

# Intenzitet simptoma poremećaja u samoorganizaciji kod osoba s kompleksnim posttraumatskim stresnim poremećajem

---

**Vladislović, Anton**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2024**

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:078728>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-03-17**



*Repository / Repozitorij:*

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI

MEDICINSKI FAKULTET

SVEUČILIŠNI INTEGRIRANI PRIJEDIPLOMSKI I DIPLOMSKI

STUDIJ MEDICINA

*Anton Vladislović*

INTENZITET SIMPTOMA POREMEĆAJA U SAMOORGANIZACIJI KOD OSOBA S  
KOMPLEKSNIM POSTTRAUMATSKIM STRESNIM POREMEĆAJEM

Diplomski rad

Rijeka, 2024.

SVEUČILIŠTE U RIJECI

MEDICINSKI FAKULTET

SVEUČILIŠNI INTEGRIRANI PRIJEDIPLOMSKI I DIPLOMSKI

STUDIJ MEDICINA

*Anton Vladislović*

INTENZITET SIMPTOMA POREMEĆAJ U SAMOORGANIZACIJI KOD PACIJENATA S  
KOMPLEKSNIM POSTTRAUMATSKIM STRESNIM POREMEĆAJEM

Diplomski rad

Rijeka, 2024.

Mentor rada: izv. prof. dr. sc. Marina Letica Crepulja, dr. med.

Diplomski rad ocijenjen je dana \_\_\_\_\_ u/na \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, pred povjerenstvom u sastavu:

1. Doc. dr. sc. Aleksandra Stevanović, prof. psih.

2. Izv. prof. dr. sc. Ika Rončević Gržeta, dr. med.

3. Izv. prof. dr. sc. Jasna Grković, dr. med.

Rad sadrži 40 stranica, 1 sliku, 6 tablica, 55 literaturnih navoda.

## **Zahvala**

*Zahvaljujem svojoj mentorici, izv. prof. dr. sc. Marini Letica Crepulja na stručnom usmjeravanju, pomoći, uloženom vremenu i razumijevanju. Također, hvala na pristupačnosti, strpljenju i predanosti u mentorstvu.*

*Zahvaljujem svojim prijateljima i kolegama koji su period mog studiranja učinili ugodnim i zabavnim, a teške trenutke lakšima.*

*Veliko hvala mojoj obitelji koje je uvijek bila uz mene, bodrila me, motivirala i podržavala.*

*Posebno hvala mojim roditeljima na koje sam uvijek mogao računati i čiji su me tople riječi i savjeti usmjeravali kroz godine studija. Puno hvala mojoj baki koja me predano podržavala u mojoj želji da postanem liječnik.*

*Posebno hvala mojoj djevojci, Jeleni koja je bila moja najbolja prijateljica i oslonac kroz proteklih šest godina.*

# Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Posttraumatski stresni poremećaj.....	1
1.2. Kompleksni posttraumatski stresni poremećaj.....	3
1.3. Hipoteza .....	6
2. Metoda .....	7
2.1. Ispitanici.....	7
2.2. Mjerni instrumenti .....	7
2.2.1. Međunarodni upitnik za traumu (eng. <i>International Trauma Questionnaire, ITQ</i> ).....	7
2.2.2. Lista životnih događaja za DSM-5 (eng. <i>Life Event Checklist for DSM-5, LEC-5</i> ) .....	9
2.3. Postupak.....	10
3. Rezultati .....	11
3.1. Sociodemografske karakteristike ispitanika.....	11
3.2. Traumatski životni događaji.....	13
3.3. Karakteristike ispitanika vezane za rat i simptomi PTSP-a .....	15
3.4. Intenzitet simptoma PSO kod pacijenata s KPTSP-om .....	16
4. Rasprava.....	22
5. Zaključak.....	29
6. Sažetak .....	30
7. Summary .....	31
8. Literatura.....	32
9. Životopis .....	40

# Popis skraćenica

**AD** – afektivna disregulacija (*eng. affective dysregulation*)

**AS** – aritmetička sredina

**BPD** – granični poremećaj ličnosti (*eng. borderline personality disorder*)

**DESNOS** – poremećaji ekstremnog stresa koji nisu drugačije specificirani (*eng. Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified*)

**DR** – poremećaji u odnosima (*eng. disturbances in relationships*)

**DSM** – Dijagnostički statistički priručnik (*eng. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

**EMDR** – *eng. Eye Movement Desensibilisation and Reprocessing*

**GAP** – generalizirani anksiozni poremećaj (*eng. generalized anxiety disorder*)

**ITQ** – Međunarodni upitnik za traumu (*eng. Interational Trauma Questionnaire*)

**KBC** – Klinički bolnički centar

**KBT** – kognitivno-bihevioralna terapija

**KPTSP** – kompleksni posttraumatski stresni poremećaj (*eng. complex posttraumatic stress disorder, CPTSD*)

**LEC-5** – Lista životnih događaja za DSM-5 (*eng. Life Event Checklist for DSM-5, LEC-5*)

**MKB** – Međunarodna klasifikacija bolesti

**NSC** – negativno samopoimanje (*eng. negative self concept*)

**PSO** – poremećaji u samoorganizaciji (*eng. disturbances in self-organization, DSO*)

**PTSP** – posttraumatski stresni poremećaj (*eng. posttraumatic stress disorder, PTSD*)

**SD** – standardna devijacija

**SNRI** – selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (*eng. serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor*)

**SSRI** – selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (*eng. selective serotonin reuptake inhibitor*)

**SZO** – Svjetska zdravstvena organizacija



# 1. Uvod

## 1.1. Posttraumatski stresni poremećaj

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) je psihijatrijski poremećaj koji se može javiti nakon izlaganja traumatskom događaju koji je izrazito zastrašujuće i/ili prijeteće prirode, poput ratnog sukoba, mučenja, seksualnog nasilja, iznenadne i neočekivane smrti bliske osobe itd. (1,2).

Posttraumatski stresni poremećaj se prvi put spominje u trećem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM; *eng. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) 1980. godine (3). U desetoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) 1992. godine, također je uvedena dijagnoza PTSP-a (4). U MKB-10, PTSP je svrstan u skupinu neurotskih i somatoformnih poremećaja izazvanih stresom te mu je dodijeljena šifra F43.1 (5).

U jedanaestom izdanju Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-11) PTSP je svrstan u novu skupinu poremećaja nazvanu „poremećaji specifično povezani sa stresom” i dodijeljena mu je šifra 6B40. Prema MKB-11, PTSP je obilježen trima skupinama simptoma: simptomima ponovnog proživljavanja traumatskog događaja praćenog intruzivnim sjećanjima (*eng. flashbacks*), izbjegavajućim ponašanjem prema potencijalnim podsjetnicima na traumatski događaj i stanjem trajnog osjećaja opasnosti i hipervigilnosti. Za dijagnozu PTSP-a mora biti prisutan barem jedan simptom iz svake od ovih triju skupina simptoma, uz narušeno funkcioniranje pacijenta u socijalnom, radnom ili u nekom drugom

području života. U okviru PTSP-a se mogu javiti i disocijativni simptomi, suicidalnost, disforija, somatizacija itd. (2).

Oko 20% pacijenata koji boluju od PTSP-a koriste alkohol i ostala sredstva ovisnosti kao oblik „samoliječenja” (6). Najčešći psihijatrijski komorbiditeti kod veterana Domovinskog rata su zlouporaba alkohola, depresija (veliki depresivni poremećaj i distimija), anksiozni poremećaji, panični poremećaj i fobije, psihosomatski poremećaj, poremećaji ličnosti, psihotični poremećaji, zlouporaba droga i demencija (7,8).

Prevalencija PTSP-a u općoj populaciji je negdje između 1% i 6%, a češće se javlja kod žena (2,9). Prevalencija PTSP-a je posebice visoka u populaciji vojnika i bivšeg vojnog osoblja gdje se procjenjuje da između 8% i 35% svih vojnika i bivših vojnika boluju od PTSP-a (10,11). Prevalencija je različita u različitim zemljama, no konzistentno je viša u vojnoj populaciji nego u ostatku populacije te ovisi o čimbenicima poput izloženosti sukobu na ratištu, strahu od smrti i ranjavanja, paljbi vatrenog oružja, trajanju vojne službe itd. (12,13).

Od psihoterapijskim metoda liječenja, za PTSP se prema važećim smjernicama preporučuju kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) te EMDR (*eng. Eye Movement Desensibilisation and Reprocessing*) (14,15). Ove psihoterapijske tehnike su usmjerene na pacijentova sjećanja na traumatski događaj i kognicije koje vežu uz taj događaj. Točnije, te tehnike se odnose na ponavljano izlaganje traumatskom događaju *in vivo* ili imaginativno te aktivno mijenjanje uvjerenja vezano za traumatski događaj i posljedice tog događaja (16).

Kao prva linija farmakološkog liječenja koriste se lijekovi iz SSRI skupine, a najviše dokaza postoji za učinkovitost paroksetin i fluoksetin. Pregledni rad Martina i suradnika ukazuju da ovi lijekovi pokazuju bolji učinak u liječenju PTSP-a u odnosu na druge lijekove iz iste

skupine. Još jedan od često propisivanih lijekova je venlafaksin iz SNRI skupine. U slučaju kada KBT i EMDR terapija nisu dostupni, preporučuje se korištenje tricikličkih depresiva, iako se daje prednost SSRI i SNRI. Većina modernih smjernica daje u liječenju prednost psihoterapijskom pristupu usmjerenom na traumu u odnosu na farmakološko liječenje (15).

## 1.2. Kompleksni posttraumatski stresni poremećaj

U skupinu poremećaja specifično vezanih za stres u MKB-11, uz PTSP uvedena je srodna dijagnoza, kompleksni PTSP (KPTSP), kojoj je dodjeljena šifra 6B41(17). Termin KPTSP je prvi puta uvela J. Herman 1992. godine opisujući ga kao psihijatrijski poremećaj koji nastaje uslijed ponavljane i dugotrajne traume (18).

Prema MKB-11, dijagnoza KPTSP-a sastoji se od šest skupina simptoma, od kojih 3 skupine dijeli sa svojom sestričnom dijagnozom, PTSP-om. Te tri skupine simptoma su simptomi ponovnog proživljavanja, izbjegavajuće ponašanje i stanje stalnog osjećaja opasnosti i hipervigilnost (2,19). Preostale simptome zajednički se naziva „poremećaji u samoorganizaciji” (PSO). Oni se dijele u tri skupine: afektivna disregulacija, negativno samopoimanje i poremećaji u odnosima (20).

Afektivna disregulacija prezentira se na dva načina: kao hipoaktivacija, karakterizirana osjećajem emocionalne „otupljenosti” i udaljenosti, te hiperaktivacijom, koju karakterizira povišena emocionalna reaktivnost i izljevi bijesa (*eng. anger outburst*) (21,22). Skupina poremećaja negativnog samopoimanja karakterizirana je trajnim vjerovanjem o sebi kao manje vrijednom ili bezvrijednim te poraženim. Praćena je osjećajima srama i krivnje vezane za

traumatski događaj. Poremećaji u odnosima karakterizirani su povlačenjem pojedinca „u sebe”, prekidanjem postojećih odnosa te udaljavanjem od drugih osoba (21).

Kako je J. Herman prvotno navela, simptomi PSO se javljaju češće kod osoba koje su izložene dugotrajnim i ponavljanim traumatskim situacijama (npr. ratno zarobljeništvo, zlostavljanje u djetinjstvu itd.), nego kod osoba koje su izložene drugim vrstama traumatskih događaja (23). Terenska istraživanja DSM-IV potvrdila su Hermaninu tezu, a novija istraživanja povezuju KPTSP s kumulativnom traumom u ranom djetinjstvu i interpersonalnom traumom te traumom od koje osoba ne može pobjeći (23-25). Međutim, prema MKB-11, vrsta traume koju je osoba pretrpjela smatra se tek čimbenikom rizika za razvoj PTSP-a ili KPTSP-a, a dijagnoza se donosi isključivo na temelju simptoma (26). Tu se MKB-11 razlikuje od DSM-5 koji uzima vrstu traumatskog događaja kao kriterij za postavljanje dijagnoze PTSP-a (27). DSM-5 ne definira KPTSP kao poremećaj (28). U DSM-IV bila je predložena dijagnoza DESNOS (*eng. Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) koja je obuhvaćala 48 mogućih simptoma, podijeljenih u šest ljestvica i 27 podljestvica (29). I KPTSP i DESNOS obuhvaćaju simptome PSO, ali za razliku od DESNOS-ovih 48, KPTSP ih navodi samo 12 što ga čini klinički lakše primjenjivim (19).

Važno je razlikovati KPTSP od graničnog poremećaja ličnosti (*eng. borderline personality disorder, BPD*), s obzirom da ova dva poremećaja dijele određene sličnosti, poput poremećaja u odnosima i negativnog samopoimanja. Dok osobe koje boluju od KPTSP-a češće prekidaju postojeće odnose u stresnim periodima života, osobe koje boluju od BPD-a imaju tendenciju brzog započinjanja novih odnosa i veza te idealizacije i devaluacije partnera. Samopoimanje kod osoba s KPTSP-om trajno je negativno, dok kod osoba s BPD-om varira od izrazito

negativnog do izrazito pozitivnog. Suicidalnost kod osoba s BPD-om češće se javlja u kombinaciji sa samoozljeđivanjem nego kod osoba s KPTSP-om (31,32).

Prevalencija KPTSP-a u općoj populaciji kreće se od 1% do 8% (33). Na uzorku žena koje su pretrpjele nasilje u partnerskim odnosima zabilježena je prevalencija KPTSP-a od 39,5%, dok je na uzorku sirijskih izbjeglica zabilježena je prevalencija KPTSP-a od 36,1% (34,35). Na kliničkim uzorcima u europskoj populaciji dobiveni su rezultati za prevalenciju KPTSP-a od 12,7% do 36% (36,37). Prevalencija KPTSP-a kod ratnih veterana Domovinskog rata u psihijatrijskom liječenju preko dva desetljeća nakon ratne traume je 80,63% (38).

Poput PTSP-a, KPTSP ima visoke stope komorbiditeta, a u većoj je mjeri od PTSP-a povezan s generaliziranim anksioznim poremećajem (GAP) i velikim depresivnim poremećajem. Općenito, osobe koje boluju od PTSP-a ili KPTSP-a imaju dva puta veći rizik od pobola od kroničnih nezaraznih bolesti i razvoja ovisnosti o alkoholu te tri puta veći rizik za suicidalnost (27,39).

Rezultati jedne meta-analize su pokazali da su KBT, tehnika izlaganja i EMDR terapija jednako učinkoviti u liječenju PTSP-a i simptoma PSO, osobito negativnog samopoimanja i poremećaja u odnosima (25).

Za farmakološko liječenje KPTSP-a koristi se algoritam dizajniran za liječenje PTSP-a. Iako spomenuti algoritam nije nužno idealan za liječenje KPTSP-a, u odsustvu bolje alternative, i dalje je najbolja dostupna opcija. Kao i kod PTSP-a, prednost se daje psihoterapiji usmjerenoj na traumu (40).

Cilj ovoga rada je ispitati razinu simptoma PSO u kliničkoj populaciji veterana Domovinskog rata oboljelih od KPTSP-a koji se liječe u KBC Rijeka.

### 1.3. Hipoteza

Hipoteza ovog istraživanja je da će se simptomi iz svake skupine simptoma PSO javljati u istom omjeru i intenzitetu.

## 2. Metoda

### 2.1. Ispitanici

Podaci su analizirani za sveukupno 159 ispitanika. U istraživanje je uključen 171 ispitanik koji je zadovoljavao zadane kriterije, a 12 ispitanika je isključeno zbog nepotpunih podataka. Svi ispitanici su pacijenti Kliničkog bolničkog centra (KBC) Rijeka te su sudjelovali u izravnim ratnim operacijama tijekom Domovinskog rata i zadovoljavaju kriterije za dijagnozu KPTSP-a. Ispitanici su muškog spola i prosječne dobi od 52,88 godine, u rasponu od 42 do 66 godina (AS= 52,88, SD= 5,88).

### 2.2. Mjerni instrumenti

#### 2.2.1. Međunarodni upitnik za traumu (*eng. International Trauma Questionnaire, ITQ*)

Međunarodni upitnik za traumu (ITQ) je strukturirani samoprocjenski upitnik za PTSP i KPTSP. Razvijen je u skladu s kriterijima MKB-11 i Svjetske zdravstvene organizacije (SZO)(41).

Čestice simptoma PTSP-a u ITQ-a razvijene se u skladu s istraživanjima Brewina i suradnika iz 2009. godine, a izbor čestica PSO utemeljen je na terenskim istraživanjima DSM-IV i na upitnicima stručnih mišljena kliničara (42). Verziju ITQ-a s 12 čestica razvili su Cloitre i suradnici 2018. godine (41).

Zadatak ispitanika je prisjetiti se traumatskog iskustva koje ih najviše zaokuplja i odgovarati na pitanja referirajući se na to iskustvo. Upitnik se sastoji od 20 pitanja. Prvo se pitanje odnosi na opis traumatskog događaja, dok se drugo pitanje odnosi na utvrđivanje vremenskog razdoblja u kojem se dogodio (ponuđeno je 6 odgovora, od „unatrag manje od šest mjeseci” do „unatrag više od 20 godina”). Na ostala pitanja ispitanici odgovaraju pomoću skale slaganja od pet stupnjeva pri čemu 0 znači „uopće ne”, dok 4 znači „jako”.

Od preostalih 18 čestica, šest čestica se odnosi na simptome PTSP- a, a šest čestica se odnosi na simptome PSO. Što se tiče simptoma PTSP- a, po dvije čestice mjere simptome iz svake od skupina simptoma – ponovnog proživljavanja (Re), izbjegavanja (Av) i doživljaja sadašnje prijetnje (Th). Što se tiče simptoma PSO, po dvije čestice mjere simptome iz svake od skupina simptoma – afektivne disregulacije (AD), negativnog samopoimanja (NSC) i poremećaja u odnosima (DR). Preostalih šest čestica mjeri funkcionalno oštećenje unutar tri područja (socijalno, radno i u drugim važnim područjima života), povezano sa simptomima PTSP-a i PSO (kod svakog po tri).

Rezultat je moguće izračunati za svaku skupinu simptoma tj. za Re, Av i Th (kod PTSP- a) te AD, NSC i DR (kod PSO). Mogu se zbrojiti i skupine simptoma čime se dobiva ukupni rezultat za PTSP (ukupni zbroj Re, Av i Th) i PSO (ukupni zbroj AD, NSC i DR).

Glede vrednovanja rezultata, dijagnoza PTSP- a je vjerojatna ako su ispunjeni sljedeći kriteriji: u svakoj skupini simptoma PTSP- a i za povezano funkcionalno oštećenje, odgovor na barem jednom pitanju za svaki simptom mora biti 2 („umjereno”) ili veći („prilično” i „jako”). Dijagnoza KPTSP- a je vjerojatna ako su zadovoljeni navedeni kriteriji za PTSP te ako u svakoj skupini simptoma PSO i za povezano funkcionalno oštećenje, odgovor na barem jednom



pitanju za svaki simptom mora biti 2 („umjereno”) ili veći („prilično” i „jako”). S obzirom na rezultat, osoba može zadovoljiti kriterije za vjerojatnu dijagnozu PTSP- a ili KPTSP- a.

U prijašnjim je istraživanjima dobiveno da Cronbach alpha koeficijent unutarnje pouzdanosti za skalu PTSP-a i PSO-a iznosi 0,8 i više (42). U ovom je istraživanju dobiveno da koeficijent pouzdanosti za skalu PTSP-a uz poteškoće u funkcioniranju iznosi 0,73, a za skalu PSO-a uz poteškoće u funkcioniranju iznosi 0,88.

Međunarodni upitnik za traumu je validiran i preveden na više od 25 jezika, uključujući i hrvatski jezik (38).

### 2.2.2. Lista životnih događaja za DSM-5 (*eng. Life Event Checklist for DSM-5, LEC-5*)

Lista životnih događaja je samoprocjenski upitnik kojim se procjenjuje izloženost traumatičnim životnim događajima. Sastoji se od 17 čestica, od kojih su 16 različiti događaji koji mogu dovesti do razvoja PTSP-a, a posljednja čestica ostavlja ispitanicima prostor da sami navedu neki događaj koji su doživjeli, a koji nije bio ranije naveden. Zadatak ispitanika je pročitati ovih 17 čestica i na njih odgovoriti označujući jednu ili više razina koje mogu biti: „dogodilo mi se”, „vidio sam to”, „saznao sam o tome”, „to je dio mog posla”, „nisam siguran” i „ne odnosi se na mene”. Svrha ovog upitnika je odrediti je li ispitanik bio izložen potencijalno traumatičnim životnim događajima i ako jest, na kojoj je to bilo razini (43).

## 2.3. Postupak

Tijekom susreta s ispitanicima, prikupljeni su demografski podaci i podaci vezani za njihova ratna iskustva, a zatim su ispitanici ispunili ITQ i LEC-5. Ispunjavanje spomenutih samoprocjenskih upitnika trajalo je otprilike 5-10 minuta. Svi ispitanici su upoznati sa svrhom i ciljem istraživanja, a svoje sudjelovanje su potvrdili potpisivanjem informiranog pristanka. Istraživanje je provedeno u skladu s etičkim načelima te je odobreno od strane Etičkog povjerenstva KBC-a Rijeka.

## 3. Rezultati

Prikupljeni podaci obrađeni su koristeći softverski paket za analizu Statistica 12. Provedena je deskriptivna statistika: izračunata je aritmetička sredina i standardna devijacija te frekvencije i postoci. Rezultati su prikazani s pomoću tablica i grafova.

### 3.1. Sociodemografske karakteristike ispitanika

Tijekom analize sociodemografskih podataka, izračunate su frekvencije i postoci. Većina ispitanika ima srednju stručnu spremu (76,7%), dok najmanje ispitanika ima visoku stručnu spremu (2,5%). Osnovnu školu je završilo 19 ispitanika (11,9%), dok višu stručnu spremu ima 14 ispitanika (8,8%). Vezano za radni status, većina ispitanika je umirovljena (57,2%), dok je najmanji postotak ispitanika nezaposlen (13,8%). Ostatak ispitanika je zaposlen i to njih 46 (28,9%).

Najveći postotak ispitanika je oženjen (64,2%). Zatim slijede ispitanici koji nisu oženjeni (15,7%), ispitanici u izvanbračnoj zajednici (8,8%), rastavljeni ispitanici (6,9%) te ispitanici čiji se bračni status može opisati kao nešto drugo (4,4%). Ispitanici u najvećoj mjeri izvještavaju da je njihov socioekonomski status srednji (67,9%), manji postotak da je nizak (30,8%), dok najmanji postotak ispitanika izvještava da je visok (1,3%).

U Tablici 1. prikazane su sociodemografske karakteristike ispitanika – dob, stupanj obrazovanja, bračni status, radni status i socioekonomski status.

Tablica 1. Sociodemografske karakteristike ispitanika (N = 159)

<b>Varijabla</b>	<b>N (%)</b>
<b>Dob</b>	
42 – 45	18 (11,32)
46 – 60	117 (73,58)
61 – 66	24 (15,09)
<b>Stupanj obrazovanja</b>	
OŠ	19 (11,9)
SSS	122 (76,7)
VŠS	14 (8,8)
VSS	4 (2,5)
<b>Bračni status</b>	
Oženjen	102 (64,2)
Izvanbračna zajednica	14 (8,8)
Neoženjen	25 (15,7)
Rastavljen	11 (6,9)
Drugo	7 (4,4)
<b>Radni status</b>	
Zaposlen	46 (28,9)
Nezaposlen	22 (13,8)
Umirovljen	91 (57,2)
<b>Socioekonomski status</b>	

Nizak	49 (30,8)
Srednji	108 (67,9)
Visok	2 (1,3)

### 3.2. Traumatski životni događaji

Izračunate su frekvencije i postoci za traumatske životne događaje koje su ispitanici doživjeli. Uz izloženost ratištu i ratnoj zoni (100%), ispitanici su najčešće izvještavali da su bili neposredno izloženi požaru ili eksploziji (62,3%) te prometnoj nesreći (50,9%). S druge strane, u najmanjoj su mjeri izvještavali da su doživjeli seksualni napad (2,5%) i drugo neželjeno ili neugodno seksualno iskustvo (3,8%).

Ispitanici su u najvećoj mjeri izvještavali da su vidjeli iznenadnu nasilnu smrt (47,8%), veliku ljudsku patnju (39,0%) te iznenadnu nesretnu smrt (38,4%). S druge strane, u najmanjoj mjeri su izvještavali da su vidjeli seksualni napad (1,3%) i drugo neželjeno ili neugodno seksualno iskustvo (1,9%).

U Tablici 2. mogu se vidjeti podaci dobiveni Upitnikom o životnim događajima tj. broj i postotak ispitanika koji su za navedene događaje izvijestili da im se to dogodilo ili su to vidjeli.

Tablica 2. Podaci iz Upitnika o životnim događajima ( $N = 159$ )

Čestica	N (%)	
	Dogodilo mi se	Vidio sam to
1. Prirodne katastrofe	36 (22,6)	22 (13,8)
2. Požar ili eksplozija	99 (62,3)	58 (36,5)
3. Prometne nesreće	81 (50,9)	42 (26,4)
4. Nesreća na poslu, kod kuće ili za vrijeme rekreacijskih aktivnosti	47 (29,6)	33 (20,8)
5. Izloženost toksičnim supstancama	34 (21,4)	5 (3,1)
6. Fizički napad	76 (47,8)	43 (27)
7. Napad oružjem	75 (47,2)	57 (35,8)
8. Seksualni napad	4 (2,5)	2 (1,3)
9. Drugo neželjeno ili neugodno seksualno iskustvo	6 (3,8)	3 (1,9)
10. Rat	159 (100)	30 (18,9)
11. Zarobljeništvo	7 (4,4)	9 (5,7)
12. Životno ugrožavajuća bolest ili ozljeda	63 (39,6)	42 (26,4)

13. Velika ljudska patnja	54 (34)	62 (39)
14. Iznenadna nasilna smrt	30 (18,9)	76 (47,8)
15. Iznenadna nesretna smrt	32 (20,1)	61 (38,4)
16. Opasna ozljeda, šteta ili smrt koju ste prouzročili nekome drugome	28 (17,6)	22 (13,8)
17. Bilo koji drugi stresan životni događaj ili iskustvo	70 (44)	37 (23,3)

### 3.3. Karakteristike ispitanika vezane za rat i simptomi PTSP-a

Izračunate su aritmetičke sredine i standardne devijacije te je prikazan raspon za karakteristike ispitanika vezane za rat i za simptome posttraumatskog stresnog poremećaja. Prosječna dužina boravka ispitanika na ratištu je 30,25 mjeseci ( $SD = 19,51$ ), u rasponu od jednog do 70 mjeseci. Prosječno vrijeme koje je prošlo od prvog javljanja psihijatru je 20,78 godina ( $SD = 8,91$ ), u rasponu od jednog do 34 mjeseca.

Analizirajući intenzitet simptoma PTSP-a, najveći prosječan rezultat dobiven je u skupini simptoma doživljaja sadašnje prijetnje ( $AS = 6,72$ ,  $SD = 0,99$ ), zatim u skupini simptoma ponovnog proživljavanja ovdje i sada ( $AS = 6,45$ ,  $SD = 1,39$ ) te izbjegavanja ( $AS = 6,42$ ,  $SD =$

1,27). Prosječni rezultat za ukupnu ljestvicu PTSP- a (kompozita ove tri skupine simptoma) je 19,58 (SD = 2,45), dok je prosječan rezultat funkcionalnog oštećenja povezanog s PTSP – om 8,66 (SD = 2,09). Svi ispitanici zadovoljavaju kriterije za PTSP.

U Tablici 3. su prikazani podaci o boravku na ratištu (u mjesecima), vremenu prošlom od prvog javljanja psihijatru (u godinama) i rezultati vezani za simptome PTSP-a.

Tablica 3. *Karakteristike ispitanika vezane za rat i posttraumatski simptomi*

	<b>AS</b>	<b>SD</b>	<b>Raspon</b>
Boravak na ratištu (u mjesecima)	30,25	19,51	1 – 70
Vrijeme prošlo od prvog javljanja psihijatru (u godinama)	20,78	8,91	1 – 34
Ponovno proživljavanje ovdje i sada	6,45	1,39	2 – 8
Izbjegavanje	6,42	1,27	2 – 8
Doživljaj sadašnje prijetnje	6,72	0,99	2 – 8
PTSP rezultat	19,58	2,45	6 – 24
Funkcionalno oštećenje povezano s PTSP – om	8,66	2,09	2 – 12

### 3.4. Intenzitet simptoma PSO kod pacijenata s KPTSP-om

Za intenzitet simptoma PSO kod pacijenata s KPTSP-om, izračunate su aritmetičke sredine i standardne devijacije i prikazan je raspon rezultata. Najveći prosječan rezultat dobiven je unutar skupine simptoma afektivne disregulacije (AS = 5,99, SD = 1,21), zatim unutar skupine simptoma poremećaja u odnosima (AS = 5,86, SD = 1,44) te na kraju unutar skupine simptoma negativnog



samopoiimanja (AS = 5,45, SD = 1,67). Prosječan rezultat za ukupnu ljestvicu PSO je 17,30 (SD = 3,70) te je prosječan rezultat funkcionalnog oštećenja povezanog s tom ljestvicom je 8,38 (SD = 2,23).

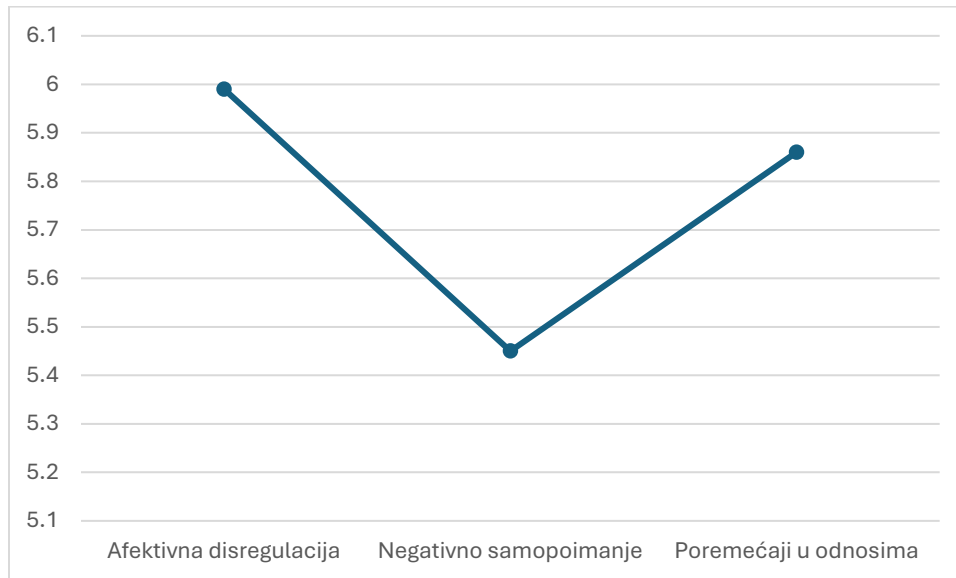
Svi ispitanici zadovoljavaju kriterije za dijagnozu KPTSP- a.

U Tablici 4. je prikazan intenzitet simptoma PSO kod pacijenata s KPTSP-om

Tablica 4. *Intenzitet simptoma poremećaja u samoorganizaciji kod pacijenata s kompleksnim posttraumatskim stresnim poremećajem*

	<b>AS</b>	<b>SD</b>	<b>Raspon</b>
Afektivna disregulacija	5,99	1,21	2 – 8
Negativno samopoiimanje	5,45	1,67	2 – 8
Poremećaji u odnosima	5,86	1,44	2 – 8
Poremećaji u samoorganizaciji (PSO) rezultat	17,3	3,7	6 – 24
Funkcionalno oštećenje povezano s poremećajima u samoorganizaciji (PSO)	8,38	2,23	2– 12

Uz tabelarni prikaz, na Slici 1. je slikovno prikazan intenzitet simptoma PSO kod pacijenata s KPTSP-om.



Slika 1. *Intenzitet simptoma poremećaja u samoorganizaciji kod pacijenata s kompleksnim posttraumatskim stresnim poremećajem*

Nadalje, izračunate su aritmetička sredina i standardna devijacija za svaku pojedinu česticu iz poremećaja u samoorganizaciji. Najviši rezultat je dobiven za prvu česticu ( $AS = 3,1$ ,  $SD = 0,66$ ), zatim za šestu česticu ( $AS = 3,01$ ,  $SD = 0,8$ ) te za osmu česticu ( $AS = 2,92$ ,  $SD = 0,95$ ). Zatim za drugu česticu ( $AS = 2,89$ ,  $SD = 0,82$ ), petu ( $AS = 2,86$ ,  $SD = 0,91$ ), treću ( $AS = 2,83$ ,  $SD = 0,81$ ), sedmu ( $AS = 2,8$ ,  $SD = 0,77$ ), devetu ( $AS = 2,66$ ,  $SD = 0,89$ ) i četvrtu ( $AS = 2,63$ ,  $SD = 0,99$ ).

Tablica 5. Intenzitet pojedinih poteškoća iz poremećaja u samoorganizaciji kod ispitanika s KPTSP-om

	AS	SD
1. Kad sam uznemiren treba mi dugo vremena da se smirim.	3,1	0,66
2. Osjećam se tupo i emocionalno ugašeno.	2,89	0,82
3. Osjećam se neuspješno.	2,83	0,81
4. Osjećam se bezvrijedno.	2,63	0,99
5. Osjećam se otuđen i odvojen od ljudi.	2,86	0,91
6. Teško mi je biti emocionalno blizak s drugim ljudima.	3,01	0,8
<b>Poteškoće u funkcioniranju</b>		
7. Gore spomenuti simptomi su imali utjecaj na odnose koje imam s drugim ljudima i društveni život općenito.	2,8	0,77
8. Gore navedeni simptomi su imali utjecaj ili na moj posao ili na sposobnost za rad.	2,92	0,95
9. Gore spomenuti simptomi su imali utjecaja na neki drugi važan dio mog života kao što je roditeljstvo, školovanje ili neke druge važne aktivnosti.	2,66	0,89

Kako bi se dobio bolji uvid u intenzitet simptoma PSO kod pacijenata s KPTSP-om, izračunate su frekvencije i postoci za dobivene intenzitete na svakoj čestici. Za prvu i drugu česticu, koje se odnose na skupinu simptoma afektivne disregulacije, dobiveno je da su na nju ispitanici najviše odgovarali s „prilično”, zatim s „jako” pa „umjereno” i na kraju „malo” i „uopće ne”. Navedeno

je također dobiveno za treću, petu i šestu česticu. Za četvrtu je česticu dobiveno da su ispitanici na nju najviše odgovarali s „umjereno” pa s „prilično”, zatim s „jako” i na kraju „malo” i „uopće ne”.

Također, izračunat je postotak ispitanika kod kojih je prisutnost simptoma na razini  $\geq 2$ . Najveći postotak je dobiven je za prvu česticu (98,74%), a najmanji za četvrtu česticu (88,68%).

Učestalost pojedinih poteškoća iz poremećaja u samoorganizaciji i njihovog intenziteta u ispitanika s KPTSP-om mogu se vidjeti u Tablici 6.

Tablica 6. Učestalost pojedinih poteškoća iz poremećaja u samoorganizaciji i njihovog intenziteta u ispitanika s KPTSP-om

Čestice	N (%)					Prisutnost simptoma na razini $\geq 2$
	Uopće ne (0)	Malo (1)	Umjereno (2)	Prilično (3)	Jako (4)	
1. Kad sam uznemiren treba mi dugo vremena da se smirim.	0 (0)	2 (1,3)	21 (13,2)	95 (59,7)	41 (25,8)	157 (98,74)
2. Osjećam se tupo i emocionalno ugašeno.	2 (1,3)	5 (3,1)	35 (22)	83 (52,2)	34 (21,4)	152 (95,59)
3. Osjećam se neuspješno.	0 (0)	4 (2,5)	56 (35,2)	62 (39)	37 (23,3)	155 (97,48)
4. Osjećam se bezvrijedno.	2 (1,3)	16 (10,1)	58 (36,5)	46 (28,9)	37 (23,3)	141 (88,68)
5. Osjećam se otuđen i odvojen od ljudi.	1 (0,6)	11 (6,9)	40 (25,2)	65 (40,9)	42 (26,4)	147 (92,45)
6. Teško mi je biti emocionalno blizak s drugim ljudima.	1 (0,6)	5 (3,1)	29 (18,2)	81 (50,9)	43 (27)	153 (96,23)
<b>Poteškoće u funkcioniranju</b>						
7. Gore spomenuti simptomi su imali utjecaj na odnose koje imam s drugim ljudima i društveni život općenito.	1 (0,6)	6 (3,8)	42 (26,4)	85 (53,5)	25 (15,7)	152 (95,59)
8. Gore spomenuti simptomi su imali utjecaj ili na moj posao ili na sposobnost za rad.	3 (1,9)	9 (5,7)	33 (20,8)	67 (42,1)	47 (29,6)	147 (92,45)

9. Gore spomenuti simptomi su imali utjecaja na neki drugi važan dio mojeg života kao što je roditeljstvo, školovanje ili neke druge važne aktivnosti.	5 (3,1)	7 (4,4)	49 (30,8)	74 (46,5)	24 (15,1)	147 (92,45)
--	---------	---------	-----------	-----------	-----------	-------------

## 4. Rasprava

U ovom istraživanju je ispitivana razina simptoma PSO u kliničkoj populaciji veterana Domovinskog rata oboljelih od KPTSP-a koji se liječe u KBC Rijeka. Pretpostavljeno je da će se simptomi iz svake skupine simptoma PSO javljati u istom omjeru i intenzitetu.

Ukupni intenzitet simptoma PSO u ovom istraživanju je bio umjeren do visok. Istraživanje koje je provedeno na sličnom uzorku veterana koji su uključeni u liječenje zbog posttraumatskih tegoba je pokazalo da ispitanici koji zadovoljavaju kriterije za KPTSP imaju sličan ili nešto viši ukupni intenzitet PSO simptoma u odnosu na ovo istraživanje. U oba istraživanja su ispitanici u najvećoj mjeri odgovarali da su tegobe iz skupine PSO izražene „prilično” (44). Istraživanje provedeno na općoj populaciji i uzorku pacijenata jedne psihijatrijske ustanove ukazuje na nižu razinu ukupnih simptoma PSO, nego u ovom istraživanju (45). Drugo istraživanje provedeno na općoj populaciji tri afričke države, također ukazuje na niže vrijednosti simptoma PSO (46). Takvi rezultati ne iznenađuju s obzirom da se radi o ispitanicima koji su doživjeli različite vrste traume te većim dijelom nisu uključeni u liječenje zbog posttraumatskih tegoba niti su one kod njih dominantne. Nadalje, dio ispitanika u ovim istraživanjima nije u potpunosti zadovoljio kriterije za dijagnozu KPTSP-a. Osim intenziteta, u ovome je istraživanju i učestalost simptoma afektivne disregulacije bila najveća, a isto je dobiveno i u prethodnim istraživanjima provedenima na uzorcima veterana (47,48), ratnih zarobljenika (18), civila izloženih traumi (49,50), kliničke populacije (51), opće populacije (52-54) i populacije djece u udomiteljskim obiteljima (55). Razlozi za najveći intenzitet i zastupljenost simptoma afektivne disregulacije u naših ispitanika mogli bi biti dugotrajna i višekratna izloženost traumi (borbene situacije, svjedočenje smrti i druga iskustva

opasna po život). Ova kontinuirana izloženost može nadjačati njihovu sposobnost obrade i oporavka od tih trauma što dovodi do trajne emocionalne nestabilnosti. Kontinuiranoj izloženosti traumi kod naših ispitanika je zasigurno pridonijela i vrlo ograničena mogućnost smjena na ratištu tijekom Domovinskog rata jer se nije radilo o vojnim snagama koje su organizirane tako da se izmjenjuju u intervalima koji omogućuju odmor, spajanje s obitelji, iskustvo mirnodopskog života itd. Sljedeći razlog bi moglo biti dugo trajanje tegoba. Naime, unatoč dosadašnjim modalitetima liječenja u koje su uključeni (psihoterapija usmjerena na traumu, suportivna terapija, bolničko liječenje, uključenost u dnevnobolničke programe, različiti modaliteti farmakoterapije), ispitanici uključeni u ovo istraživanje i dalje imaju simptome i tegobe iz svih skupina simptoma KPTSP-a izražene u klinički relevantnom ili visokom stupnju što je dodatni frustrirajući čimbenik i iscrpljuje neurobiološke mehanizme za regulaciju emocija.

Najzastupljenija čestica iz skupine simptoma afektivne disregulacije u ovom istraživanju je čestica AD1 („Kad sam uznemiren treba mi dugo vremena da se smirim”), s prevalencijom 98,74%. Taj rezultat odgovara prethodno provedenim istraživanjima koja su koristila ITQ, ili njegove prethodne inačice, kao mjerni instrument za simptome PSO te zasebno prikazala prevalenciju svake pojedine čestice (41,47,50,52,54). Folke i suradnici, proveli su slično istraživanje na populaciji danskih vojnika koji su sudjelovali u vojnim operacijama, gdje se pokazalo da je kod ispitanika koji zadovoljavaju kriterije za KPTSP čestica AD1 slabije zastupljena od čestice AD2 („Osjećam se tupo i emocionalno ugašeno”). Mogući razlog za ovu razliku u zastupljenosti pojedinih čestica afektivne disregulacije je taj što je protek vremena od izloženosti traumi vjerojatno kraći te su možda zbog toga ispitanici u navedenom istraživanju još uvijek povučeni i zatumljeni kapaciteta za emocionalno doživljavanje.

Moguće je i da prvi put traže pomoć zbog svojih tegoba. Ono što je primijećeno u kliničkom radu jest da se s liječenjem ovi simptomi emocionalne otupjelosti postupno smanjuju budući da su pacijenti uključeni u grupe, osobito homogene grupe u kojima se stvara kohezija, povjerenje, uzajamnost što pridonosi povećanju kapaciteta emocionalnog doživljavanja. U istraživanju Folkea i suradnika, najveći je intenzitet simptoma bio iz skupine poremećaja u odnosima (44). Razlog može biti i različita dob ispitanika iako se i u jednom i u drugom slučaju radilo o veteranima. U navedenom istraživanju su ispitanici u dobi od oko 40 godina, a u ovom istraživanju su bili najzastupljeniji oni u dobnoj skupini od 46 do 60 godina, a zatim oni stariji od 60 godina. Radi se o dobnoj skupini koja je manje izložena novim situacijama i odnosima, a većina ih je i umirovljena te zbog toga vjerojatno stabilnijih i manje zahtjevnih životnih okolnosti u smislu upoznavanja i prilagođavanja drugim ljudima što je jednim dijelom posljedica i simptoma iz PTSP skupine izbjegavanja. Što se tiče odnosa u obitelji, često se od pacijenata čuje da su se njihove obitelji „prilagodile” njihovoj bolesti nakon dugog vremena trajanja tegoba te da imaju uspostavljenu ravnotežu odnosa na mogućoj razini. No, oni i dalje imaju vrlo izražene poteškoće u području međuljudskih odnosa uključujući i obiteljske. Poremećaji u odnosima su se u ovom istraživanju pokazali izraženima na visokoj razini i prema intenzitetu su na drugom mjestu.

Simptomi iz skupine negativnog samopoimanja bili su najmanjeg intenziteta u ovom istraživanju, što odgovara sličnim istraživanjima provedenim na populaciji veterana i općoj populaciji (38,46,47). U općoj populaciji, simptomi iz skupine negativnog samopoimanja su bili manjeg intenziteta nego u veterana što je u skladu s očekivanjima s obzirom na raznolikost traumatskih događanja kojima su izloženi kao i činjenicu da ispitanici iz opće populacije većinom nisu uključeni u liječenje.



Osim intenziteta, učestalost simptoma negativnog samopoimanja je također bila najmanja u ovom istraživanju, što se podudara s rezultatima sličnih istraživanja provedenih na uzorcima veterana (47,48), ratnih zatvorenika (18), kliničkoj populaciji (45,51) i općoj populaciji (45,50,52,54). Razlog zbog kojega se negativno samopoimanje javlja u najmanjem intenzitetu može biti vezan za često javljanje simptoma afektivne disregulacije. Moguće je da duža i intenzivnija uznemirenost i slabija regulacija afekta mogu imati negativan učinak na postojeće partnerske i prijateljske odnose u većoj mjeri nego na negativno samopoimanje te se zbog toga poremećaji u odnosima javljaju češće. Činjenica je da ispitanici uključeni u ovo istraživanje trpe tegobe dugi niz godina te su uključeni u proces liječenja. Poteškoće u samopoimanju su u odnosu na ostale PSO skupine simptoma „najosobnije”. One uključuju osjećaje bezvrijednosti i krivnje. Osobe oboljele od KPTSP-a mogu osjećati poteškoće u samopercepciji, neki se mogu osjećati kao da više uopće nisu ljudi, neki smatraju da su „kontaminirani, krivi, itd.”. Stoga je prepoznavanje poteškoća u samopoimanju vrlo teško i područje koje možda i sami ispitanici doživljavaju opasnim za psihičku stabilnost i teškim za suočavanje te ulažu napor da se „drže podalje” od propitivanja samog sebe i doživljaja samog sebe.

U istraživanju provedenom na populaciji djece koja žive s udomiteljskim obiteljima negativno samopoimanje bila je druga najzastupljenija grupa simptoma (44,55). To je istraživanje provedeno na uzorku maloljetnih osoba u dobi od 10 do 18 godina, a mlađa životna dob je čimbenik rizika za razvoj KPTSP-a. Dosadašnja istraživanja ukazuju na povezanost interpersonalne traume u djetinjstvu s pojavnošću KPTSP, što je potvrđeno i navedenim istraživanjem u kojem su dva od tri najzastupljenija traumatska događaja bila u kategoriji interpersonalne traume (55). U ovom istraživanju, i sličnim istraživanjima provedenima na populaciji veterana i vojnika najčešći su traumatski događaji vezani za zbivanja u ratnim

operacijama, što može objasniti razliku u zastupljenosti simptoma između ovih uzoraka (38,44).

U ovom, kao i u prethodnim istraživanjima je najzastupljenija čestica iz skupine negativnog samopoimanja bila NSC1 („osjećam se neuspješno”) (44,45,47,52). Moguće objašnjenje je da je neuspjeh relativno čest događaj u ljudskom životu, a osobe mogu interpretirati mnoge životne događaje kao neuspjeh (prekid veze, pad ispita, gubitak posla, itd.) te je moguće da se zbog toga ova čestica javlja nešto češće. Osobe koje boluju od KPTSP-a sklonije su komorbiditetima, od kojih neki mogu ozbiljno smanjiti radnu sposobnost i normalnu funkcionalnost, a samim time i promijeniti nečiju ulogu u zajednici (obitelji ili nekoj drugoj grupi).

Poremećaji u odnosima imali su drugi najveći intenzitet u ovom istraživanju, što se podudara s prethodnim istraživanjima. U istraživanju Murphyja i suradnika provedenom na uzorku britanskih veterana uključenih u liječenje, dobiven je rezultat da je intenzitet simptoma poremećaja u odnosima veći od preostalih skupina, iako je učestalost simptoma tek druga po redu (38,46,47). Osobe koje boluju od KPTSP-a imaju simptome koji mogu negativno utjecati na njihove odnose s bliskim osobama, npr. skloniji su korištenju alkohola i droga kao obliku „samoliječenja”. Osobe koje boluju od PTSP-a i KPTSP-a u većem su riziku da budu nezaposleni i rastavljeni, što dalje može dovesti do problema u odnosima.

Po učestalosti, u ovom istraživanju su se poremećaji u odnosima javljali nešto rjeđe od afektivne disregulacije, a češće od negativnog samopoimanja, što odgovara rezultatima dosadašnjih istraživanja (38,45,47,55). Moguće je da na simptome poremećaja u odnosima utječu komorbiditeti i drugi simptomi KPTSP-a. U istraživanju Spikola i suradnika provedenog na uzorku veterana iz Sjeverne Irske učestalost javljanja simptoma poremećaja u odnosima

vrlo je slična rezultatima ovog istraživanja. Veterani iz ovog istraživanja se osjećaju stigmatiziranim zbog okolnosti rata u kojem su sudjelovali, nemaju ugled i priznanje u društvu te se mnogi ne usuđuju izjasniti kao veterani zbog čega mogu imati više poteškoća u interpersonalnim odnosima (48).

Unutar skupine simptoma poremećaja u odnosima, u ovom je istraživanju najzastupljenija čestica DR2 („Teško mi je biti emocionalno blizak s drugim ljudima“), što odgovara prethodnoj literaturi (47,50,52,54). Razlog za veću zastupljenost problema u emocionalnoj bliskosti u odnosu na osjećaj otuđenosti i odvojenosti se može naći u činjenici da je većina ispitanika u braku i kao što je već navedeno, ima već godinama tegobe i probleme na koje se obitelj „prilagodila” pa tako i na poteškoće u emocionalnoj bliskosti. Drugim riječima, manje su odvojeni i otuđeni zahvaljujući održavanju odnosa u obitelji, ali i zajednicama veterana, terapijskim grupama i sl. (bez obzira na njihovu kvalitetu) iako trpe poteškoće s uspostavom i održavanjem emocionalne bliskosti. U istraživanju Folkea i suradnika, čestica DR1 („osjećam se otuđen i odvojen od ljudi“) je bila najizraženija (44). Razlika u ova dva istraživanja je vjerojatno vezana za razlike u uzorku, prvobitno vezano za dob i okolnosti života poslije traume.

Prednost ovog istraživanja jest to što je provedeno na uzorku veterana koji zadovoljavaju kriterije za dijagnozu KPTSP-a i koji se još uvijek liječe preko 20 godina nakon traumatskih ratnih događaja. Ovo istraživanje može dati vrijedne informacije i usmjerenje budućim istraživanjima u području KPTSP-a i ratne traume. Jedno od ograničenja ovog istraživanja je da su svi ispitanici muškarci, veterani Domovinskog rata. Dosadašnja istraživanja pokazala su da je KPTSP približno dvostruko češći kod žena (9). Daljnja slična istraživanja trebala bi biti provedena na uzorku koji uključuje i žene te na ostalim uzorcima poput uzorka

reprezentativnog za opću populaciju. Nadalje, korišteni ITQ je samoprocjenski upitnik što ima određene nedostatke: moguća učestalost potencijalno poželjnog odgovaranja, pristranost u odgovaranju, nerazumijevanje čestica, itd. Na KPTSP utječe trauma iz djetinjstva, pogotovo interpersonalna trauma (23). U ovom istraživanju nije ispitivano postojanje traume u djetinjstvu kod ispitanika te bi u budućim sličnim istraživanjima trebalo i to ispitati.

## 5. Zaključci

Iz ovog istraživanja možemo zaključiti sljedeće:

1. Kod veterana Domovinskog rata koji zadovoljavaju kriterije za dijagnozu KPTSP-a i koji se liječe u KBC-u Rijeka najizraženiji su simptomi afektivne disregulacije, zatim poremećaja u odnosima i na kraju negativnog samopoimanja.
2. Simptomi afektivne disregulacije kod veterana Domovinskog rata koji zadovoljavaju kriterije za dijagnozu KPTSP-a najvećeg su intenziteta, što je vjerojatno povezano s dugotrajnom i višekratnom izloženosti traumi, te dugogodišnjem trajanju posttraumatskih tegoba. Simptomi poteškoća u smirivanju su bili većeg intenziteta i učestalosti od simptoma emocionalne otupljenosti na što je moglo utjecati dogodišnja uključeneost u terapijske grupe kao i „prilagodba“ obitelji što je moglo doprinijeti smanjenju doživljaja emocionalne otupljenost.
3. Simptomi negativnog samopoimanja najmanjeg su intenziteta, što je vjerojatno posljedica vrlo osobne prirode ovih simptoma i opasnosti koje predstavljaju za vlastitu psihičku stabilnost. Zbog toga ispitanici vjerojatno ne propituju same sebe glede poremećaja iz ove skupine.
4. Simptomi poremećaja u odnosima manjeg su intenziteta od afektivne disregulacije, a većeg od intenziteta negativnog samopoimanja. To je može biti posljedica dugotrajnosti i progresije poremećaja, čestih komorbiditeta KPTSP-a kao i okolnosti posttraumatskog života.

## 6. Sažetak

Jedanaesto izdanje Međunarodne klasifikacije bolesti uvelo je novu dijagnozu, KPTSP, čija dijagnoza uz postojanje simptoma iz skupine PTSP-a, podrazumijeva i simptome iz skupine PSO. Simptomi PSO dijele se u tri skupine: afektivna disregulacija, negativno samopoimanje i poremećaji u odnosima. Cilj ovoga rada je istražiti razinu simptoma PSO u kliničkoj populaciji veterana Domovinskog rata u Republici Hrvatskoj oboljelih od KPTSP-a. Istraživanje je provedeno u KBC-u Rijeka na kliničkoj populaciji 159 veterana koji su sudjelovali u izravnim ratnim operacijama tijekom Domovinskog rata i zadovoljavaju kriterije za dijagnozu KPTSP-a. Tijekom jednog susreta prikupljeni su sociodemografski podaci ispitanika i podaci vezani za njihova ratna iskustva pomoću upitnika LEC-5, a potom je svaki ispitanik ispunio ITQ. Za sve simptome PSO prikazani su intenzitet i učestalost. Rezultati istraživanja pokazali su najveći intenzitet simptoma kod afektivne disregulacije (AS = 5,99), zatim unutar skupine simptoma poremećaja u odnosima (AS = 5,86) te najmanje unutar skupine simptoma negativnog samopoimanja (AS = 5,45). Ovo istraživanje pridonjeti će boljem razumijevanju KPTSP-a i doprinjeti postojećim znanstvenim saznanjima vezanim za KPTSP.

Ključne riječi: kompleksni posttraumatski stresni poremećaj, poremećaji u samoorganizaciji, veterani Domovinskog rata

## 7. Summary

The eleventh edition of the ICD introduced a new diagnosis, CPTSD, which is a sibling diagnosis to PTSD. The diagnosis of CPTSD, in addition to including symptoms from the PTSD category, also includes symptoms from the DSO category. DSO symptoms are divided into three groups: affective dysregulation, negative self-concept, and disturbances in relationships. This study aims to explore the level of DSO symptoms in the clinical population of Croatian Homeland War veterans who meet the criteria for CPTSD. The research was conducted at the Clinical Hospital Center Rijeka on a clinical population of 159 male veterans who participated in direct war operations during the Homeland War and met the criteria for a CPTSD diagnosis. During an individual session, sociodemographic data and information related to the participants' war experiences were collected using the LEC-5 questionnaire, after which each participant completed the ITQ. Intensity and prevalence were shown for each of the DSO symptoms. The results showed the highest average score within the affective dysregulation symptom cluster (AM = 5,99), followed by the disturbances in relationships symptom cluster (AM = 5,86), and the lowest within the negative self-concept symptom cluster (AM = 5,45). This study provides valuable data that will aid further research of CPTSD.

Key words: complex posttraumatic stress disorder, disturbances in self-organization, Homeland war veterans

## 8. Literatura

1. Quinn BP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Primary Care Version. Primary Care Companion. J Clin Psychiatry. 1999;1(2):54–5.
2. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11) [internet] World Health Organization (WHO) 2019/2021 [citirano 28.5.2024.] Dostupno na: <https://icd.who.int/browse11>.
3. Pompili M, Sher L, Serafini G, Forte A, Innamorati M, Dominici G et al. Posttraumatic stress disorder and suicide risk among veterans: a literature review. J Nerv Ment Dis. 2013;201(9):802-12.
4. Bryant RA, Creamer M, O'Donnell ML, Silove D, McFarlane AC. A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry. 2008;69(6):923-9.
5. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research; Geneva, World Health Organization, 1993.
6. Leeies M, Pagura J, Sareen J, Bolton JM. The use of alcohol and drugs to self-medicate symptoms of posttraumatic stress disorder. Depress Anxiety. 2010;27(8):731-6.
7. Kozarić-Kovacić D, Kocijan-Hercigonja D. Assessment of post-traumatic stress disorder and comorbidity. Mil Med. 2001;166(8):677-80.
8. Kozarić-Kovacić D, Borovecki A. Prevalence of psychotic comorbidity in combat-related post-traumatic stress disorder. Mil Med. 2005;170(3):223-6.
9. Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical features, assessment, and diagnosis. UpToDate, Friedman M(Ed), Wolters Kluwer. [citirano 29.5.2024.] Dostupno na: <https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic->



stress-disorder-in-adults-epidemiology-pathophysiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis

10. Wisco BE, Marx BP, Wolf EJ, Miller MW, Southwick SM, Pietrzak RH. Posttraumatic stress disorder in the US veteran population: results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(12):1338-46.
11. O'Toole BI, Catts SV, Outram S, Pierse KR, Cockburn J. The physical and mental health of Australian Vietnam veterans 3 decades after the war and its relation to military service, combat, and post-traumatic stress disorder. *Am J Epidemiol*. 2009;170(3):318-30.
12. Xue C, Ge Y, Tang B, Liu Y, Kang P, Wang M et al. A meta-analysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans. *PLoS One*. 2015;10(3):e0120270.
13. Kok BC, Herrell RK, Thomas JL, Hoge CW. Posttraumatic stress disorder associated with combat service in Iraq or Afghanistan: reconciling prevalence differences between studies. *J Nerv Ment Dis*. 2012;200(5):444-50.
14. Stein MB, Norman S. Posttraumatic stress disorder in adults: psychotherapy and psychosocial interventions, UpToDate, Friedman M (Ed), [citirano 29.5.2024.] Dostupno na: <https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-adults-psychotherapy-and-psychosocial-interventions>
15. Martin A, Naunton M, Kosari S, Peterson G, Thomas J, Christenson JK. Treatment Guidelines for PTSD: A Systematic Review. *J Clin Med*. 2021;10(18):4175.
16. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. U: *Cochrane Database Syst Rev*. [internet]

2013;2013(12):CD003388. [citirano 1.6.2024.] Dostupno na:  
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003388.pub4/full>

17. Ommeren M, Jones LM, Humayan A, Kagee A, Llosa AE, Rousseau C et. al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2013;12(3):198-206.
18. Zerach G, Shevlin M, Cloitre M, Solomon Z. Complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) following captivity: a 24-year longitudinal study. *Eur J Psychotraumatol*. 2019;10(1):1616488.
19. Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, Shevlin M, Maercker A, Bryant RA et. al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev*. 2017;58:1-15.
20. van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress*. 2005;18(5):389-99.
21. Brewin CR. Complex post-traumatic stress disorder: a new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Advances*. 2020;26(3):145-152.
22. Dvir Y, Ford JD, Hill M, Frazier JA. Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harv Rev Psychiatry*. 2014;22(3):149-61.
23. Roth S, Newman E, Pelcovitz D, van der Kolk B, Mandel F S, Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*, 1997;10(4), 539–555.

24. Cloitre M, Garvert DW, Weiss B, Carlson EB, Bryant RA. Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *Eur J Psychotraumatol.* 2014;15;5.
25. Karatzias T, Murphy P, Cloitre M, Bisson J, Roberts N, Shevlin M et. al., Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2019;49(11):1761-1775.
26. Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR, Bryant RA, Maercker A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *Eur J Psychotraumatol.* 2013;15;4.
27. Hyland P, Vallières F, Cloitre M, Ben-Ezra M, Karatzias T, Olf M et. al., Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland: prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2021;56(4):649-658.
28. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5.* 5th ed., 2013.
29. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4th ed. Washington, DC; 2000.
30. Brewin CR, Lanius RA, Novac A, Schnyder U, Galea S. Reformulating PTSD for DSM-5: life after Criterion A. *J Trauma Stress.* 2009;22(5):366-73.
31. Cloitre M. ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations. *Br J Psychiatry.* 2020;216(3):129-131.
32. Maercker A. Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2021;8(1):7.
33. Maercker A, Cloitre M, Bachem R, Schlumpf YR, Khoury B, Hitchcock C, Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet.* 2022;400(10345):60-72.

34. Vallières F, Ceannt R, Daccache F, Abou Daher R, Sleiman J, Gilmore B, et. al., ICD-11 PTSD and complex PTSD amongst Syrian refugees in Lebanon: the factor structure and the clinical utility of the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatr Scand.* 2018;138(6):547-557.
35. Fernández-Fillol C, Hidalgo-Ruzzante N, Perez-Garcia M, Hyland P, Shevlin M, Karatzias T. The role of resilience in the relationship between intimate partner violence severity and ICD-11 CPTSD severity. *Eur J Psychotraumatol.* 2023;15(1):2285671.
36. Lewis C, Lewis K, Roberts A, Edwards B, Evison C, John A, et. al. Trauma exposure and co-occurring ICD-11 post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder in adults with lived experience of psychiatric disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2022;146(3):258-271.
37. Møller L, Augsburger M, Elklit A, Søgaard U, Simonsen E. Traumatic experiences, ICD-11 PTSD, ICD-11 complex PTSD, and the overlap with ICD-10 diagnoses. *Acta Psychiatr Scand.* 2020;141(5):421-431.
38. Letica-Crepulja M, Stevanović A, Protuđer M, Grahovac Juretić T, Rebić J, Frančišković T. Complex PTSD among treatment-seeking veterans with PTSD. *Eur J Psychotraumatol.* 2020;11(1):1716593.
39. Karatzias T., Hyland P., Bradley A., Cloitre M., Roberts N. P., Bisson J. I. et. al., Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depress Anxiety.* 2019;36(9):887-894.
40. Bisson JI, Baker A, Dekker W, Hoskins MD. Evidence-based prescribing for post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry.* 2020;216(3):125-126.

41. Cloitre M, Shevlin M, Brewin CR, Bisson JJ, Roberts NP, Maercker A, et. al., The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand.* 2018;138(6):536-546.
42. Redican E, Nolan E, Hyland P, Cloitre M, McBride O, Karatzias T et. al., A systematic literature review of factor analytic and mixture models of ICD-11 PTSD and CPTSD using the International Trauma Questionnaire. *J Anxiety Disord.* 2021;79:102381.
43. Gray MJ, Litz BT, Hsu JL, Lombardo TW. Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment.* 2004;11(4):330-41.
44. Folke S, Nielsen ABS, Karstoft KI. PTSD and complex PTSD in treatment-seeking Danish soldiers: a replication of Folke et al. (2019) using the International Trauma Questionnaire. *Eur J Psychotraumatol.* 2021;12(1):1930703.
45. Rácz A, Horváth Z, Vizin G, Berán E, Unoka ZS. Measuring post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder using the International Trauma Questionnaire: results from a Hungarian clinical and non-clinical sample. *Eur J Psychotraumatol.* 2023;14(1):2152929.
46. Levin Y, Hyland P, Karatzias T, Shevlin M, Bachem R, Maercker A et al. Comparing the network structure of ICD-11 PTSD and complex PTSD in three African countries. *J Psychiatr Res.* 2021;136:80-86.
47. Murphy D, Shevlin M, Pearson E, Greenberg N, Wessely S, Busuttill W et al. A validation study of the International Trauma Questionnaire to assess post-traumatic stress disorder in treatment-seeking veterans. *Br J Psychiatry.* 2020;216(3):132-137.

48. Spikol E, Robinson M, McGlinchey E, Ross J, Armour C. Exploring complex-PTSD comorbidity in trauma-exposed Northern Ireland veterans. *Eur J Psychotraumatol.* 2022;13(1):2046953.
49. Ben-Ezra M, Karatzias T, Hyland P, Brewin CR, Cloitre M, Bisson JI et al. Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depress Anxiety.* 2018;35(3):264-274.
50. Knefel M., Tran U. S., Lueger-Schuster B. The association of posttraumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder, and borderline personality disorder from a network analytical perspective. *J Anxiety Disord.* 2016;43:70-78.
51. Hyland P, Shevlin M, Brewin CR, Cloitre M, Downes AJ, Jumbe S et al. Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatr Scand.* 2017;136(3):313-322.
52. Frost R, Murphy J, Hyland P, Shevlin M, Ben-Ezra M, Hansen M et al. Revealing what is distinct by recognising what is common: distinguishing between complex PTSD and Borderline Personality Disorder symptoms using bifactor modelling. *Eur J Psychotraumatol.* 2020;11(1):1836864.
53. Tian Y., Wu X., Wang W., Zhang D., Yu Q., Zhao X. Complex posttraumatic stress disorder in Chinese young adults using the International Trauma Questionnaire (ITQ): A latent profile analysis. *J Affect Disord.* 2020;267:137-143.
54. Shevlin M, Hyland P, Roberts NP, Bisson JI, Brewin CR, Cloitre M. A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Eur J Psychotraumatol.* 2018;9(1):1419749.

55. Haselgruber A., Sölva K., Lueger-Schuster B. Symptom structure of ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) in trauma-exposed foster children: examining the International Trauma Questionnaire – Child and Adolescent Version (ITQ-CA). *Eur J Psychotraumatol.* 2020;11(1):1818974.

## 9. Životopis

Anton Vladislavić rođen je 17. travnja 1999. godine u Rijeci. Pohađa Osnovnu Školu Bakar od 2006. do 2014. godine koju završava kao učenik generacije. Po završetku osnovnoškolskog obrazovanja upisuje Prvu Sušačku Hrvatsku gimnaziju u Rijeci koju završava 2018. godine s pohvalom ravnateljice za izvrsnost. Akademske godine 2018./2019. upisuje kao redovni student integrirani preddiplomski i diplomski studij medicine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci. Tijekom srednjoškolskog i fakultetskog obrazovanja stipendist je grada Bakra. Tijekom studija aktivno sudjeluje u udrugama CroMSIC, FOSS i SZMEDRI. Osnivač je i predsjednik Studentske sekcije za psihijatriju i psihološku medicinu. Član je organizacijskog odbora javnozdravstvenog projekta Cjepko zna! Najbitnije o cijepljenju i koautor istoimene edukativne knjižice. Bio je član organizacijskog odbora 22. riječkih dana bioetike i Tjedna mozga Rijeka. Volontirao je na projektu Pogled u sebe 2 godine. Aktivno se služi engleskim jezikom, a pasivno i talijanskim.