: Prevalence, predictors, and impairment. *J Affect Disord*. 2010;125:279-286.
122. Johnson DR, Lubin H, Rosenheck R, Fontana A, Charney D, Southwick S. Comparison of outcome between homogeneous and heterogeneous treatment environments in combat-related posttraumatic stress disorder. *Nerv. Ment Dis*. 1999;187:88-95.
123. Luxenberg T, Spinazzola J, van der Kolk BA. Complex Trauma and Disorder of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment. *Directions in Psychiatry* 2001;21, Lesson 25;373-390.
124. Sloan DM, Feinstein BA, Gallagher MW, Beck JG, Keane TM. Efficacy of group treatment for posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis. *Psychological Trauma Theory, Res Pract Policy*. 2013;5:176-183.

10. PRILOZI

10.1. Informirani pristanak

OBAVIJEST ZA ISPITANIKU

Naziv projekta: *Predskazatelji pozitivnog ishoda liječenja veterana s kroničnim PTSP-om psihodinamskom grupnom psihoterapijom*

Istraživanje će se provesti u okviru Regionalnog centra za psihotraumu, Klinike za psihijatriju u Splitu i Dnevne bolnice Psihijatrijske bolnice «Sveti Ivan», Zagreb.

U istraživanje će biti uključeno 110 veterana Domovinskog rata, koji zadovoljavaju kriterije za PTS,P nastao kao posljedica izloženosti borbenim djelovanjem. Uključivati će se redom dolaska prijama na dnevno bolničko liječenje.

Molimo Vas pažljivo pročitajte slijedeću uputu:

Poštovana/poštovani;

Pozivamo Vas na sudjelovanje u znanstvenom istraživanju, kojim želimo istražiti predskazatelje pozitivnih ishoda liječenja grupnom psihodinamskom psihoterapijom PTSP-a, nastalog kao posljedica izloženosti traumatskim događajima tijekom sudjelovanja u Domovinskom ratu (1990-1995).

*Ova obavijest pružiti će Vam podatke koji će Vam pomoći kod odluke, želite li sudjelovati u ovom znanstvenom istraživanju. Prije nego što odlučite, želimo da shvatite zašto se to istraživanje provodi i što ono uključuje. Zato Vas molimo, **pažljivo pročitate ovu obavijest.** Ukoliko u ovoj obavijesti ne razumijete neke pojmove, molim pitajte glavnog istraživača koji provodi ovo znanstveno istraživanje.*

Dosadašnje spoznaje o ovom problemu

Kronični posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), u većini slučajeva, uspješno se liječi. No istraživanja ukazuju da kod trećine ispitanika zaostaju neki simptomi, dok kod preostale trećine nema uspjeha u liječenju. Uz simptome PTSP-a, često oboljeli imaju i simptome depresije, što sveukupno umanjuje kvalitetu života. Uz liječenje lijekovima, suvremeni pristup

uključuje i psihosocioterapiju, u kojoj grupna psihodinamska psihoterapija ima značajno mjesto. Postoje dva osnovna modela liječenja psihotraumatiziranih u grupama: homogenim i heterogenim. Želimo istražiti kod kojih oboljelih, u odnosu na inicijalne psihološke osobitosti i kliničke slike, će ova grupna psihodinamska psihoterapijska tehnika (homogena/heterogena) polučiti najbolji učinak.

Pretpostavka ovog istraživanja

Postoje razlike u učinku homogenih i heterogenih grupnih psihodinamskih psihoterapija u liječenju PTSP-a izazvanih borbenim iskustvima. Kod bolesnika različitih psiholoških osobitosti, tj. predskazatelja (kao što su to npr. različite crte ličnosti, neuroticizam, mehanizmi sučeljavanja sa stresom), postoji razlika u učinku psihodinamske grupne psihoterapije PTSP-a.

Ovim istraživanjem želi se istražiti koji čimbenici ličnosti utječu na pozitivan ishod liječenja grupnom psihoterapijom kod oboljelih veterana.

Glavni pozitivan učinak grupne psihoterapije je smanjenje simptoma intenziteta PTSP-a, smanjenje depresivnosti i povećanje kvalitete života. Želimo istražiti za koju skupinu oboljelih veterana (prema specifičnim karakteristikama ličnosti, tj. predskazateljima) je liječenje u dnevno-bolničkoj hospitalizaciji putem psihodinamske grupne psihoterapije najpogodnije.

Plan istraživanja

Ispitanici će se uključivati prema redoslijedu dolaska na liječenje u Regionalni centar za psihotraumu Klinike za psihijatriju u Splitu i u Dnevnu bolnicu Psihijatrijske bolnice „Sveti Ivan“ Zagreb.

Samo istraživanje zamišljeno je na dragovoljnoj bazi, te će svi ispitnici biti upoznati sa svrhom istraživanja i potpisati informirani pristanak.

Nakon psihijatrijskog intervjua uključiti će se ispitanici, u dobi od 36 do 60 godina, oni koji imaju dijagnosticiran PTSP, nastao kao posljedica izloženosti traumatskim iskustvima za vrijeme boravka u postrojbama hrvatske vojske. Uključiti će se oni koji imaju mogućnost uspostavljanja interpersonalnog povjerenja s ostalim članovima grupe, prethodno obavljenu kratku individualnu psihoterapiju i spremnost za pridržavanje pravila grupne povjerljivosti. Neće biti uključeni oboljeli koji imaju oboljenje SŽS, ovisnost o alkoholu i drogama, akutno

psihotični i subnormalne inteligencije, aktualno suicidalni ili homicidalni, kao i značajno paranoidni i/ili socijalno aberantni.

Psihoterapijski program Regionalnog centra za psihotraumu provodit će se po psihodinamskim principima i odvijati kroz 40 susreta. Na svakom susretu oboljeli će participirati u tri tipa grupe: socioterapijskoj, psihoedukativnoj, psihodinamski orijentiranoj homogenoj maloj grupi.

Psihoterapijski program Dnevne bolnice u Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“, Zagreb, odvijati će se svakodnevno kroz 8 tjedana, također po psihodinamskim principima u malim isrednjim grupama koje će se voditi tri puta tjedno, psihoedukacijskim grupama, terapijskoj zajednici te radnookupacijskim aktivnostima.

Očekivane koristi

Zainteresirani ispitanici mogu dobiti na pregled rezultate svojih psiholoških testova, te po potrebi i zahtjevu dodatnu terapijsku intervenciju i medicinsku obradu.

Na Vama je da odlučite želite li sudjelovati u ovom istraživanju. Ako se odlučite za daljnji nastavak sudjelovanja dobit ćete na potpis suglasnost za sudjelovanje.

Vaše sudjelovanje je dragovoljno i možete se slobodno i bez ikakvih posljedica povući, bez navođenja razloga. Nastaviti ćete se dalje liječiti, na način koji je uobičajen za vašu bolest. Ako odlučite prekinuti sudjelovanje, molim o tome na vrijeme obavijestite psihijatra s kojim ste započeli istraživanje.

Glavni istraživač i njegovi suradnici pridržavat će se interne procedure za zaštitu osobnih podataka. U bazu podataka bit ćete uneseni pomoću koda i prema inicijalima. Vašu medicinsku dokumentaciju će pregledavati glavni istraživač i njegovi suradnici. Vaše ime nikada neće biti otkriveno. Pristup dokumentaciji mogu imati predstavnici lokalnog etičkog povjerenstva, tj. Etičkog povjerenstva Psihijatrijske bolnice “Sveti Ivan” i predstavnici Etičkog povjerenstva Medicinskog fakulteta u Splitu.

Podaci iz ovog znanstvenog istraživanja koristiti će se za izradu doktorske disertacije. Glavni istraživač je mr.sc.Slobodanke Kezić, dr.med. ali mogu biti i od praktične koristi (saznanje o predskazateljima pozitivnog ishoda liječenja PTSP-a kod veterana grupnom psihodinamskom

psihoterapijom) kao i za daljnja znanstvena istraživanja. Stoga će se objavljivati u znanstvenim publikacijama. Vaš identitet će ostati anonimn.

Ovo istraživanje organizira i financira mr.sc. Slobodanka Kezić, pristupnica u izradi doktorske dizertacije.

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

Istraživanje se provodi u skladu sa svim primjenjivim smjernicama, čiji je cilj osigurati pravilno provođenje i sigurnost podataka osoba koje sudjeluju u ovom znanstvenom istraživanju, uključujući **osnove dobre kliničke prakse i Helsinšku deklaraciju**.

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

Ime i prezime glavnog istraživača:

mr.sc. Slobodanka Kezić, dr. med., Psihijatrijska bolnica «Sveti Ivan»;

broj telefona: 3430082; 098 1834671 (mobitel).

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

Presliku dokumenata, koji ćete potpisati u slučaju da se odlučite sudjelovati u istraživanju, dobiti ćete Vi i glavni istraživač.

Originalni primjerak dokumenta zadržati će i čuvati glavni istraživač.

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

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

Glavni istraživač na projektu:

mr.sc. Slobodanka Kezić, dr. med.

SUGLASNOST ZA SUDJELOVANJE

1. Potvrđujem da sam dana....., pročitao/pročitala ovu obavijest za gore navedeno znanstveno istraživanje, te sam imao/imala priliku postavljati pitanja.
2. Razumijem da je moje sudjelovanje dragovoljno, te se mogu povući, u bilo koje vrijeme, bez navođenja razloga i bez ikakvih posljedica po zdravstvenom ili pravnom pitanju.
3. Razumijem da mojoj medicinskoj dokumentaciji imaju pristup odgovorni pojedinci, tj. glavni istraživač i njegovi suradnici, članovi Etičkog povjerenstva ustanova u kojoj se istraživanje obavlja te članovi Etičkog povjerenstva koje je odobrilo ovo znanstveno istraživanje. Dajem dozvolu tim pojedincima za pristup mojoj medicinskoj dokumentaciji.
4. Želim sudjelovati u navedenom znanstvenom istraživanju.

Ime i prezime ispitanika: _____

Potpis: _____

Inicijali (tiskana slova): _____

Datum: _____

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

Glavni istraživač na projektu: _____

Potpis: _____

Ime i prezime (tiskana slova): _____

Datum: _____

11. ŽIVOTOPIS

Slobodanka Kezić je rođena u Splitu 1960. godine. Diplomirala na Medicinskom fakultetu u Zagrebu 1984. godine. Do specijalističkog staža radila u Medicinskom centru Dubrovnik. Poslijediplomski studij iz psihoterapije upisala 1991. godine te položila sve ispite 1993.godine. Specijalistički staž iz psihijatrije obavljala na Klinici za psihijatriju KB Firule u Splitu i KBC Zagrebu, gdje je na Klinici za psihijatriju Medicinskog fakulteta u Zagrebu, položila specijalistički ispit, u lipnju 1995. godine.

Završila trogodišnju izobrazbu, položila završni ispit te stekla stručni naziv: konzultanta za zaštitu mentalnog zdravlja dojenčadi, djece i adolescenata 1996. godine.

Preselila se iz Dubrovnika u Zagreb 1996. godine, te od tada u kontinuitetu radi u Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“. Aktualno obnaša funkciju voditelja Dnevne bolnice za preventivni i terapijski program stresom i traumom uzrokovane poremećaje.

Stekla naziv sudskog vještaka 1998. godine, te sudjeluje u izradi psihijatrijskih ekspertiza na više sudova u RH.

Obranila magistarski rad 16.4.2003. godine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu sa temom „Utjecaj rane traume na kliničku sliku PTSP-a“.

Diplomu grupnog analitičara stekla 16.5.2000. godine. Edukator iz grupne analize u Institutu za grupnu analizu od 2003. godine.

U prosincu 2008.godine položila subspecijalistički ispit iz psihoterapije na Klinici za psihološku medicinu, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Studeni 2010. priznat naziv primarijus, Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi.

Prisustvovala domaćim i stranim stručnim skupovima te sudjelovala kao predavač.

Do sada objavila pet radova u CC.

Adresa: Nova Ves 21

10000 ZAGREB

e-mail: danci.kezic@yahoo.com