

Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ - Скопје

Филозофски факултет

Институт за психологија

111392

**ЛОНГИТУДИНАЛНА ПРОЦЕНА
НА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ И КВАЛИТЕТОТ НА ЖИВОТ
КАЈ ЛИЦА СО ДОЛГОТРАЕН ПОСТТРАУМАТСКИ СТРЕС**

- ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА -

Кандидат:
м-р Катерина Наумова

Ментор:
проф. д-р Миклош Биро

Скопје, 2013

СОДРЖИНА

Вовед	4
ТЕОРЕТСКА И ЕМПИРИСКА РАМКА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	
Психолошката архитектура на посттрауматското стресно растројство	7
Психолошки теории за посттрауматското стресно растројство	14
Теории на условување	14
Теории на шеми	18
Теории на процесирање на емоциите	21
Когнитивни теории	25
Теории на мултупла репрезентација	27
Критички осврт на теоретските модели	32
Лонгитудинален тек на посттрауматскиот одговор	34
Позитивни посттрауматски траектории	35
Негативни/маладаптивни посттрауматски траектории	36
Преваленција на ПТСР и фактори на ризик	37
Коморбидитет и квалитет на живот	43
Воена трауматизација и долготраен посттрауматски стрес	45
Траектории на посттрауматски стрес	49
ИСТРАЖУВАЊЕ	
Проблем на истражувањето	56
Хипотези	56
МЕТОД	
Испитаници	57
Инструменти	59
РЕЗУЛТАТИ	
Посттрауматско стресно растројство и долготраен посттрауматски стрес	64
Социодемографски карактеристики на испитаниците	64
Доживевани трауматски настани	70

Ментално здравје	76
Посттравматски стресни реакции	79
Преваленција на ментални растројства и коморбидитет	82
Квалитет на животот	86
Долготраен посттравматски стрес	89
Посттравматско стресно растројство	110
Травматски искуства	113
Ментално здравје и квалитет на живот	118
Траектории на ПТСР	131
Предиктивна анализа	140
ДИСКУСИЈА	146
ЛИТЕРАТУРА	170
РЕЗИМЕ	180
ПРИЛОЗИ	182
Прашалник за социодемографски податоци	183
Ревидирана листа на животни стресори	187
Кратко меѓународно невропсихијатриско интервју	197
Краток инвентар на симптоми	223
Ревидирана скала за влијание на настанот	226
Манчестерски прашалник за процена на квалитетот на животот	227

Вовед

Зголемениот број истражувања во областа на посттрауматскиот стрес претставува логичен одговор на зачестеноста на насилството и изложеноста на потенцијални трауматски настани изминативе децении.

Психолошките ефекти од доживувањето траума се манифестираат на сите нивоа на функционирањето на трауматизираното лице: физичко, психолошко, социјално, духовно. Иако во дијагностичките прирачници посттрауматскиот одговор се дефинира низ призма на ограничен број клинички симптоми, трауматските искуства всушност поттикнуваат промени во целокупниот вредносен систем и верувањата за човечката природа, меѓучовечките односи, смислата на живеењето и доживувањето на себе.

Процесот на адаптација по доживување трауматски стрес варира во зависност од повеќе фактори, меѓу кои возраста, јачината на егото и претходната историја на трауматизација, поради што не е секогаш можно повторно да се постигне состојба на хомеостаза, особено кога станува збор за доживување на долготрајни и повторувачки трауми. Во тие случаи трауматизираното лице постојано се наоѓа во состојба на зголемена вознемиреност и функционира како траумата да е континуирано присутна во секојдневниот живот (Wilson, 2004).

Посттрауматското стресно растројство (ПТСР) е најистражуваниот психолошки одговор на трауматски стрес, но и најконтроверзниот феномен во дијагностичката класификација на ментални растројства (Young, 1995). Иако оптоварен со долга историја обиди на преобликување и „усовршување“ (Saigh & Bremner, 1999), всушност претставува динамичен и продолжителен одговор на стрес, што содржи две меѓусебно поврзани компоненти - биолошка и психолошка. Биолошките процеси ги опфаќаат неврофизиолошките супстрати кои се вродени, претходно програмирани капацитети на организмот, додека психолошките процеси вклучуваат перцепција, помнење, мислење, учење и личносни процеси (Wilson, 2004).

Посттрауматското стресно растројство може да варира во интензитет, да се јави во секој од возрастните периоди, и тоа во акутна или во хронична форма, со одложен почеток или во епизоди (Keane, Marx & Sloan, 2009). Иако во сложената форма ПТСР вклучува и промени на план на структурата на личноста, идентитетот и шемите на воспоставување интерперсонални односи, сепак ова е растројство кое може да се третира и да се надмине, но може и да

се реактивира при доживување нови стресори, животни кризи или при соочување со дразби специфични за иницијалната траума.

Интересот за лонгитудинално проучување на посттрауматските последици од различен вид се зголемува секоја година, но поради сложеноста на лонгитудиналните истражувања за ПТСР тие заземаат само 3% од вкупниот број спроведени студии за посттрауматски стрес.

Во прегледот на лонгитудиналните студии спроведени во последните три децении, Пелег и Шалев (Peleg & Shalev, 2006) зборуваат за три одделни периоди во однос на сознанијата и напредокот во методологијата на проспективното проучување на посттрауматските последици.

Првите студии (1988-1997) ги утврдиле основните групи фактори на ризик, предикторите и особеностите на развојот на посттрауматското стресно растројство. Истражувањата спроведени во следниот период (1998-2002) го проучувале трансформирањето на акутните одговори на траумата во долготраен посттрауматски стрес, значењето на коморбидитетот за хроничниот тек на закрепнувањето, на когнитивната процена и дисоцијацијата како предиктори за посттрауматскиот одговор и на етнокултурниот ефект врз преваленцијата на ПТСР.

Општо земено, овие истражувања покажале дека постои тенденција кон прогресивно опаѓање на зачестеноста и истакнатоста на посттрауматските симптоми. Тоа значи дека трауматизираните лица кои непосредно по доживеаната траума доживуваат малку симптоми имаат тенденција да ја задржат оваа, таканаречена, асимптоматска состојба, додека многу од лицата кои доживуваат клинички значајно ниво на симптоми можат да закрепнат.

Последната деценија (2002-2005) лонгитудиналните студии се посветени на процена на патеките на посттрауматско закрепнување, односно на промените во истакнатоста на симптомите во различни временски периоди по иницијалната трауматизација.

Наодите укажуваат на постоење на две траектории на текот на закрепнувањето. Кај лицата со слаба истакнатост на посттрауматските симптоми доаѓа до мало зголемување на истакнатоста на симптомите, додека кај лицата со повисоки нивоа на иницијален посттрауматски стрес доаѓа до значајно зголемување на истакнатоста на симптомите со текот на времето.

Друг значаен наод од овие студии е дека посттрауматските реакции на зголемена вознемиреност се предиктор за хронична истакнатост на другите типови посттрауматски симптоми. Утврдено е дека кај лицата со хронично ПТСР симптомите на избегнување и преплавување постепено се намалуваат

со тек на времето, додека симптомите на зголемена вознемиреност опстојуваат.

Понатаму, предиктивните истражувања покажуваат дека лицата кај кои постои историја на трауматизација се изложени на повисок ризик за доживување потенцијални трауматски настани и во иднина. Особено, утврдено е дека кумулативното доживување на воени трауми претставува значаен фактор на ризик за долготрајно ПТСР.

Лонгитудиналните студии, освен тоа, покажуваат дека иницијалното ПТСР е предиктор за низок квалитет на живот и при последователни (follow-up) процени (Schnurr et al., 2006).

Овој труд е прв обид за проспективно следење во период од 5 години на текот и промените во посттрауматските последици кај лица со долготраен посттрауматски стрес поврзан со воениот конфликт од 2001 година во Македонија. Воведот на трудот започнува со претставување на особеностите на посттрауматското стресно растројство како најистражуван одговор на различни видови трауматизација, по што следи пресек на клучните теоретски приоди кои се обидуваат да ја објаснат неговата појава, тек и можности за третман. Прегледот на релевантните емпириски истражувања се фокусира на наоди од лонгитудинални студии кои ги испитувале позитивните и маладаптивните траектории на посттрауматски одговори, коморбидитетот на посттрауматското стресно растројство со други ментални растројства, потоа факторите на ризик за неговата појава и одржување, поврзаноста на долготрајниот посттрауматски стрес со квалитетот на животот и карактеристиките на воената трауматизација како фактор за хроничен посттрауматски одговор.

ТЕОРЕТСКА И ЕМПИРИСКА РАМКА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Психолошката архитектура на посттрауматското стресно растројство

Психолошката траума ја предизвикува надворешен настан чие влијание врз внатрешните психички феномени се огледува на сите нивоа на функционирање. Во актуелната четврта текстуална ревизија на *Дијагностичкиот и статистички прирачник за класификација на менталните растројства (ДСМ-4-ТР)* трауматските искуства се дефинираат како стресори кои имаат специфично влијание врз целокупното функционирање на трауматизираното лице.

Првите два критериуми за дефинирање на траумата, А1 и А2, го одредуваат стресорот (А1) и реакцијата на лицето (А2). Имено, како трауматски се дефинираат оние настани што вклучуваат доживување или соочување со закана по животот, закана по личниот физички интегритет или сериозна повреда, но и сведоштво на сериозна повреда, закана по животот или смрт на друго лице. Психолошкиот одговор на овие стресори треба да содржи страв и ужас како емоционални реакции, беспомошност како бихевиорална реакција или негација како облик на когнитивно искривување и механизам на одбрана (Wilson, 2004; Weathers & Keane, 2007).

На овој начин дефиницијата на трауматски настан во ДСМ-4-ТР е проширена и опфаќа настани кои во претходните верзии на прирачникот не биле вклучени поради зачестеноста на нивното јавување, како на пример, неочекувана и ненадејна смрт на блиско лице или терминална болест. Од друга страна, вториот критериум ја намалува важноста на објективните карактеристики на настанот и ги нагласува индивидуалните разлики во перцепцијата и реакциите на настани со објективно слични карактеристики (Norris & Slone, 2007).

Втора важна промена во оваа ревизија е што симптомите треба да предизвикаат значајни потешкотии во секојдневното функционирање (критериум Ф), со што иако се проширува листата на потенцијални трауматски настани, построги стануваат критериумите за процена на преваленцијата на ПТСР (Norris & Slone, 2007).

Во рамки на процесот на подготовка на *Петтата ревизија* на ДСМ на која интензивно се работеше последнива деценија, се предлага прецизирање на дефиницијата на трауматски настан и исфрлање на критериумот А2. Работната група одговорна за проверка на предиктивната валидност на дијагностичките критериуми за ова растројство не утврдила доволен број

кроскултурни емпириски наоди кои ја потврдуваат моќта на овој критериум да го предвиди присуството и интензитетот на ПТСР, поради што предлага негово вклучување во една од групите посттрауматски симптоми (Weathers & Keane, 2007; Hinton & Lewis-Fernandez, 2011; Friedman et al., 2011).

Наспроти психијатриската дефиниција на траумата, групата за проучување на траумите при *Американската психолошка асоцијација* трауматскиот стресор го дефинира како процес што води до дезорганизација на суштинското доживување на себе и на светот и остава траен белег врз личната претстава за светот (APA Trauma Group, 2000 според Kira et al., 2008). Примери за такви настани се воени дејствија, силување, злоупотреба на деца, незгоди опасни по животот, смрт на блиски, семејно насилство и долготрајна изложеност на малтретирање. Ваквата дефиниција се обидува да ги надмине тесните рамки на општо прифатената дефиниција во ДСМ-4, оставајќи простор и за посттрауматски одговори кои не мора нужно да се вклопуваат во симптоматологијата на ПТСР.

Независно од несогласувањата околу тоа што еден стресор го разликува од траума, покрај универзалните особености, постојат и индивидуални и културни разлики во психолошките одговори на доживеано трауматско искуство, зашто посттрауматскиот одговор е последица на сложена интеракција меѓу трауматскиот настан, животната историја на трауматизираното лице и социјалниот контекст во кој се „одигрува“ трауматизацијата (Ursano, Fullerton, McCaughey, 2001).

Кога посттрауматските последици добиваат форма на ПТСР тогаш во биолошкото, психолошкото и социјалното функционирање на трауматизираното лице се препознаваат следниве пет заемно поврзани групи процеси (Wilson, 2001, според Wilson, 2004):

- (1) преплавување или повторно доживување на траумата, односно на трауматските сеќавања;
- (2) избегнување и психичка отапеност како механизми на справување со траумата;
- (3) психобиолошки промени и зголемена вознемиреност,
- (4) нарушени его-процеси и селф-процеси,
- (5) промени во интерперсоналните шеми на врзување, интимност и љубов.

Развојот на овие кластери симптоми води до појава на сложени форми на адаптивно однесување, кои вклучуваат: (1) дисрегулиран афект, (2) промени во личноста, (3) промени во меѓучовечките односи и (4) широк спектар психосоцијални последици, кои ги опфаќаат здравствената состојба,

професионалното и социјалното функционирање (Schnurr & Green, 2004, според Wilson, 2004).

Констелацијата на симптоми на ПТСР е одредена од повеќе фактори: (1) претрауматското ментално здравје и личностите карактеристики, (2) природата, траењето и јачината на трауматскиот настан, (3) средината во која се одвива посттрауматското закрепнување и достапноста на поддршка и третман, (4) степенот на повреда на телесно и психичко ниво, особено на клучни аспекти на личноста, идентитетот и его-процесите и (5) возрастниот период (Wilson, 2004; Breslau, 2009).

Влијанието на траумата врз поединецот е холистичко, така што промените во еден сегмент од целината предизвикуваат промени во другите делови од комплексот тело-ум. Затоа Вилсон и Моран (Wilson & Moran, 2004) сметаат дека ПТСР не е статичен и еднодимензионален феномен, туку флукуирачки повеќедимензионален одговор на стрес, кој влијае врз сите нивоа на психолошкото функционирање:

1. **Ментални процеси:** свесност, когниција, донесување одлуки, размислување, помнење, свест, контакт со реалноста, концентрација итн.
2. **Афекти:** опсег, зачестеност, траење и интензитет на различни емоции (лутина, анксиозност, страв, ужас, бес, тага итн.)
3. **Стилови на справување со траумата:** тенденции на избегнување, изолација, психичка отапеност или загуба на чувства и капацитет за доживување на себе и на другите, повлекување, рамнодушност, отуѓување и социјално дистанцирање.
4. **Зголемена вознемиреност:** повишени нивоа на физиолошка реактивност што вклучува нарушено спиење, состојба на штрек, нарушени когнитивни процеси, раздразливост, агитираност, вознемирен нервен систем (потење, црвенило, мускулна напнатост, хипервентилација, срцебиене итн.)
5. **Промени и нарушувања во себедоживувањето:** ниска самодоверба и самопочитување, нарушена добросостојба, чувство на промена во однос на периодот пред траумата, промена во идентитетот, во сликата за себе и телесната шема, загуба на интегритет и достоинство, вина и срам и чувство на виктимизација.

Клучни карактеристики на ПТСР се сепак трауматското помнење и формите на повторно доживување и преживување на одделни аспекти на траумата преку сите психолошки системи: помнење, перцепција, емоции, когниција, мотивација и социјални односи (Brewin, 2007).

Кога траумата ќе се вреже во меморијата, може да биде повторно оживеана со различни карактеристики (времетраење, интензитет и сл.) и на различно ниво на свесност (свесно, предсвесно и несвесно). Имајќи предвид дека несвесното е безвременно, трауматските сеќавања можат да продрат неочекувано во секој момент од животот, дури и децении по доживувањето на траумата (Wilson et al., 2001, според Wilson, 2004).

Петте групи симптоми на повторно доживување на траумата, кои се наведени во ДСМ-4-ТР, опфаќаат 16 форми на свесно или несвесно оживување на траумата, преку:

(1) **преплаувачки и вознемирувачки сеќавања** во форма на слики, визуелни или фрагментирани сеќавања, флешбекови, заемно поврзани или дезорганизирани мисли, и сетилни или перцептивни процеси,

(2) **соништа поврзани со траумата,**

(3) **повторно доживување на траумата,** во форма на одигрување на трауматското искуство, доживување перцептивни или сетилни измами, халуцинации поврзани со траумата и дисоцијативни процеси (деперсонализација, дереализација, амнезија и сл.),

(4) **зголемена психолошка, односно емоционална вознемиреност** при изложување на дразби поврзани со траумата, во форма на анксиозност, страв, тага, ужас и други негативни афекти,

(5) **зголемена физиолошка реактивност** при изложување на дразби поврзани со траумата, во форма на потење, срцебиене, состојба на штрек итн.

Дразбите што се специфични за доживеаната траума можат да повикаат вознемирувачки мисли, чувства и сеќавања поврзани со трауматското искуство. Кога еднаш ќе се активираат, свесно или несвесно, овие потсетници може да предизвикаат толку висок степен на анксиозност и вознемиреност што трауматизираното лице почнува да користи дисоцијативни процеси за да се заштити.

Вознемиреноста поврзана со повторното доживување на трауматското искуство не може да се поднесе непрекинато, долг временски период. Хроничната активност на системот за одговор на стрес го исцрпува организмот, па оттука симптомите на избегнување и психолошката отапеност може да се набљудуваат како форма на справување со дисрегулirаниот одговор на стресот. Овие симптоми на ПТСР може да имаат адаптивна, но и маладаптивна природа, кога резултираат со социјална рамнодушност и емоционална анестезираност.

Трауматизацијата доведува и до своевидна психолошка кратковидост, каде претставата за иднината е исполнета со безнадежност и чувство на скратување на животот. Ваквиот однос кон животот може да прикрива депресија, научена беспомошност и чувство на губење на контрола врз животот. Како последица на тоа, трауматизираното лице може да прибегне кон ризично, импулсивно или автодеструктивно однесување.

Хипервигилноста, од друга страна, претставува автоматски психобиолошки одговор што се состои од когнитивни, афективни, соматски и бихевиорални компоненти, изразени преку четири вида симптоми: (1) тешкотии со спиењето, (2) дефицит во когнитивните процеси, (3) перцептивна и сетилна хиперсензитивност, (4) зголемена вознемиреност. Во однос на перцепцијата и когницијата, лицата со ПТСР, речиси автоматски и често несвесно, ја „скенираат“ средината барајќи знаци на закана. При откривањето на таков знак се интензивира нивниот афективен и соматски одговор на заканата, врз основа на претходно доживеаното трауматско искуство. Тие често имаат и намалена способност за правилно препознавање и толкување на сопствените внатрешни состојби и доживувања, што води до погрешно толкување на намерите, дејствувањето или вербалното изразување на другите луѓе. Поради тоа, лицата со ПТСР често реагираат раздразливо, хостилно, нетрпеливо, со лутина, цинизам, конфронтирачки и агитирано во ситуации што ги вознемируваат.

Последниве години се менува разбирањето на опсегот на посттрауматските последици, кои го надминуваат концептот за ПТСР. Имено, Вилсон (Wilson, 2002 и 2003, според Wilson, 2004) идентификувал 11 одделни типологии на посттрауматски личносни конфигурации, кои постојат во континуум од изразена патологија (на пример, пасивен селф) до оптимално здравје (на пример, интегриран селф). Оваа типологија вклучува и различни аспекти на посттрауматска патологија и личносни процеси и го илустрира широкиот опсег на насоки во кои може да се одвива процесот на трансформација по доживеана траума.

Вилсон утврдил шест клучни димензии на селфот кои се најмногу засегнати по доживување на трауматско искуство: кохерентност, поврзаност, континуитет, енергија, автономија и виталност, што може да води до дезинтеграција, дисоцираност или фрагментираност.

Понатаму, Вилсон и соработниците (Wilson et al., 2001, според Wilson, 2004) идентификувале 13 симптоми кои се манифестација на трауматска повреда на структурата на личноста, его-процесите и личносниот идентитет:

- (1) Нарцисоидни и други личносни карактеристики кои се резултат на повреда на структурата на личноста
- (2) Деморализираност, дисфорија и егзистенцијален сомнеж во смислата на животот
- (3) Губење на кохерентност на егото и разградување на структурата на личноста
- (4) Загуба на чувство на континуитет на идентитетот или на стабилноста на егото
- (5) Фрагментираност на идентитетот или нарушување на идентитетот
- (6) Срам, недоверба, губење на самопочитување, чувство на вина, себеобвинување
- (7) Променливи его-состојби, тенденција кон дисоцијација
- (8) Безнадежност, беспомошност, самообвинување, мазохистички и самодеструктивни тенденции
- (9) Суицидалност, самодеструктивност
- (10) Хронични чувства на несигурност и ранливост, депресивност, беспомошност, безнадежност
- (11) Егзистенцијално и духовно исчекување, страв, очај, бесмисленост
- (12) Загуба на религиозен/духовен систем на верување
- (13) Мизантропски верувања, цинизам, гледиште дека светот не е безбеден, не е предвидлив и не заслужува доверба

Во однос на влијанието на ПТСР врз потенцијалот за воспоставување интерперсонални односи, кои вклучуваат интимност и врзување, Вилсон и соработниците (Wilson et al., 2001, според Wilson, 2004) повторно наведуваат 13 симптоми:

- (1) Отуѓување: социјално, емоционално, личносно, културно и духовно
- (2) Недоверба, воздржаност, таинствено однесување, резервираност при социјални средби
- (3) Рамнодушност, изолација, повлекување и чувство на празнина
- (4) Анхедонија: загуба на задоволство од животот, загуба на способност за уживање
- (5) Губење на капацитетот за поврзување со други луѓе
- (6) Автодеструктивни или самопонижувачки интерперсонални односи
- (7) Импулсивност, ненадејни промени на местото на живеење, на занимањето или на интимните релации
- (8) Нарушен сексуален нагон или загуба на либидонозна енергија
- (9) Неспособност за отпуштање или за примање грижа, внимание и физички контакт од друго лице

- (10) Нестабилни и интензивни интерперсонални односи кои произлегуваат од трауматското искуство
- (11) Тешкотии во поставување и одржување граници во односите што се засноваат на трауматското искуство
- (12) Анксиозност поради напуштање или загуба на блиско лице
- (13) Повторувачки самопонижувачки интерперсонални односи кои се одраз на неадекватни обрасци на врзување, како последица на злоупотреба во претходни возрастни периоди

Овие кластери на симптоми може да се јават периодично, но и во епизоди, што значи дека е можно една група симптоми да опстои подолго од другите.

Во идното, петто ревидирано издание на ДСМ се предлагаат неколку помали корекции во групата на симптомите на преплавување и симптомите на физиолошка вознемиреност, но и позначајни промени во останатите кластери како, на пример, внесување нов критериум за подетална проверка на промените во когницијата и расположението како последица на трауматизацијата. Дополнително работната група за ова растројство предлага воведување нова дијагностичка категорија, именувана *Растројства поврзани со траума и стрес*, во која би требало да припаѓа посттрауматското стресно растројство, наместо во групата на анксиозни растројства (Resick & Miller, 2009; Friedman et al., 2011a; Friedman et al., 2011b).

Критика на концептот. Од самиот почеток, воведувањето на категоријата ПТСР во дијагностичката класификација на ментални растројства била следена со контроверзии, кои опстојуваат до денес (Young, 1995; Friedman, Resick & Keane, 2007; McFarlane & Hinton, 2009). Критичарите на овој концепт тврдат дека: (1) луѓето отсекогаш реагирале на одреден начин на настаните што ги доживувале, така што нема потреба тој одговор да се патологизира; (2) тоа не е легитимен синдром туку конструкт создаден од групи за поддршка на ветерани и од феминистичкото движење; (3) повеќе служи за правни отколку за клинички цели; (4) усните известувања за изложеноста на трауми и за симптомите на ПТСР не се релијабилни; (5) трауматските сеќавања не се валидни; (6) дијагнозата одговара на Евро-Американската култура и не е применлива во традиционалните култури и (7) непотребно се патологизира нормалниот стрес доживеан од жртви на насилство.

ПСИХОЛОШКИ ТЕОРИИ ЗА ПОСТТРАУМАТСКОТО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО

Кон крајот на 19. век вниманието на стручната јавност било привлечено од психоаналитички ориентираните психијатри кои работеле посветено на проучување и лекување на трауматизирани лица. Нивните теоретски согледувања и приоди во третманот биле спротиставени на доминантните објаснувања за органското потекло на трауматските реакции. Всушност елементи од денешните актуелни теории за развојот и одржувањето на ПТСР може да се препознаат во делата на Фројд, Жане, Адлер и други (Monson, Friedman & La Bash, 2007).

Теориите за органското потекло на траумите за прв пат се појавиле за време на Американската граѓанска војна и резултирале со опис на синдроми како „војничко срце“, „синдром Да Коста“ и „невроциркулаторна астенија“, додека во текот на Првата светска војна бил конципиран синдромот „шок од граната“ (DePrince & Freyd, 2007). Во тој период почнале да се појавуваат и психолошките теории за објаснување на истите феномени, кои вклучувале конструкти како „носталгија“, „воена невроза“, „воен замор“ и „воена исцрпеност“ (Monson, Friedman & La Bash, 2007). Всушност најголемиот напредок во проучувањето на трауматскиот стрес бил инспириран од истражувањето на последиците од изложеност на различни видови воени стресори.

Актуелно доминантните теориски објаснувања за природата, текот и можностите за третман на посттравматските последици се засновуваат врз претпоставки кои произлегуваат од бихевиоралните и когнитивните приоди.

Теории на условување

Повеќе истражувачи предлагаат дека двофакторската теорија на учење на Маурер и нејзината примена во толкувањето на фобиите од страна на Долард и Милер може да ги објасни симптомите на ПТСР (Mowrer, 1960; Dollard & Miller, 1950, според Cahill & Foa, 2007; Lee & Turner, 1997). Според оваа теорија, во првата фаза стравот се учи преку класично условување, а избегнувањето преку инструментално условување.

Со цел да ги објаснат симптомите на ПТСР кај ветерани од војната во Виетнам, Кин и соработниците (Keane et al., 1985, Cahill & Foa, 2007) предлагаат дека кога едно лице е изложено на искуство што го загрозува животот, преку процес на класично условување може да биде условено на широк опсег дразби што биле присутни за време на траумата (на пример, звуци, мириси, период од денот, итн.). Како последица на тоа овие претходно

неутрални дразби почнуваат да предизвикуваат интензивна анксиозност. Анксиозноста понатаму продолжува да се јавува не само како резултат на дразби специфични за траумата, туку преку процес на условување од повисок ред и генерализација на дразбите многу поголем број ситуации стекнуваат моќ да предизвикаат страв кај трауматизираното лице. Авторите на овој модел предлагаат дека карактеристичните посттрауматски реакции, како повторното доживување на трауматскиот настан во мислите, сеќавањата или во ноќни мори, се дел од нормалниот процес на закрепнување по трауматско искуство. Но кога ќе се случи висок степен на генерализација и на условување, тогаш симптомите стануваат хронични.

Концептот на ПТСР изложен во овој модел е во контрадикција со емпириските наоди кои укажуваат дека повтореното изложување на дразби што предизвикуваат страв го згаснува анксиозниот одговор поврзан со нив. Со цел да ја објаснат оваа контрадикција, авторите предлагаат дека спонтаното изложување на дразби поврзани со воените дејствија преку нивно повторно доживување не е целосно, односно не ги содржи сите условени дразби и е краткотрајно, поради што не води до нивно згаснување. Понатаму, тие даваат неколку објаснувања за да објаснат зошто трауматизираните лице не се сеќаваат на сите сегменти од траумата. Прво, трауматскиот настан е толку одбивен што лицата со ПТСР се обидуваат да избегнат да мислат или да се сеќаваат на него подолго време. Второ, општеството го обесхрабрува изразувањето емоции кај мажите, поради што воените ветерани имаат ограничени можности да се соочат со настанот во разговор со други лица. Во согласност со ова објаснување е и наодот на Резик (Resick, 1986, според Cahill & Foa, 2007) дека жените жртви на кражба непосредно по настанот повеќе изразуваат емоции отколку мажите, но и дека емоционалните реакции на жените се намалуваат во текот на следните 3 месеци по трауматизацијата, додека кај мажите симптомите опстојуваат. Трето, многу трауматизирани лица изјавуваат дека не можат да се сетат на долги временски периоди, што според авторите на оваа теорија е резултат на дискрепанцата меѓу нивното расположение за време на траумата и во моментот кога се сеќаваат на неа. Тие претпоставуваат дека вклучувањето повеќе детали за трауматскиот настан во тек на имагинативно изложување може да ја подобри меморијата и соочувањето со трауматските дразби.

Фоа, Штекети и Ротбаум (Foa, Steketee & Rothbaum, 1989, според Cahill & Foa, 2007; Lee & Turner, 1997) наведуваат дека зголемената реактивност за време на замислувањето на траумата може да го олесни сеќавањето, зашто овозможува усогласување на афективните состојби за време на

доживувањето на настанот и во моментот на сеќавање на него. Повеќе истражувања го поткрепуваат овој увид дека активирањето на стравот при соочување со вознемирувачката ситуација или сеќавање на неа е поврзано со степенот на успех во третманите со изложување (Borkovec & Sides, 1979; Foa et al., 1995; Kozak, Foa & Steketee, 1988; Lang, Melamed & Hart, 1970; Pitman et al., 1996, според Cahill & Foa, 2007).

Кин и соработниците се повикуваат на принципот на условување и во обидот да ги објаснат лутината и раздражливоста кои се специфични за воените ветерани со ПТСР (Keane et al., 1985, според Cahill & Foa, 2007). Овие обрасци на однесување, научени во текот на воената обука, се одржуваат преку позитивно и негативно поткрепување. Но, Фоа и соработниците (Foa et al., 1989, според Cahill & Foa, 2007) сметаат дека ова објаснување не е соодветно за доживување други видови трауми, ниту го толкува опстојувањето на агресивните реакции и покрај нивните аверзивни последици.

Во однос на социјалното повлекување и незаинтересираноста, кои се исто така карактеристични за ветераните, Кин и соработниците сметаат дека се резултат на нестимулативноста на секојдневните активности во споредба со воените дејствија. Но и ова објаснување не е соодветно за отапеноста и отуѓувањето кои се специфични за лица со ПТСР после изложување на други видови трауми.

Теоријата на Маурер е основа и на теоретскиот модел на Килпатрик и соработниците за толкување на реакциите на жртви на силување (Kilpatrick et al., 1985). Според овој модел жртвите ја доживуваат ситуацијата на силување како опасна за живот и реагираат со ужас и со исклучително висока реактивност. Дразбите поврзани со силувањето развиваат потенцијал да предизвикаат страв преку механизмот на класично условување. Некои потсетници, како сексуалната активност и мажите, се карактеристични за сите жртви на силување, додека други дразби се идиосинкратски и зависат од специфичната ситуација на силување.

Авторите, исто така, се повикуваат на концептите за генерализација на дразбите и условувањето од втор ред за да го објаснат широкиот опсег на ситуации што предизвикуваат анксиозност. Мислите и зборовите поврзани со силувањето предизвикуваат вознемиреност, па затоа жртвите стануваат анксиозни кога зборуваат за трауматското искуство. Затоа и терапевтскиот процес често создава непријатност, што може да води до негово избегнување, исто како и на другите дразби поврзани со силувањето.

Неодамна Кин и Барлоу понудија модел што ги содржи основните карактеристики на моделот на Кин и соработниците, но го сместува ПТСР во

рамки на пошироката теорија на Барлоу за патолошката анксиозност (Barlow, 2002; Barlow, 1998, според Cahill & Foa, 2007). Средишен елемент во оваа теорија е идејата за постоење на два типа ранливост што водат до психопатологија.

Првиот вид е *биолошката ранливост* што во најголем дел опфаќа генетска предодреденост за доживување интензивни и негативни афективни состојби, како паничен страв и депресија. Со биолошката ранливост е поврзано разликувањето на вистински од лажен аларм, што понатаму води до активирање на реакцијата „борба или бекство“. Вистинскиот аларм одразува ситуации кога дразбите што ја предизвикуваат реакцијата се навистина загрозувачки, додека лажниот аларм се случува кога реакцијата е предизвикана од незагрозувачка дразба.

Вториот вид ранливост е *стекнатата психолошка ранливост* што се манифестира преку намалено чувство на контрола и анксиозна загриженост, емоционална состојба ориентирана кон иднината и пребоена со хипервигилност и когнитивно искривување во процената на надворешни и внатрешни закани. Анксиозното исчекување го засилува негативниот афект, го поттикнува избегнувањето на надворешните и на внатрешните негативни емоционални состојби и предизвикува загриженост.

Врз основа на овие концепти искуството на трауматски настан од страна на лице кое ги поседува овие биолошки и психолошки предиспозиции резултира со појава на вистински аларм за време на траумата (слично на концептот на неусловени дразби и реакции при класичното условување). Понатаму, трауматизираното лице ги учи состојбите на аларм како последица на внатрешни и надворешни дразби поврзани со траумата и на нивниот иницијален одговор на неа. Овие научени аларми го активираат процесот на анксиозно исчекување, особено на повторно доживеаните емоции, што потоа води до избегнување на поттикнувачите на научените аларми и на силни емоции, а тоа резултира со емоционална отапеност.

За традиционалните теории на учење, сепак, поголем проблем претставуваат симптомите на повторно доживување на траумата. Кин и соработниците се обиделе да ги објаснат флешбековите, ноќните мори и интрузивните слики за настанот преку високиот степен на генерализација што го оневозможува избегнувањето на трауматските сеќавања (Keane et al., 1985, според Cahill & Foa, 2007). Ова објаснување се чини прифатливо за интрузивните мисли, можеби и за флешбек феномените, но не и за ноќните мори, зашто факторите што ја одредуваат нивната содржина, појава и

функција во општата популација се во најголем дел непознати (Cahill & Foa, 2007).

Теории на шеми

Шемите ги содржат базичните претпоставки и уверувања за себе, за меѓучовечките односи и за местото на поединецот во светот, кои понатаму ги одредуваат перцепцијата и толкувањето на информациите што пристигаат до нас. Заеднички елементи на овие теоретски модели се идеите дека (1) трауматските настани обично не се во согласност со постоечките претпоставки и дека (2) процесирањето на трауматското искуство бара промена на постоечките претпоставки, што може да се постигне преку механизам на асимилација или на акомодација (Cahill & Foa, 2007; Bergner, 2009).

Првиот модел, чиј автор е Хоровиц, претставува интеграција на психоаналитичките концепти со концептите за процесирање на информациите (Horowitz, 1986, според Cahill & Foa, 2007; Horowitz, 1990, според Lee & Turner, 1997). Овој модел ја објаснува посттрауматската психопатологија преку базичната потреба на луѓето да ги усогласат информациите поврзани со траумата со внатрешните модели засновани врз стари информации. Процесот на закрепнување всушност се состои од континуирана ревизија на двата извори на информации сè додека тие не се усогласат. Овој процес е предводен од „тенденцијата за довршување“, како што ја нарекува Хоровиц, што воедно ги објаснува и симптомите на преплавување. Ако информациите поврзани со траумата одговараат на постоечките внатрешни модели, тогаш тие ќе служат за зацврстување на овие модели. Но доколку тие не се усогласени, тогаш во секоја ситуација кога овие информации ќе се процесираат, ќе се случуваат промени во внатрешните модели и ќе се создаваат планови за адаптивно дејствување.

Истовремено со тенденцијата за довршување постои и тенденција за избегнување на вознемиреноста предизвикана од интрузивните симптоми, што ги објаснува симптомите на избегнување карактеристични за ПТСР. Но избегнувачките стратегии го попречуваат усогласувањето меѓу постоечките внатрешни модели и новите информации.

Основната импликација од моделот на Хоровиц е дека избегнувањето ја одржува неускладеноста меѓу трауматското искуство и внатрешните ментални структури, што е средишен елемент на одржувањето на посттрауматската симптоматологија.

Повеќе теоретичари нудат претпоставки за тоа кои шеми се особено важни за појавата и развојот на посттрауматските реакции. На пример, Епстајн смета дека по доживување трауматски настан се случуваат промени во четири клучни верувања: *светот е безопасен, светот има смисла, јас сум достоин за почитување, може да им верувам на луѓето* (Epstein, 1991, според Cahill & Foa, 2007). Под влијание на овие концепти, Џеноф-Булман предлага дека базичните претпоставки кои се присутни кај сите луѓе се: *светот е милослив и има смисла, и јас сум достоин за почитување* (Janoff-Bulman, 1992). Со оглед на тоа што овие претпоставки не се усогласени со трауматското искуство, тоа води до нивно уништување (Janoff-Bulman, 1989, според Monson, Friedman & La Bash, 2007). Затоа по доживувањето на трауматски настан жртвата мора или да го прилагоди искуството на веќе постоечките претпоставки за себе и за светот или да ги промени претпоставките за да можат да го вклопат искуството, што всушност почесто се случува.

Следниот модел е на МекКен и Перлман (McCann & Pearlman, 1990), според кој по доживувањето на траума се случува нарушување на осум базични психолошки потреби: *референтна рамка, безбедност, зависност/доверба во себе и во други, моќ, почитување, интимност и независност*. Луѓето развиваат шеми што вклучуваат верувања, претпоставки и очекувања поврзани со секоја од овие базични потреби, а референтната рамка претставува надредена потреба слична на претпоставката „*светот има смисла*“.

Терапевтските импликации од овој модел се фокусираат на приспособување на шемите кон новите информации. МекКен и Перлман сметаат дека трауматските настани можат да предизвикаат и непријатни чувства, мисли или слики кога ги зацврстуваат постоечките негативни шеми, како во случај на лице кое доживува повторени трауми.

Под влијание на овој модел Резик и Шнике (Resick & Schnicke, 1993) ја изложиле идејата дека посттрауматската психопатологија може да се јави не само како последица на неуспех да се акомодираат информациите поврзани со траумата, туку и како последица на претерано приспособување на овие информации. Во согласност со тоа развиле терапевтски приод што вклучува когнитивно процесирање за да се коригираат нарушавањата во шемите.

Придонесот на овие теоретски модели, пред сè, се огледува во идејата дека трауматските искуства го менуваат начинот на доживување на себе, на другите луѓе и на светот воопшто, и дека закрепнувањето од траумите се одвива преку усогласување на постоечките шеми со новите трауматски

информации. Но оваа група теории има две основни слабости. Прво, се фокусираат исклучиво на влијанието на траумата врз верувањата, но не и на останатите домени на посттрауматските последици. Исто така, не ги објаснуваат разликите во потенцијалот на одредени трауми да предизвикаат појава на ПТСР. Втората слабост е што механизмот преку кој ја објаснуваат појавата на ПТСР е уништувањето на позитивните претпоставки за природата на светот, другите луѓе и за себе. Овој механизам може да биде валиден само за неколкумина кои никогаш не биле соочени со интензивни животни стресори пред траумата. Но, епидемиолошките студии покажуваат дека повеќето луѓе доживуваат повеќе трауми во животот. Тогаш какво е влијанието на новата траума врз постоечката шема кај лица со историја на мултипла трауматизација? Според овие теории, кај тие лица треба да постои совпаѓање меѓу внатрешните модели за светот и новата траума, односно шемата не треба да претрпи промени и тие треба брзо да закрепнат. Сепак, истражувањата не ги потврдуваат овие претпоставки. Напротив, мултиплата трауматизација ја зголемува веројатноста за појава на хронично ПТСР, состојба кога симптомите на растројството траат неколку месеци или години (Kessler et al., 1995, според Cahill & Foa, 2007). Покрај тоа, Брајант и Гатри утврдиле дека постоечките негативни шеми за себе го зголемуваат, а не го намалуваат, интензитетот на симптомите на ПТСР, дури и по 20 месеци од изложеноста на траумата (Bryant & Guthrie, 2005, според Cahill & Foa, 2007).

При лонгитудинално следење на текот на посттрауматскиот стрес кај лица кои доживеале физичка повреда, О'Донел и соработниците (O'Donnell et al., 2007b) забележале дека негативните мисли за себе со текот на времето имале посилено влијание врз засилувањето на симптомите на ПТСР во споредба со негативните мисли за светот. Тоа значи дека внатрешното чувство на загрозеност е посилен механизам во развојот и одржувањето на ПТСР отколку надворешните карактеристики на закана, барем кај дел од трауматизираните лица. Теоретскиот приод на Фoa и Ротбаум (Foa & Rothbaum, 1998) може да го објасни овој наод. Имено, тие сметаат дека постои интеракција меѓу верувањата за светот и за себе. Доколку трауматизираното лице се доживува како сосема неспособно, тогаш светот станува поопасен. Оттука самопроцените се наоѓаат на повисоко хиерархиско место и влијаат на другите системи на верување.

Џеноф-Булман вели дека позитивните базични претпоставки се фактор на ризик за поинтензивно психолошко страдање, но дека долгорочно се поврзани со поефикасен процес на закрепнување (Janoff-Bulman, 1992). Ова толкување, сепак, не објаснува зошто кај лицата со историја на мултипла

трауматизација почесто се јавува ПТСР, ниту пак е во согласност со истражувањата кои покажуваат дека почетната истакнатост на симптомите е силно поврзана со подоцнежниот тек на растројството (Rothbaum et al., 1992, според Cahill & Foa, 2007).

МекКен и Перлман прифаќаат дека претходно доживеаните трауми и негативни шеми се фактори на ризик за развојот на ПТСР, но истовремено сметаат дека во одредени случаи трауматското искуство всушност го унапредува личниот развој и дека постоечките позитивни уверувања се фактори на заштита од патолошки одговор (McCann & Pearlman, 1990). Останува нејасно во кои случаи траумата ќе ги разруши позитивните претпоставки, а во кои тие ќе имаат заштитна функција.

Теории на процесирање на емоциите

Првиот модел од оваа група го понудиле Фоа и Козак (Foa & Kozak, 1986) со цел да ги објаснат анксиозните растројства, како и процесот и исходот од терапијата со изложување. Двете основни претпоставки врз кои се темели овој модел се дека анксиозните растројства се последица на присуство на патолошки *структури на страв* во сеќавањата и дека успешниот третман ги менува овие патолошки елементи, така што информациите кои порано ги предизвикувале симптомите на анксиозност, го губат тој потенцијал.

Структурата на страв вклучува меѓусебно поврзани претстави за дразби што предизвикуваат страв, одговори на нив и нивното значење. Оваа структура се активира кога информациите од средината се во склад со дел од информациите претставени во структурата, што резултира со активација и на елементи кои се поврзани со нив, односно со појава на когнитивни, бихевиорални и физиолошки симптоми на анксиозност.

Кога одредена структура на страв правилно ги одразува опасните ситуации во животот, таа служи како план за ефикасна акција. Но една структура може да стане патолошка ако (1) врските меѓу дразбите не го претставуваат светот прецизно, (2) безопасни дразби предизвикуваат реакции на бегство/избегнување, (3) претерани и лесно предизвикани одговори го попречуваат адаптивното однесување, и ако (4) на безопасни дразби и одговори погрешно им се припишува значење на закана.

Фоа и Козак сметаат дека различни анксиозни растројства се последица на различни структури на страв (Foa & Kozak, 1986). За да се постигне промена во овие структури неопходно е прво да се активира структурата, а потоа во неа да се вклучат новите информации кои не се во согласност со погрешните информации во структурата. Намерното

изложување на дразбите кои предизвикуваат страв, но во безбеден контекст во рамки на терапијата, ги задоволува овие два услови.

Во однос на појавата и развојот на симптомите на ПТСР оваа група теории предлага дека структурата на страв што лежи во основата на ова растројство содржи исклучително голем број претстави за безопасни дразби кои се погрешно означени како опасни, како и претстави за физиолошка вознемиреност и бихевиорални реакции кои водат до симптоми на ПТСР. Со оглед на тоа што голем број дразби можат да ја активираат оваа структура на страв, лицата со ПТСР го перцепираат светот како опасен во целост. Покрај тоа, погрешно ги поврзуваат претставите за тоа како се однесувале за време на доживувањето на траумата и за симптомите што следеле со значењето „лична некомпетентност“. Овие две групи негативни ставови го засилуваат интензитетот на симптомите, а тие последователно ги засилуваат негативните ставови (Foa & Rothbaum, 1998).

Други приоди во рамки на овој модел се фокусирале на природата на траумата и на влијанието на постоечката слика за себе и за светот врз толкувањето на трауматското искуство и симптомите, што пак влијае на посттрауматските искуства и нивното толкување (Foa & Jaycox, 1999; Foa & Riggs, 1993, според Cahill & Foa, 2007). Овие автори ја дефинираат нарацијата на трауматизираните лица како фрагментирана и дезорганизирана (Kilpatrick, Resnick & Freedy, 1992, според Cahill & Foa, 2007). Фоа и Ригс, на пример, сметаат дека дезорганизираноста на трауматските сеќавања е последица на неколку механизми што го попречуваат процесирањето на информациите во ситуации на силна вознемиреност (Foa & Riggs, 1993, според Cahill & Foa, 2007). Во согласност со оваа претпоставка се и наодите од истражувањата кои покажуваат дека степенот на артикулација на трауматското сеќавање кратко по траумата е негативно поврзано со симптомите на ПТСР четири месеци по траумата (Amir et al., 1998, според Cahill & Foa, 2007), како и дека третманот на ПТСР со продолжено изложување е поврзан со повисок степен на организираност на сеќавањата, намалената фрагментираност е поврзана со снижена анксиозност, а зголемената организираност на сеќавањата со намалена депресивност (Foa, Molnar & Cashman, 1995, според Cahill & Foa, 2007).

Постоечките ставови за безбедноста, односно опасноста на светот и личната компетентност, односно некомпетентност, исто така, влијаат врз тоа како се регистрира трауматското сеќавање и како се перцепираат посттрауматските искуства и симптоми. Постојат две траектории што го одредуваат развојот на ПТСР. Во првата, траумата ја нарушува постоечката

претстава за безбедноста, особено ако искуството се доживее во својот дом. Оваа патека е во основа иста како хипотезата за „уништените претпоставки“ во рамки на теориите на шеми. Во втората патека траумата ги засилува постоечките негативни слики за себе и за светот. Оваа хипотеза ја поткрепуваат и одделни истражувачки наоди (на пример, Bryant & Guthrie, 2005, според Cahill & Foa, 2007).

Фоа и Кејхил се обиделе да го објаснат и процесот на природно закрепнување, како што тие го нарекуваат (Foa & Cahill, 2001, според Cahill & Foa, 2007), во согласност со постулатите на оваа теорија. Тие сметаат дека природното закрепнување е последица на емоционално процесирање што се одвива во текот на секојдневниот живот преку повторена активација на трауматските сеќавања поради присуство на мисли и чувства поврзани со траумата, нивно споделување со други и соочување со потсетници на траумата. Во отсуство на последователни трауми, ова природно изложување содржи информации кои не ги поткрепуваат вообичаените посттрауматски врски во рамки на структурата на страв, како што се „светот е опасен“ и „ја не сум компетентен/компетентна“. Покрај тоа, честото зборување за настанот во окружување што овозможува поддршка му помага на трауматизираното лице да ги организира сеќавањата на смислен начин.

Како спротивен процес на природното закрепнување е хроничниот тек на ПТСР. Според овој теоретски модел тоа се должи на неуспехот во соодветно процесирање на трауматските сеќавања, така што справувањето со искуството преку избегнување, отапеност и дисоцијација води до хронично ПТСР. Толкувањето на природното закрепнување, наспроти хроничниот тек на растројството е во согласност и со наоди од одделни истражувања (Creamer, Burgess & Pattison, 1992; Gilboa-Schechtman & Foa, 2001; Lepore et al., 1996, според Cahill & Foa, 2007).

Фоа и Џејкокс предлагаат неколку механизми и извори на податоци за да ја објаснат ефикасноста на продолженото изложување во повлекувањето на симптомите на ПТСР (Foa & Jaycox, 1999). Избегнувањето на трауматските сеќавања и на нивните потсетници го одржува процесот на негативен фидбек, односно краткотрајното намалување на анксиозноста. Но долготрајно, избегнувањето го попречува емоционалното процесирање. Преку соочувањето со трауматските сеќавања и потсетници, продолженото изложување го блокира негативното засилување на когнитивното и бихевиоралното избегнување, со што се намалува влијанието на факторите што го одржуваат ПТСР.

Друг механизам што е вклучен во поттикнувањето на процесирање на емоциите е згаснувањето на анксиозноста, со што не се потврдуваат погрешните верувања дека анксиозноста не се намалува во отсуство на избегнување или бегство. На тој начин трауматизираното лице учи дека може да ги поднесе симптомите и дека нивното присуство не значи губење на контрола или „полудување“, што овозможува промена на доживувањето дека не е способен или храбар.

Одделни сегменти од теоријата на емоционално процесирање се слични со теориите на условување, но со вклучувањето на врските меѓу дразбите и одговорите, и врските меѓу дразбите и значењето на дразбите и одговорите, оваа теорија успева подобро да ја објасни феноменологијата на ПТСР. Приодот на Фоа и Ригс (Foa & Riggs, 1993, според Cahill & Foa, 2007), на пример, овозможува вклучување на влијанието на искуствата на трауматизираното лице пред траумата како фактор на психолошка отпорност или фактор на ризик и нуди објаснување зошто присуството или отсуството на претходни трауми може да ги засили ефектите од траумата.

Една од предностите на оваа теорија е фокусираноста на разграничување на структурите на страв кај различни анксиозни растројства, како и на процесите и механизмите што лежат во нивната основа. Ги објаснува и механизмите на природниот тек на закрепнување и на закрепнувањето како резултат на третман со изложување, а нуди и објаснување зошто лицата со екстремни уверувања за безбедноста на светот, како и лицата со негативна слика за светот и за себе се изложени на повисок ризик за развој на ПТСР.

Но, слабост на оваа теорија е што се фокусира на последиците од отапеноста и дисоцираноста во процесот на закрепнување, а не ги објаснува детално овие симптоми. Едно можно толкување е дека неколку од симптомите на отапеност се последица на избегнувањето и на пореткото изложување на искуства што ги предизвикуваат вознемирувачките емоции, како што предлагаат бихевиоралните теории за депресијата (Lewinsohn et al., 1985, според Cahill & Foa, 2007). Втора можност е тие да се последица на генерално избегнување на силни емоции, зашто дури и физиолошките реакции на силни позитивни емоционални состојби се поврзуваат со опасност, слично на моделот на Барлоу и Кин (Barlow, 2002, според Cahill & Foa, 2007).

Следно потенцијално ограничување на оваа теорија е што се фокусира на стравот како примарна емоција и на опасноста како примарно значење. Овој приод е во согласност со дефиницијата на траума во ДСМ-4, како и со класификацијата на симптомите, во кои доминира анксиозноста, но не опфаќа

и други емоции, како на пример, тагување или гадење, кои се често поврзани со ПТСП (Dalgleish & Power, 2004, според Cahill & Foa, 2007).

Когнитивни теории

Според класичниот когнитивен приод кој примарно се фокусира на депресијата (Beck, 1972; Beck et al., 1979; Ellis, 1977, според Cahill & Foa, 2007), а подоцна ги опфатил и анксиозните растројства (Beck, Emery & Greenberg, 1985, според Cahill & Foa, 2007), емоционалните реакции се одредени од субјективната перцепција на настаните, а не од нивните објективни карактеристики (Lee & Turner, 1997). Тоа значи дека еден настан може да биде толкуван на различни начини и да предизвика различни емоции, а секоја емоција е поврзана со одреден тек на мисли. Кога станува збор за анксиозноста, перцепцијата на опасност е средиштето околу кое се „собираат“ карактеристичните мисли. На пример, мислите што предизвикуваат лутина се засновуваат врз перцепцијата дека другите луѓе се однесуваат на погрешен и нефер начин, мислите што предизвикуваат чувство на вина се засновуваат врз перцепцијата дека сопственото однесување е погрешно и несоодветно, а мислите што предизвикуваат тага вклучуваат перцепција на значајна загуба. Понекогаш се случува емоционалните одговори да бидат посилни и подолги од очекуваното, нарушувајќи го притоа секојдневното функционирање. Овие емоции се последица на искривени или дисфункционални толкувања.

Иако авторите на когнитивната теорија за анксиозни растројства не се фокусирале на ПТСП, сепак тие сметаат дека луѓето кои страдаат од трауматска невроза не успеваат да направат разлика меѓу безбедни и опасни сигнали, и дека во нивното размислување доминира концептот на опасност (Beck et al., 1985, според Cahill & Foa, 2007). Исто така, предлагаат дека кај нив трауматскиот страв се одржува поради чувството на неспособност да се справат со стресни настани.

Елерс и Кларк нудат когнитивен модел за ПТСП што се засновува врз класичната когнитивна теорија (Ehlers & Clark, 2000). Според овие автори ПТСП, како и другите анксиозни растројства, е резултат на постојано исчекување на закана, во овој случај поврзана со претходно доживеан настан. Со цел да објаснат како овој минат настан создава чувство на закана во сегашноста, тие предлагаат дека лицата со хронично ПТСП го процесираат настанот и/или неговите последици на специфичен начин што овозможува појава на чувство на актуелна закана. Сметаат дека за тоа се клучни два процеси: субјективната процена на трауматскиот настан и/или последиците и

природата на трауматското сеќавање, и како таа се интегрира со другите автобиографски сеќавања на трауматизираното лице.

Во однос на субјективната процена, овој модел го следи моделот на Бек (Beck, 1976, според Cahill & Foa, 2007), нагласувајќи го каузалното влијание на негативните мисли врз развојот на емоционалните растројства. Во однос на ПТСР, слично на теоријата на емоционално процесирање, Елерс и Кларк сметаат дека процените кои се релевантни може да се однесуваат на закана што доаѓа однадвор (процена на светот како опасно место) или однатре (процена на лична неспособност). Но за разлика од теоријата на емоционално процесирање, според која мислите што лежат во основата на ПТСР може, но и не мора, да бидат достапни за интроспекција и самоизвестување, овој модел ги поставува мислите и верувањата на клучно место во полето на свесноста, што значи дека трауматизираните лица може да бидат конфронтирани во однос на нив преку разговор.

Вториот клучен процес според овој модел е специфичната природа на трауматското сеќавање кај лицата со ПТСР. Фрагментираната природа на трауматското сеќавање, доживувањето дека траумата се случува во сегашноста, а не во минатото и неуспехот да се интегрира ова сеќавање со другите автобиографски сеќавања, објаснува како настан што се случил во минатото создава чувство на актуелна закана. Елерс и Кларк користат концепти од теориите на асоцијативни мрежи и сметаат дека она што трауматското сеќавање го прави специфично е присуството на многу силни врски меѓу две дразби и меѓу дразби и реакции, што овозможува лесно да се повикуваат сеќавањата поради големиот број потсетници. Понатаму, предлагаат дека повикувањето содржини меморирани на асоцијативен начин е несвесно и дека лицето не е секогаш свесно за поврзаноста меѓу емоционалните реакции и трауматското сеќавање. Неуспехот да се идентификуваат симптомите на преплавување може да го попречи процесот на увидување дека потсетниците сами по себе не се опасни.

Иновативниот елемент во овој модел е постоењето на однос на реципроцитет меѓу природата на трауматското сеќавање и процената на траумата и нејзините последици. Елерс и Кларк предлагаат дека кога лицата со хронично ПТСР се сеќаваат на траумата, нивното сеќавање е искривено како последица на субјективните процени и тие селективно ги повикуваат информациите што се во склад со овие процени. Таквото селективно помнење ги попречува да се сетат на аспекти на траумата што не се во склад или се контрадикторни со процените, со што спречуваат промени во процените.

Покрај тоа, и природата на траумата може да влијае врз процените. На пример, дезорганизирано, фрагментирано сеќавање, може да предизвика

негативни процени за себе („Со мене нешто не е во ред, штом не можам да се сетам на детали од настанот“).

Овој модел наведува два фактори: негативните процени за траумата и природата на трауматското сеќавање. Односот на реципроцитет меѓу нив создава своевиден маѓепсан круг што го поттикнува опстојувањето на симптомите на ПТСР преку одржување на чувство на постојана закана (Herman & Lee, 2010).

За разлика од теоријата на процесирање на емоциите, која на когнитивното и бихевиоралното избегнување им дава средишна улога во попречувањето на процесот на природно закрепнување, за Елерс и Кларк избегнувањето е од секундарна важност. Тие на него повеќе гледаат како на последица отколку како на причина за постојаното чувство на загрозеност. Поради тоа, третманот што тие го конципираат ги нагласува когнитивните процедури, додека третманот што произлегува од теоријата на емоционално процесирање се фокусира на соочувањето со трауматското сеќавање и потсетниците на траумата.

Она што овој модел не успева да го објасни е фактот што вметнувањето на когнитивна терапија во третман со изложување не ја подобрува ефикасноста на третманот (Foa et al., 2005; Marks et al., 1998; Raunovic & Ost, 2001, според Cahill & Foa, 2007), туку напротив, вметнувањето на интервенција со изложување ја подобрува ефикасноста на когнитивната терапија (Foa & Cahill, 2006, според Cahill & Foa, 2007).

Теории што се повикуваат на структури за мултипла репрезентација

Теоретичарите што ја користат оваа перспектива за да го објаснат развојот на патолошките процеси, тргнуваат од претпоставката за постоење на најмалку два (но можеби и повеќе) одделни системи на помнење. Оттука овие автори се обидуваат да ги идентификуваат поединечните карактеристики на различните системи за репрезентација и да ја објаснат нивната меѓусебна поврзаност.

Теорија на двојна репрезентација. Бревин, Далглиш и Џозеф (Brewin, Dalgliesh & Joseph, 1996; Brewin & Holmes, 2003, Monson, Friedman & La Bash, 2007; Ford, 2009a) се автори на модел според кој постојат два одделни системи за репрезентација во помнењето што функционираат паралелно, како за време на доживување на траумата, така и потоа. Тоа се системот на вербално достапно помнење (ВДП) и системот на ситуациски достапно помнење (СДП). Сеќавањата во ВДП содржат информации што

трауматизираното лице ги регистрирало пред, за време и по трауматскиот настан и кои биле доволно свесно процесирани за да преминат во долготрајната меморија, и тоа во форма што подоцна може намерно да се повика и лесно да се пренесе вербално на друг (Brewin & Holmes, 2003).

Тоа значи дека системот ВДП е одговорен за способноста на трауматизираните лица наративно да го споделат трауматското искуство. Сеќавањата во ВДП содржат податоци за тоа што се случило за време на трауматскиот настан и какви емоции се доживевани за време на траумата (наречени примарни емоции, вообичаено страв и беспомошност). Со оглед на тоа што сеќавањата во ВДП можат намерно да се повикаат и разгледуваат, со нивната последователна процена може да се создадат секундарни емоции (на пример, лутина, срам, вина). Покрај тоа, информациите за траумата може да се интегрираат со други сеќавања во ВДП.

Спротивно на овој систем, сеќавањата во СДП содржат информации што може да се добијат од поширок обем на послабо перцептивно процесирање на трауматската ситуација, како што се звуците, сликите, телесните реакции, на кои вниманието свесно се задржало пократко (Brewin & Holmes, 2003). Овие сеќавања не може свесно да се повикаат. Напротив, тие се јавуваат несвесно со помош на надворешни и внатрешни потсетници на траумата. Оттука системот СДП е одговорен за симптоми како флешбекови и зголемена физиолошка вознемиреност. Покрај тоа, бидејќи овие сеќавања не се кодирани вербално и не може свесно да се повикаат, тие потешко се споделуваат и потешко се интегрираат со други сеќавања.

За разлика од Фоа и Козак (Фоа & Kozak, 1986), кои емоционалното процесирање го дефинираат како промени во структурата на страв што поттикнуваат закрепнување, за Бревин и соработниците (Brewin et al., 1996), емоционалното процесирање во најголем дел е свесен процес во кој репрезентациите на минати и идни настани, и свесноста за телесни состојби поврзани со овие настани, постојано навлегува во работната меморија и активно манипулира со неа, без оглед на тоа дали состојбата се подобрува и симптомите се повлекуваат. Бревин и соработниците (Brewin et al., 1996), наведуваат три потенцијални исходи на емоционалното процесирање: довршување/интеграција (односно закрепнување), хронично емоционално процесирање и прерана инхибиција на процесирањето. Закрепнувањето, според овие автори, има две цели: (1) промена на негативните секундарни емоции што резултираат од бескорисните процени на траумата и личните реакции за време на трауматското искуство и потоа, и (2) превенција на автоматската активација на сеќавањата за траумата во СДП. Теоретската

претпоставка вели дека тоа може најефикасно да се постигне преку комбинација на когнитивно реструктурирање и терапија со изложување. Фокусирајќи се на идентификација и процена на бескорисните уверувања на кои може вербално да им се пристапи, когнитивното реструктурирање се чини дека ќе го поттикне процесот на елаборирање и интегрирање на информациите за траумата вградени во системот ВДП. Истата интервенција може да му помогне на трауматизираното лице да создаде нови, поадативни процени, што ќе се спротистават на постоечките и ќе го инхибираат системот СДП. Од друга страна, изложеноста на информации вградени во системот СДП може дополнително да го стимулира процесот на реструктурирање на информациите во системот ВДП, така што тие ќе овозможат пристап до информации што се кодирани во системот СДП, но кои не биле свесно процесирани за време на трауматското искуство, поради што не се дел од ВДП. Авторите, покрај тоа, велат дека терапијата со изложување, во која се активира системот СДП во присуство на нови информации (на пример, во отсуство на силна физиолошка вознемиреност или во комбинација со ефикасни стратегии за справување), резултира со создавање нови сеќавања во СДП што се спротиставуваат на постоечките.

Но, закрепнувањето не е единствениот можен исход. Неуспехот да се интегрира траумата може да се јави во две форми. Кај хроничното емоционално процесирање трауматските сеќавања од СДП и ВДП постојано се јавуваат, но со минимални или никакви промени. Последица на оваа состојба на континуирано процесирање на трауматските сеќавања е продолжително присуство на изразени симптоми поврзани со траумата и силна вознемиреност, како и појава на дисфункционални начини за справување со симптомите (на пример, злоупотреба на алкохол). Ова може да се случи поради дискрепанца меѓу траумата и претходните уверувања, преголеми барања за когнитивни ресурси, несоодветен когнитивен развој, недостаток на социјална поддршка или неможност да се спречи навлегувањето на сеќавања од СДП во свеста.

Кога станува збор, пак, за прерана инхибиција на процесирањето, трауматизираните лица развиваат стратегии на избегнување што служат за ограничување на активацијата на трауматските сеќавања во СДП и ВДП, што повторно оневозможува промени на овие сеќавања. Но, со оглед на тоа што трауматизираното лице не им пристапува често, тоа може да страда од релативно малку симптоми на ПТСР, а да доживува нарушувања во помнењето, искривување во процесот на насочување на вниманието, за да може брзо да регистрира појава на закана, претерано избегнување и дисоцираност. Покрај тоа, бидејќи трауматските сеќавања не се изменети

ниту се развиле нови, овие лица се изложени на висок ризик од релапс при следно изложување на ситуации или емоционални состојби слични на оние присутни за време на траумата.

Прераната инхибиција на процесирањето се јавува во слични услови како и хроничното процесирање, со тоа што дисоцијацијата за време на траумата и претходно постоечка тенденција за избегнување на процесирање негативни информации, дополнително ја поттикнуваат појавата на овој дисфункционален процес.

Модел ШПААСР. Далглиш (Dalgleish, 1999; Power & Dalgleish, 1997, 1999, според Cahill & Foa, 2007), конципирал модел на нормално емоционално искуство кој подоцна го проширил со цел да го објасни и ПТСР (Dalgleish, 2004). Според овој модел постојат четири нивоа или типови на ментална репрезентација: шематски, пропозиционален, аналоген и асоцијативен систем на репрезентација, од кои е составена кратенката ШПААСР.

Информациите складирали на пропозиционално ниво се вербално достапни, слично на системот на ВДП, додека информациите на аналогно ниво се складираат како слики во рамки на сите сетилни системи (што ги вклучува и внатрешните сензации), слично на системот СДП. Асоцијативните репрезентации се опишани како слични на структурите на страв во теоријата на емоционалното процесирање, зашто информации складирали на едно ниво може да се асоцираат со информации складирали на друго или на истото ниво.

Постои заемна поврзаност меѓу процесирањето на сите нивоа на репрезентација, но аналогниот и пропозиционалниот систем се ограничени на релативно основни манипулации со информациите, додека на шематско ниво се изведуваат посложени ментални репрезентации. Информациите од аналогното и пропозиционалното ниво можат да навлезат во шематското ниво директно или преку асоцијативна поврзаност, и таму може да бидат интегрирани и проценети од аспект на личните цели. Покрај тоа, процесирањето на шематско ниво влијае врз тоа кои информации ќе се активираат или инхибираат на пониските нивоа на репрезентација и служи како филтер за прием на нови информации што се во согласност со доминантните шеми.

Според овој модел, емоциите се јавуваат на два начина. Првиот е автоматска појава на емоција преку асоцијативна репрезентација, слично на теоријата на емоционално процесирање, додека вториот е резултат на процес на процена на шематско ниво. При овие процени се земаат предвид очекувањата за исходите поврзани со личните цели. На пример, процена за

закана се јавува кога лицето очекува попречување или неуспех во реализирањето на одредена цел, што предизвикува појава на емоцијата страв. Од аспект на ПТСР, трауматските настани претставуваат закани за личниот опстанок.

Во однос на појавата на симптомите на повторно доживување на трауматското искуство, моделот ШПААСР нуди две објаснувања. Повторното доживување може да биде автоматски предизвикано од асоцијативни репрезентации или да рефлектира шематско процесирање при обид за асимилација на нови информации. Се претпоставува дека информациите за траумата се складираат паралелно на шематско, пропозиционално и аналогно ниво, како за време на трауматското искуство така и потоа. Овие информации се поврзани со асоцијативни врски во рамки на секое ниво, но и меѓу поединечните нивоа. Авторите претпоставуваат дека новите информации не се асимилирани во постоечкиот систем на помнење и дека закрепнувањето всушност вклучува нивна асимилација.

Со цел да објасни зошто сите трауматизирани лица не закрепнуваат, Далглиш се повикува на конструктот „претрауматски тип на личност“, што ги содржи претрауматските шеми за светот, за себе и за другите. Тој зборува за пет типа на личност што се разликуваат во однос на исходот по изложеност на траума, концепт што е сличен на оној развиен од страна на Фоа и Џејкокс (Foa & Jaycox, 1999).

Првиот тип вклучува *индивидуи со урамнотежени претрауматски шематски репрезентации*, во кои светот е релативно безбеден, другите луѓе се релативно безопасни и селфот е релативно отпорен. Овие индивидуи веројатно ќе закрепнат од траумата без примена на дополнителни интервенции, зашто се способни да ги асимилираат новите информации во постоечките шеми без потреба од претерано приспособување. Од друга страна, постојат *индивидуи кои имаат преценети или нефлексибилни позитивни шеми*. Некои од нив можеби биле претежно заштитени во текот на животот, а нивните шеми се последица на директно искуство, поради што се сметаат за *валидни преценети позитивни шеми*. Во овие случаи, трауматското искуство може да предизвика истакнато и хронично ПТСР, во согласност со хипотезата за уништените претпоставки. Други, пак, кои можеби имале претходни трауматски искуства, се придржуваат кон *илузорни, преценети позитивни шеми* што се одржуваат преку системска инхибиција на информациите поврзани со овие негативни доживувања. Ова е сличен процес на прераната инхибиција на процесирањето за која зборува Бревин, а резултатура со појава на симптоми на отапеност, амнезија и дисоцијација, како и

зголемена веројатност за појава на одложено ПТСР, доколку инхибицијата е неуспешна.

Следните два типа вклучуваат претрауматски негативни шеми за светот, но се разликуваат во однос на шемите за себе. Некои индивидуи имаат *негативни претрауматски шеми за светот и за себе*, и за нив доживувањето на траума е во согласност со овие шеми, поради што кај нив не се јавуваат симптоми на повторно доживување на трауматското искуство засновани врз процена, кои следат по обидот да се асимилираат информациите што не се усогласени со шемата. Но, кај нив сепак ќе се јават симптоми на повторно доживување засновани врз асоцијација. Постојат и индивидуи кои *покрај негативните шеми за светот развиле позитивни претрауматски шеми за себе*, како во случај на припадници на служби за итни помош - полицајци, пожарникари, брза помош. Иако овие лица постојано се соочуваат со трауматски искуства што ги потврдуваат негативните шеми за светот, тие се способни да одржат позитивни шеми за себе, за да можат да ја извршуваат својата работа, штитејќи се на тој начин од изразени симптоми на ПТСР. Но, доколку шемите за себе се ригидни, тогаш постои ризик за појава на истакнато ПТСР при соочување со голема неусогласеност меѓу шемите за себе и работното постигнување (на пример, блокада да се дејствува во критична ситуација, што води до негативен исход за себе и за другите).

Критички осврт на теоретските модели

Теориите за ПТСР што се повикуваат на мултипли структури за репрезентација имаат поголема експланаторна моќ, нудат насоки за идни сознанија и подобрување на третманите. Конструктите користени во овие модели се засновуваат врз истражувања од областа на когнитивната невронаука, што овозможува унапредување на сознанијата за психопатологијата и терапијата. Но комплексноста сама по себе не е доволна. На пример, еден од клучните елементи во теориите на шеми е дека психолошките последици од траумата се резултат на екстремно нарушување на постоечките шеми за светот и за себе, но хипотезата за уништените претпоставки не успева да обезбеди емпириски докази дека претходната трауматизација е фактор на ризик за појава на ПТСР при повторно изложување на траума. Наспроти тоа, теоријата за емоционално процесирање успешно објаснува како последователните трауми ги засилуваат и усложнуваат постоечките структури на страв, со што ја зголемуваат веројатноста за појава на ПТСР. Оттука може да се претпостави дека комбинирањето на овие два теоретски приоди може да води до зголемување на опсегот феномени што може да се објаснат со новата теорија на мултипла

репрезентација. Всушност, теоријата на емоционално процесирање може да ги објасни двете патеки што водат до ПТСР, а комбинацијата меѓу теориите на шеми и теоријата на емоционално процесирање не ја зголемува експланаторната моќ. Засега нема јасни докази дека теоријата за двојна репрезентација или моделот ШПААРС можат подобро да ја објаснат психопатологијата и третманот на ПТСР од поедноставните теории.

Сите теоретски модели даваат објаснување за свесното повторно доживување на траумата во форма на преплаувачки, непосакувани мисли или сеќавања. Во рамки на речиси сите модели може да се препознаат три механизми кои го објаснуваат феноменот на преплаување како најпрепознатлива карактеристика на ПТСР.

Првиот механизам е присутен во сите модели, освен во теориите на шеми, а се засновува врз создавањето асоцијативни врски меѓу дразбите што се присутни за време на траумата и одговорите на доживеаниот страв. Варијациите на механизмот вклучуваат асоцијативна поврзаност меѓу потсетниците на траумата и трауматското сеќавање или на значењето на опасноста.

Вториот механизам е специфичен за теориите на шеми и нагласува дека повторното доживување е последица на дискрепанцата меѓу актуелното знаење и претходните шеми за безбедноста и личната компетентност. Симптомите ќе опстојуваат сè додека не се разреши неусогласеноста низ процес на асимилација и/или акомодација.

Третиот механизам го нагласуваат Елерс и Кларк и теориите на мултипла репрезентација, а се засновува врз когнитивните процени на траумата и нејзините последици. Теоријата на емоционално процесирање не се повикува на посебен конструкт за процена, туку го вклучува значењето на настанот и неговите последици директно во структурата на стравот.

Секој од моделите се чини дека соодветно ги објаснува симптомите на преплаување, освен флешбек феномените, што зависи од начинот на кој се дефинира нивната врска со останатите интрузивни сеќавања - дали разликите меѓу нив се квалитативни или квантитативни. На пример, според теориите на мултипла репрезентација флешбековите се посилни верзии на повторно доживување на траумата, поради што го користат истиот механизам за да ги објаснат двата сета симптоми. Наспроти нив, во теоријата на двојна репрезентација и моделот ШПААРС, овие два типа на преплаување се третираат како независни, па според тоа во основата на секој од нив лежат различни системи на помнење.

Активното избегнување на мисли и потсетници на траумата, како метод на справување со повторното доживување на трауматското искуство, е

елемент што е присутен во сите модели. Теоријата на условување, теоријата на емоционално процесирање и моделот на Елерс и Кларк додаваат и втора функција на избегнувањето: спречување на промени во структурата во меморијата што е одговорна за одржување на симптомите на ПТСР. Оваа идеја се појавува и во теориите на мултипла репрезентација во нивното објаснување кој закрепнува по траумата, а кој не закрепнува.

- Слично на тоа, повеќето модели ги толкуваат симптомите на отапеност и дисоцијација како еден вид избегнување што ја намалува акутната вознемиреност, но придонесува за одржување на растројството. Сепак, некои од моделите нудат и поинакви објаснувања за овие феномени. Моделот на Барлоу и Кин ги толкува симптомите на отапеност како избегнување на емоциите, додека Фоа и соработниците сметаат дека отапеноста претставува своевидна аналгезија како последица на доживеан стрес.

Неколку од моделите даваат објаснување и за механизмите и факторите од кои зависи процесот на закрепнување. Теоријата на емоционално процесирање ја нагласува улогата на избегнувањето во спречувањето на можноста да се коригираат сознанијата, додека Елерс и Кларк ја нагласуваат улогата на когнитивните процени и улогата на трауматското сеќавање во одржувањето на симптомите. Сепак, двете теории прават разлика меѓу лицата што закрепнале и оние кои страдаат од хронично ПТСР.

Теориите на мултипла репрезентација нудат покомплексна типологија на закрепнувањето. Потребни се дополнителни истражувања за да се процени дали оваа комплексност го подобрува разбирањето на механизмот вклучен во спонтаното закрепнување.

Сите модели, освен теориите на шеми, нудат објаснување за механизмите што лежат во основата на когнитивно-бихевиоралната терапија за ПТСР. Теоријата на условување ја нагласува улогата на изложувањето во процесот на промена на патолошките асоцијации, додека теоријата на емоционално процесирање ја нагласува улогата на изложувањето и во процесот на промена на дисфункционалните мисли.

ЛОНГИТУДИНАЛЕН ТЕК НА ПОСТТРАУМАТСКИОТ ОДГОВОР

Варијабилната природа на психолошкиот одговор по доживеано трауматско искуство како подолг процес на адаптација го потврдуваат сè повеќе емпириски и клинички наоди. Факт е дека кај најголемиот дел од луѓето изложени на трауматски настани не се јавува долготрајна клинички значајна психолошка дисфункционалност, како и дека кај оние кои развиле хронична форма на посттравматски одговор постојат периоди на ремисија,

кога симптомите исчезнуваат или се присутни во многу редуцирана форма (Ford, 2009b).

Долготрајните последици од трауматизацијата се сложени и вклучуваат и промени во констелацијата на симптомите на ПТСР со текот на времето. Тријадната форма на посттрауматските реакции (преплавување, избегнување и зголемена вознемиреност) не е секогаш присутна истовремено и со еднаков интензитет кај секое трауматизирано лице. На пример, често по повлекувањето на интрузивните сеќавања следи период на интерперсонално отуѓување и емоционална деташираност (McFarlane & Yehuda, 1996).

Мекфарлејн и Јехуда (McFarlane & Yehuda, 1996) сметаат дека лонгитудиналниот тек на посттрауматското страдање треба да се разбере како процес што минува низ неколку фази. Иако можноста да се доживеат многу од потенцијалните трауматски настани е подеднакво непредвидлива за сите (на пример, кога станува збор за природни катастрофи), изложувањето на одделни трауми до одреден степен е детерминирано од поединецот. Оттука хроничното ПТСР, кое трае долги години по доживеаниот настан, веројатно има различни детерминанти од обележјата на страдањето во првите шест месеци по трауматизацијата. Најхроничните форми на ПТСР претставуваат, пред сè, неуспех да се коригира акутниот трауматски одговор непосредно по трауматското искуство.

Во литературата се сретнуваат два модели на траектории на посттрауматска адаптација кои започнуваат со акутниот одговор на траумата. Моделот на Лејн и соработниците (Layne et al., 2008 според Ford, 2009b) е пообеман и опишува по четири типа позитивни и негативни посттрауматски животни траектории: *отпорност на стрес, резилентност, закрепнување и посттрауматски развој* наспроти *интензивен долготраен дистрес, опаѓање, стабилно маладаптивно функционирање и одложен посттрауматски стрес*. Во моделот на Бонано (Bonanno, 2004; Bonanno & Mancini, 2008) претставени се вкупно четири типа траектории, од кои две позитивни - *резилентност* и *закрепнување*, и две негативни - *хронична дисфункционалност* и *одложени реакции*.

Позитивни посттрауматски траектории

Отпорност на стрес (Layne et al., 2008 според Ford, 2009b) - вклучува успешно справување со акутните стресни реакции, така што лицето доживува само кратки и умерени потешкотии во психолошкиот, социјалниот и професионалниот живот. Овој вид одговор е вообичаен по доживување секојдневни животни стресори, кои немаат трауматски обележја и не се

долготрајни. Отпорноста се јавува ретко како посттрауматски одговор и тоа во случаи кога трауматскиот настан е релативно краток и не вклучува интензивно емоционално или физичко страдање (на пример, релативно лесна сообраќајна незгода); кога не вклучува намерен чин на интерперсонално насилство (на пример, случајна повреда); кога трауматскиот настан не предизвикува долготрајни нарушувања на условите за живот (на пример, природна катастрофа без масовни штети и жртви во заедницата) и кога лицето не се чувствува беспомошно и неспособно да се справи со настанот, последиците или сопственото закрепнување (на пример, воено дејствие во кое војникот може да спречи опсада).

Резилиентност (Layne et al., 2008 според Ford, 2009b; Bonanno, 2004; Bonanno & Mancini, 2008) - успешно справување со акутните стресни реакции и со промените во животното функционирање по доживеано трауматско искуство, така што трауматизираното лице може да функционира оптимално и покрај присуството на интензивни посттрауматски реакции. Во оваа траекторија враќањето во емоционална и ментална рамнотежа се случува брзо по доживеаната траума, така што не доаѓа до појава на ПТСР или пак ако ова растројство се развие, тогаш тоа е само минлива и краткотрајна фаза од процесот на закрепнување.

Закрепнување (Layne et al., 2008 според Ford, 2009b; Bonanno, 2004; Bonanno & Mancini, 2008) - траекторија што вклучува развој на ПТСР и/или други посттрауматски последици по што следи враќање во состојба на психолошко здраво функционирање. Закрепнувањето може да се случи спонтано, со постепено „истрошување“ на посттрауматскиот одговор или да биде помогнато со различни видови психосоцијални интервенции.

Посттрауматски развој (Layne et al., 2008 според Ford, 2009b) - поретко препознатлива траекторија што вклучува развој на нови знаења, способности и односи, кои го поттикнуваат процесот на закрепнување и водат до подобро разбирање на сопственото психолошко функционирање, но и до повисок квалитет во интерперсоналните релации.

Негативни или маладаптивни посттрауматски траектории

Интензивен долготраен дистрес (Layne et al., 2008 според Ford, 2009b), односно **хронична дисфункционалност** (Bonanno & Mancini, 2008) - кога акутните стресни реакции на трауматизираното лице се влошуваат и добиваат обележје на ПТСР или друг вид посттрауматски одговор. Ова е всушност класичната форма на ПТСР, каде одеднаш и трајно се намалува способноста на лицето да се справи со последиците од доживеаната траума.

Проследен е често со парализирачко чувство на загуба, паничен страв и неразрешена тага и лутина. Долготрајниот посттравматски стрес е оптоварен со вознемирувачки сеќавања, пренагласени телесни реакции, дури и на слаби стресори и чувство на заробеност од посттравматските симптоми без изгледи за подобрување на состојбата.

Опаѓање (Layne et al., 2008 според Ford, 2009b) - траекторија во која се јавува слично чувство на блокираност од посттравматските последици, но после подолг период (месеци, години, децении по трауматизацијата) на позитивно функционирање (во форма на отпорност или резилентност). Во овој случај ПТСР или проблемите поврзани со него се јавуваат со одложен почеток и водат до значајно и хронично опаѓање на способноста за оптимално функционирање. Оваа траекторија е вообичаена во случаи на кумулативен ефект од трауматизацијата, каде првичните последици поминуваат незабележано, но психолошките снаги и механизмите за справување со траумата постепено се исцрпуваат, сè додека не се доживее настан кој ќе има улога на последна капка што ќе предизвика излевање, односно драстично опаѓање на емоционалните и менталните капацитети.

Стабилно маладаптивно функционирање (Layne et al., 2008 според Ford, 2009b) - животна траекторија карактеристична за трауматизирани лица со претходна историја на психолошки или психијатриски проблеми. Може да вклучува периоди на резилентност или развој и краткотрајно и минливо закрепнување. Најчесто во овие случаи доживувањето на трауматско искуство само ја реактивира или зајакнува постоечката психолошка дисфункционалност.

Одложен посттравматски стрес (Layne et al., 2008 според Ford, 2009b; Bonanno & Mancini, 2008) - претставува нарушување на траекторијата отпорност на стрес. Одложениот почеток на ПТСР може да се јави и после повеќе децении по трауматизацијата. Меѓу потенцијалните ризик фактори се наведува и процесот на стареење како период на спонтано поинтензивно оживување на животните сеќавања, кое може да ги „разбуди“ дотогаш латентните трауматски обележја на многу одамна доживевани стресни настани.

ПРЕВАЛЕНЦИЈА НА ПТСР И ФАКТОРИ НА РИЗИК

Во периодот од 1895 година до 1974 година истражувањето на трауматските последици се фокусираше речиси исклучиво на ефектите на трауматизацијата врз мажите. По воведувањето на дијагнозата ПТСР во формалната психијатриска номенклатура во 1980 година, следел период на

огромен број истражувања за ефектите од траумите врз поединци и заедници, кои го одразуваат биопсихосоцијалниот приод во проучувањето на траумите.

Најважните увиди кои се постигнати во последните три децениции, според ван дер Колк (van der Kolk, 2007) се однесуваат на: (1) разбирање на влијанието на траумата врз голем број развојни компетенции во текот на целиот животен циклус; (2) објаснување на неколку од клучните невробилошки процеси поврзани со трауматизацијата, и (3) систематско истражување на исходите од третманот на различни групи трауматизирани лица.

Епидемиолошките истражувања за ПТСР се фокусираат на три меѓусебно поврзани концепти: преваленција на изложеност на потенцијални трауматски настани, целокупна преваленција на ПТСР во популацијата и преваленција на ПТСР по изложеност на одредена траума (Norris & Slone, 2007). Во сите три случаи, преваленцијата вообичаено се проценува во текот на целиот живот, во текот на последната година или во однос на друг временски период.

Во литературата се среќаваат податоци за различни стапки на преваленција на ПТСР. На пример, во *Повторената национална студија за процена на коморбидитетот* спроведена во САД (Kessler et al., 2005a) била утврдена животно преваленција на ПТСР во општата популација од 6.8%, односно 9.7% кај жените и 3.4% кај мажите, додека актуелната преваленција на ПТСР (во последните 12 месеци) била 3.6%, односно 5.2% кај жените и 1.8% кај мажите (Kessler et al., 2005b).

Европската студија за епидемиологија на менталните растројства, спроведена со случаен примерок од шест европски земји (Шпанија, Италија, Германија, Холандија, Белгија и Франција) во периодот 2001-2003, утврдила пониска стапка на преваленција - 1.9%, односно 0.9% кај мажите и 2.9% кај жените (Frans et al., 2005). Пониска стапка на актуелна преваленција на ПТСР (2.3%), утврдена е и во репрезентативна епидемиолошка студија во Германија (Maercker et al., 2008), а студијата не утврдила разлики во однос на полот. Ниски стапки на преваленција се утврдени и во Нов Зеланд (Kazantzis et al., 2009).

Во однос на зачестеноста на трауматизацијата во општата популација, Кеслер и соработниците (Kessler et al., 2005a), известуваат дека според *Повторената национална студија за процена на коморбидитетот* 51% од мажите и 49% од жените во текот на животот доживеале најмалку еден трауматски настан, а просечниот број доживевани трауми во популацијата е три. Испитаниците со ПТСР во просек доживеале шест трауми, а 75% од

мажите и 25% од жените со ПТСР доживеале најмалку еден трауматски настан во животот. Најчесто доживевани трауматски настани во општата популација биле сведоштво на сериозна повреда или смрт на друго лице, изложеност на природна катастрофа, како и доживување на сообраќајна несреќа опасна за живот. Сепак сите овие настани почесто им се случувале на мажите, отколку на жените.

Дарвес-Борноз и соработниците (Darvas-Bornoz et al., 2008) известуваат дека според *Европската студија за епидемиологија на менталните растројства* 64% од испитаниците во текот на животот биле изложени на најмалку еден трауматски настан. Ризикот на изложеност бил поголем кај мажите во однос на жените. Кај лицата со сегашно ПТСР бројот на доживевани трауми во просек изнесувал 3, наспроти 1.5 во целиот примерок. Стапката на преваленција на сегашно ПТСР изнесувала 1.1%, при што највисока стапка е утврдена во Холандија - 3%, а најниска во Шпанија - 0.6%. Ризикот за појава на ПТСР бил највисок кај лицата кои биле жртви на силување и на физички напад од блиско лице.

Слични наоди се утврдени и во студијата на Бронер и соработниците, спроведена во Холандија (Bronner et al., 2009). Имено, 33% од испитаниците изјавиле дека доживеале трауматски настан барем еднаш во животот, а преваленцијата за сегашно ПТСР изнесувала 3.8%. Настани кои биле најсилно поврзани со појавата на ПТСР биле силувањето и физичкиот напад.

Еден од најзначајните наоди од епидемиолошките истражувања за ПТСР се однесува на поврзаноста меѓу степенот на изложеност на одредена траума и појавата на ПТСР (Vogt, King & King, 2007). Така, во САД, каде изложеноста на трауми во текот на животот е 50-60%, преваленцијата на ПТСР е 7%, додека во Алжир, каде изложеноста е 92%, преваленцијата на ПТСР е 37% (Friedman, Resick & Keane, 2007). Овој вид поврзаност постои независно од видот на траумата, односно дали станува збор за сексуален напад, воен стресор, природна катастрофа или терористички напад. Во земји во кои се водат војни или конфликти, изложеноста на трауми е значајно поистакната и стапката на преваленција се движи од 70-90% (de Jong et al., 2001, според Friedman, Resick & Keane, 2007).

Во САД интерперсоналното насилство, како на пример силувањето, многу почесто води до појава на ПТСР од сообраќајни незгоди. Имено, кај 45.9% од жртвите на силување е утврден ПТСР во споредба со 8.8% од жените жртви на сообраќајни незгоди (Kessler et al., 1995; Resnick et al., 1993, според Friedman, Resick & Keane, 2007). Од друга страна, во земјите во развој

природните катастрофи многу почесто водат до ПТСР, поради широкиот опсег на загуба на ресурси поврзан со ваквиот тип трауми (Norris & Slone, 2007).

Истражувањата спроведени во Северна Америка покажуваат дека само мал дел од лицата изложени на трауматски искуства развиваат комплетна слика на ПТСР (10-20%), што значи дека и покрај големата веројатност да се биде изложен на трауматски настан (50%-90%), сепак стапката на преваленција на појава на ПТСР во текот на животот се движи од 8% до 12% (Norris & Slone, 2007).

Во било кој момент, кај 1-3% од цивилното население и кај повисок процент од популацијата на војници се регистрира актуелно присуство на ПТСР, но кај многу поголем дел од популацијата се присутни симптоми што не го надминуваат клиничкиот праг. Се проценува дека бројот на трауматизирани лица со истакнато парцијално ПТСР е најмалку двојно поголем во однос на оние кои страдаат од комплетно ПТСР. Покрај тоа, важно е да се напомене дека стапките кои се чинат релативно ниски, всушност опфаќаат голем број лица од општата популација. На пример, стапка на преваленција на актуелно ПТСР од 2% регистрирана во област со еден милион жители, упатува на 20.000 илјади активни случаи на кои им е потребен соодветен третман.

Во однос на факторите на ризик за појава на ПТСР литературата е полна со контрадикторни податоци и истражувања во кои се потврдуваат одделни фактори, но и истражувања кои не ги поткрепуваат истите наоди (Duke & Vasterling, 2005; Vogt, King & King, 2007; Keane, Marx & Sloan, 2009).

Сé поголем е бројот на истражувања кои укажуваат дека поврзаноста на факторите на ризик со ПТСР зависи од популацијата што се проучува и од други карактеристики на истражувањето (Brewin et al., 2000; Kazdin et al., 1997, според Vogt, King & King, 2007). Овие наоди упатуваат дека појавата на ПТСР е резултат на повеќе каузални патеки.

Факторите на ризик за појава на ПТСР обично се категоризираат во претрауматски, перитрауматски и посттрауматски.

Претрауматски фактори се:

- *пониската возраст, женскиот пол и претходната историја на трауматизација* (Breslau et al., 1998 и 1999; Breslau, 2009; Halligan & Yehuda, 2000; Perkonigg et al., 2000; Schnurr, Friedman & Bernardy, 2002; Duke & Vasterling, 2005; Vogt, King & King, 2007; Tolin & Foa, 2006; Ford, 2009a),
- *личната или семејна историја на ментални болести* (Breslau, 2009; Schnurr, Friedman & Bernardy, 2002; Vogt, King & King, 2007; Keane, Marx & Sloan, 2009; Duke & Vasterling, 2005; Ford, 2009a),

- понискиот степен на образование, понискиот социоекономски статус, пониските интелектуални способности, припадноста на малцинска група и сл. (Breslau et al., 1998; Breslau, 2009; Halligan & Yehuda, 2000; Vogt, King & King, 2007; Johnson & Thompson, 2007; Keane, Marx and Sloan, 2009; Ford, 2009a).

Иако овие фактори се идентификувани во голем број истражувања, сепак нивната моќ на предикција на појавата на ПТСР е релативно ниска (Friedman, Resick & Keane, 2007). Најголемиот истражувачки интерес во однос на оваа група фактори се чини дека е насочен кон половите разлики. Утврдено е дека полот значајно влијае врз типот на доживеаната траума, социјалните односи што ги одредуваат последиците од изложеноста и врз системите на значење/смила во кои трауматскиот настан се регистрира.

Истражувањата покажуваат дека мажите почесто доживуваат потенцијално трауматски настани, но жените почесто го задоволуваат вториот критериум за доживеан трауматски настан, односно реагираат со страв, ужас и беспомошност (Norris & Slone, 2007). Емпириските наоди, исто така, покажуваат дека жените се изложени на двојно поголем ризик од ПТСР во споредба со мажите, а почесто страдаат и од хронични форми на растројството (Kimerling et al., 2004).

Толин и Фоа (Tolin & Foa, 2006) спровеле мета-анализа на околу 300 истражувања спроведени во првите 25 години по воведувањето на дијагностичката категорија ПТСР и известуваат дека независно од видот на истражувањето, популацијата, видот на процената или други методолошки варијабли, испитаниците од женски пол почесто од испитаниците од машки пол ги задоволуваат критериумите за ПТСР, иако доживуваат помал број трауми. Мажите, покрај тоа, почесто од жените ги доживуваат следните трауми: сообраќајни несреќи, несексуални напади, учество во воени дејствија, катастрофи, пожари, сериозни болести, повреди и сведоштво на смрт или повреда. Иако жените поретко се изложени на вакви настани, тие на нив одговараат со почести и поистакнати посттрауматски реакции од мажите. Од друга страна, жените доживуваат сексуални напади и сексуална злоупотреба во детството почесто од мажите, но анализата не покажала значајни полови разлики во посттрауматската симптоматологија во однос на овие настани (Tolin & Foa, 2006; Tolin & Breslau, 2007).

Дитлевсен и Елклит ги користеле податоците од 25 студии спроведени во Данска, Исланд и Фарските острови со цел да проверат дали постојат полови разлики во преваленцијата на ПТСР кај одделни возрастни категории (Ditlevsen & Elklit, 2010). Утврдиле дека најранлива возраст кај мажите била

категоријата од 41 до 45 години, додека кај жените од 51 до 55 години. Покрај тоа, на сите возрасти, од 13 до 80 години, кај жените била повисока стапката на преваленција во однос на мажите.

Питерс и соработниците (Peters et al., 2006) наведуваат дека можна причина за различните истражувачки наоди во однос на полот како фактор на ризик за појавата и текот на ПТСР, се разликите во американскиот и европскиот дијагностички систем. Ставот го аргументирале со фактот што во *Австралиската национална студија за менталното здравје* не биле утврдени полови разлики според построгите критериуми на ДСМ-4, додека според критериумите на МКБ-10, бил утврден двојно поголем ризик за појава на ПТСР кај жените отколку кај мажите.

Половите разлики може да бидат поистакнати и како резултат на различните начини на кои мажите и жените ги доживуваат и изразуваат емоциите. На пример, жените почесто од мажите доживуваат поинтензивни и понегативни емоции насочени кон себе, како срам, тага и вина, а почесто од мажите користат и стратегии за справување со стрес насочени кон емоциите (Kimerling et al., 2004; Olf et al., 2007). Неодамнешните истражувања упатуваат и на заклучокот дека односот меѓу перитрауматската дисоцијација и развојот на ПТСР е поистакнат кај жените отколку кај мажите. Покрај тоа, постојат и наоди кои упатуваат дека жените подобро реагираат на третманот на ПТСР од мажите (Kimerling, Ouimette & Weitlauf, 2007).

Перитрауматските фактори се однесуваат на природата на трауматското искуство, како и реакциите на него. Типични примери се *степенот на изложеност на траумата, изложеност на човечки леш, дисоцираност, панични напади и други емоционални реакции* (Ozer et al., 2003, според Friedman, Resick & Keane, 2007; Keane, Marx and Sloan, 2009).

Мета-анализите, сепак, покажуваат дека степенот на загрозеност доживеан при изложеноста на трауматскиот настан е умерено поврзан со ризикот од појава на ПТСР (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003, според Vogt, King & King, 2007; Keane, Marx and Sloan, 2009).

Најголем број од истражувањата се фокусирале на идентификација на карактеристиките на трауматскиот настан кои се поврзани со појавата на ПТСР и откриваат дека веројатноста за дисфункционален посттрауматски одговор е поголема доколку се доживеат:

- *настани што вклучуваат повреда* (Acierno et al., 1999; Green, 1990 и 1993; Green, Grace & Gleser, 1985; March, 1993, според Vogt, King & King, 2007; Ford, 2009a; Breslau et al., 1998; Breslau, 2009);

- *брутални настани* (Gallars et al., 1988; Green et al., 1985; Kessler et al., 1995; Laufer, Gallops & Frey-Wouters, 1984, според Vogt, King & King, 2007; Ford, 2009a; Breslau et al., 1998; Breslau, 2009),
- *настани во кои лицето е директно вклучено*, наместо само да сведочи за нив (Breslau et al., 1998; Breslau, 2009; Vogt, King & King, 2007; Ford, 2009a);
- *настани што предизвикуваат емоционална вознемиреност* (King et al., 1995; Solomon, Mikulincer & Hobfoll, 1987, според Vogt, King & King, 2007), особено *дисоцираност* за време на нивното доживување (Bremner & Brett, 1997; Birmes et al., 2003; Ehlers, Mayou & Bryant, 1998; Ozer et al., 2003; Shalev et al., 1996, според Vogt, King & King, 2007);
- *настани што се проследени со доживување умерени животни стресори* (King et al., 1995, според Vogt, King & King, 2007).

Посттрауматски фактори на ризик кои имаат најсилна емпириска поткрепа се:

- *недостаток на социјална поддршка* (Egendorf et al., 1981; Keane et al., 1985; King et al., 1999; Solomon & Mikulincer, 1990; Solomon, Mikulincer & Avitzur, 1988; Solomon, Mikulincer & Flum, 1989; Brewin et al., 2000; Ozer et al, 2003, според Vogt, King & King, 2007; Keane, Marx and Sloan, 2009)
- *изложеност на последователни животни стресори* (Brewin et al., 2000; King et al., 1998, според Vogt, King & King, 2007).

Друга категоризација на факторите на ризик е на психосоцијални, генетски и биолошки (Vogt, King & King, 2007), при што психосоцијалните фактори може да се поделат на карактеристики на трауматскиот настан, претходни искуства на трауматизираното лице и посттрауматски околности.

Шнур, Ланеј и Сенгупта прават дистинкција меѓу фактори на ризик за појава на ПТСР и фактори на ризик за одржување на симптомите. Во однос на опстојувањето на ПТСР утврдиле дека фактори на ризик се актуелната состојба на трауматизираното лице и посттрауматските околности, односно емоционалната состојба, социјалната поддршка и последователните стресни животни настани (Schnurr, Lunney, and Sengupta, 2004, според Friedman, Resick & Keane, 2007).

Ваквите наоди упатуваат на потребата за дополнително разграничување на факторите на ризик во однос на појавата и текот на ПТСР.

КОМОРБИДИТЕТ И КВАЛИТЕТ НА ЖИВОТ

Лицата кај кои е дијагностицирано ПТСР често страдаат и од други психијатриски растројства. Најчесто станува збор за коморбидитет со

афективно или друго анксиозно растројство, како и зависност од алкохол или други супстанции (Duke & Vasterling, 2005). На пример, во *Повторената национална студија за процена на коморбидитетот*, Кеслер и соработниците утврдиле коморбидитет со најмалку едно растројство кај 27% од испитаниците со хронично ПТСР (Kessler et al., 2005b). Австралиската *Национална студија за процена на менталното здравје и добросостојбата* открила дека 85% од мажите со ПТСР и 80% од жените со ПТСР во последните 12 месеци имале најмалку уште едно ментално растројство (Andrews et al., 1999, според Howgego et al., 2005). Стапките на коморбидитет за поединечни растројства кои се сретнуваат во литературата се движат од 7% до 80% и зависат од изборот на инструменти за процена и карактеристиките на примерокот (Duke & Vasterling, 2005).

Во случаи на коморбидитет, покрај тоа, утврдено е дека во отсуство на третман за ПТСР доаѓа до зголемување на интензитетот на симптоматологијата на двете растројства, повисока стапка на хоспитализација, подолготраен третман и послаби изгледи за општо подобрување на здравјето (Howgego et al., 2005). На пример, во една од првите лонгитудинални студии за текот на ПТСР (Zlotnick et al., 1999) во период од 5 години биле спроведувани последователни процени кај лица со анксиозни растројства. Во текот на првите 2 години процените се вршеле на секои 6 месеци, а потоа еднаш годишно. Наодите упатуваат на многу бавен тек на закрепнување од ПТСР во случаи на коморбидитет. Имено, веројатноста за ремисија од хронично коморбидно ПТСР изнесувала само .18 кај пациенти со коморбидитет од најмалку уште едно анксиозно растројство.

Покрај коморбидитетот на план на менталното здравје, присуството на сегашно, а особено на хронично ПТСР, е поврзано и со хронично нарушување на физичкото здравје (Buckley et al., 2004). На пример, Следјески, Спајсман и Диркер (Sledjeski, Speisman & Dierker, 2008) известуваат дека лицата со ПТСР се изложени на највисок ризик за појава на хронични медицински проблеми, како што се различни видови соматски болки, срцеви заболувања и коскено-зглобни заболувања. Кај лицата кои доживеале трауматски настан, а не развиле посттрауматски одговор во форма на ПТСР ризикот за овој вид медицински проблеми бил понизок, додека најниска стапка на болести била утврдена кај лица кои никогаш не биле изложени на трауматизација.

Студиите кои ја проучувале релацијата меѓу квалитетот на животот и посттрауматскиот стрес, потврдуваат поврзаност меѓу ПТСР и понизок квалитет на живот кај воените ветерани (d'Ardenne et al., 2005; Lunney & Schnurr, 2007; Schnurr & Lunney, 2008; Braš et al., 2011), кај бегалци во услови

на војна (d'Ardenne et al., 2005; Araya et al., 2007) и кај жртви на интерперсонално насилство (Johansen et al., 2007). Освен тоа, ПТСР е поврзано и со послабо ментално и физичко здравје, а лицата кои имаат доживеано поголем број трауматски настани имаат особено низок квалитет на живот (d'Ardenne et al., 2005).

Прибе и соработниците ги проценувале ефектите од посттрауматските последици врз квалитетот на животот кај цивилно население во неколку земји од поранешна Југославија изложено на воена трауматизација (Priebe et al., 2009). Стапката на преваленција на сегашно ПТСР, повеќе од 10 години по војната, била исклучително висока (84%), наспроти ниско проценетиот квалитет на животот. Како фактори на ризик за појава на ПТСР се издвоиле повисоката возраст, пониското образование и изложеноста на поголем број трауматски настани, кои биле поврзани и со потежок тек на закрепнување. Присуството на ПТСР и изложеноста на поголем број трауми биле фактори на ризик за понизок квалитет на живот. Испитаниците изјавиле дека се најмалку задоволни од следните области на животот: вработување, финансиска состојба, слободни активности, физичко и ментално здравје. Повисоката возраст, невработеноста и животот во колективен центар биле поврзани со понизок квалитет на живот.

Хаугего и соработниците ја истражувале врската меѓу коморбидитетот на ПТСР со друго ментално растројство и квалитетот на живот (Howgego et al., 2005) и известуваат дека во овие случаи нарушувањето на план на физиолошко и психичко здравје е поголемо во споредба со испитаници кај кои е дијагностицирано само психотично растројство, кое се смета за едно од најонеспособувачките растројства во однос на квалитетот на животот, споредено и со физички болести, но и со општата популација.

Лонгитудиналните студии упатуваат дека иницијалното ПТСР е предиктор за низок квалитет на живот и при последователни процени (Schnurr et al., 2006; Johansen et al., 2007). Дополнителен индикатор за поврзаноста на ПТСР со квалитетот на животот е што третманот на ПТСР, освен специфичната симптоматологија, го подобрува и квалитетот на живот (Schnurr et al., 2006; Lunney & Schnurr, 2007).

ВОЕНА ТРАУМАТИЗАЦИЈА И ДОЛГОТРАЕН ПОСТТРАУМАТСКИ СТРЕС

Војните и воените конфликти претставуваат исклучително трауматски животен контекст, како на индивидуално, така и на колективно ниво. Се проценува дека по Втората светска војна во светски рамки се случиле преку

250 војни и вооружени конфликти, со повеќе од 20 милиони жртви, од кои најголемиот дел цивилно население, десетици милиони повредени, бегалци или раселени (Summerfield, 1997).

Всушност вообличувањето на концептот за ПТСР во најголем дел се должи токму на истражувањата поврзани со последиците од воена трауматизација, иако во првиот период речиси исклучиво кај војници и ветерани. Но, последниве децении во фокусот на научниот интерес се повеќе влегуваат посттравматските одговори на цивилното население изложено на широкиот опсег воени стресори.

Травматските обележја на воените стресори се очигледни: се закануваат на личната безбедност на директен или индиректен и непредвидлив начин. Покрај стресорите кои се директна последица на карактеристиките на војната, како што се учество во воени дејствија, изложеност на физички и оружени напади, гранатирање, бомбардирање, заложништво, измачување, опсегот на трауматизација вклучува и голем број други психосоцијални последици, како присилно напуштање на домот, болести, несоодветни животни услови, загуби на блиски лица како последица на насилство итн. Всушност војната може да биде извор на сите можни видови психолошка трауматизација, чии последици имаат индивидуални специфичности, кои често може да бидат долгорочни.

Актуелните истражувачки напори се фокусираат токму на проучувањето на влијанието на различните видови и комбинации на изложеност на воени трауми врз менталното и физичкото здравје, квалитетот на животот, семејното, интерперсоналното и професионалното функционирање (Ford, 2008). Стапките на преваленција на ПТСР кај лица кои доживеале воена трауматизација се вообичаено повисоки од оние утврдени во општата популација, 15% до 25% наспроти 5% до 10% (Kessler et al., 2005).

Во прегледот на повеќе епидемиолошки студии за ефектите од воената трауматизација кај цивилното население, Мурти (Murthy, 2007) наведува повисоки стапки на преваленција на хронично ПТСР и коморбидитет со други ментални растројства во споредба со студии спроведени во општата популација. На пример, во Виетнам стапката на животна преваленција на ПТСР била 19%, а за хронично ПТСР била 9%. Во Авганистан стапката на сегашно ПТСР изнесувала 20%, при што поголемиот број доживевани трауми бил поврзан со повисоки стапки на посттравматска симптоматологија. Слични наоди се утврдени и во Ирак, Шри Ланка, Сомалија, Либан и Израел.

Рознер и соработниците (Rosner et al., 2003) ги истражувале долготрајните последиците од опсадата на Сараево и утврдиле дека

жителите на градот, во просек, биле изложени на 22 трауми, додека преваленцијата за ПТСР била 19% кај испитаниците од општата популација, 33% кај лицата вклучени во медицински третман и 39% кај лицата вклучени во психолошки третман.

Во студијата на Базоглу и соработниците (Basoglu et al., 2005) со испитаници од три земји од поранешна Југославија (Србија, Хрватска и Босна и Херцеговина), утврдена била стапка на актуелна преваленција на ПТСР од 16% до 34% и на животна преваленција од 30% до 41%. Истражувањето утврдило и дека просечниот број доживени воени трауми бил 13.

Во студија спроведена во Босна и Херцеговина со цел да се процени долготрајната природа на последиците од воената трауматизација, Рингдал, Рингдал и Симкус (Ringdal, Ringdal & Simkus, 2008), известуваат дека кај повеќе од половина од испитаниците бил утврден клинички значаен посттравматски стрес, а бројот на актуелни симптоми бил повисок од 10 кај 6% од испитаниците. Иако студијата немала за цел да ја утврди стапката на преваленција на ПТСР, добиените наоди упатуваат на присуство на хронична дисфункционалност.

Честа воена траума е присилното напуштање на домот, кое е поврзано со повеќе психосоцијални стресори: губење на домот, имотот, социјалната структура и безбедност, нарушување на личниот, социјалниот и економскиот статус, потешкотии со адаптацијата во новата средина, намалени можности за вработување или продолжување на образованието, семејни конфликти итн. Кумулативниот ефект од овие искуства го зголемува ризикот од повторна изложеност на стресори и од појава на последици на план на менталното здравје (Parry-Jones, 1997).

На пример, мета-анализата на Фејзел, Вилер и Данеш (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005), покажала дека кај над 5000 бегалци преселени во Европски земји се утврдени различни стапки на преваленција на ПТСР (од 3% до 44%). Кога ја ограничиле анализата на студии со построг нацрт и со најмалку 200 испитаници, просечната стапка на сегашно ПТСР била 9%. Дополнително, Дјук и Вастерлинг наведуваат повеќе емпириски наоди (Eisenmann, Gelberg, Liu & Shapiro, 2003; Kessler, 2000; Thabet & Vostanis, 1999, 2000; според Duke & Vasterling, 2005) кои покажуваат дека кај бегалци, жртви на политичко или етничко насилство, стапката на ПТСР е повисока во однос на стапката утврдена кај лица кои доживеале трауми карактеристични за западните развиени земји.

Хамид и Муса ги истражувале последиците врз менталното здравје од конфликтот во Дарфур кај 430 внатрешно раселени лица (Hamid & Musa,

2010). Утврдена била висока стапка на преваленција на ПТСР (54%), при што кај жените биле понагласени соматските симптоми во однос на мажите.

Мета-анализата на Портер и Хаслам на 12 истражувања за психолошките последици од присилната миграција како последица на војната во поранешна Југославија покажала дека бегалците страдаат поинтензивно на план на менталното здравје од внатрешно раселените, и дека лицата сместени во колективни центри за време на раселувањето актуелно страдаат поинтензивно од лицата кои биле сместени во приватно сместување (Porter & Haslam, 2001)

Правејќи преглед на лонгитудинални студии за развојот и одржувањето на ПТСР по воена трауматизација во цивилно население, Џонсон и Томсон (Johnson & Thompson, 2007) известуваат дека најчесто потврдени фактори на ризик за одржувањето на посттрауматската симптоматологија кај бегалци или раселени лица биле невработеноста, отсуството на социјални контакти и на социјална поддршка како постмиграциски стресори.

Долготрајните последици по менталното здравје и квалитетот на живот по воена трауматизација се проценувани и во Македонија. Во рамки на меѓународниот истражувачки проект CONNECT во 2005 година беа спроведени структурирани интервјуа со 607 испитаници на возраст од 20 до 65 години, извлечени од популација изложена на потенцијални трауматски настани поврзани со воениот конфликт во Македонија во 2001 година. Речиси сите испитаници беа од македонска и албанска етничка припадност. Наодите упатуваат дека покрај очекуваниот процес на закрепнување, кај голем дел од трауматизираните лица не доаѓа до опаѓање на посттрауматската симптоматологија, дури и по четири години од завршувањето на конфликтот (Наумова, 2008).

Процената на посттрауматскиот одговор на доживеаните трауматски искуства откри дека кај одреден дел од трауматизираните лица процесот на посттрауматско закрепнување е попречен и долготраен. Имено, дури третина од трауматизираните лица во текот на животот ги задоволувале критериумите за посттрауматско стресно растројство, а кај 9% ова ментално растројство имало хроничен тек.

Истражувањето покажа и дека психолошкиот одговор на трауматизацијата често ги надминува границите на типичните посттрауматски симптоми и предизвикува поширок спектар на промени во менталното здравје. Кај лицата со ПТСР утврдено е клинички значајно ниво на актуелни посттрауматски стресни реакции и на други психопатолошки симптоми (соматизација, опсесивност-компулсивност, аксиозност, депресивност). Овие

лица, покрај тоа, се изложени и на повисок ризик за коморбидитет. Имено, кај 59% од нив утврдено е најмалку уште едно ментално растројство (најчесто растројства во расположението).

Потврдени беа и постоечките сознанија дека раселувањето е значаен предиктор за појава на ПТСР. Лицата кои биле раселени за време на конфликтот беа изложени на речиси тројно повисок ризик за појава на ПТСР во споредба со лицата кои не ги напуштиле своите домови во текот на конфликтот.

Истражувањето покажа и дека хроничното ПТСР има силно деструктивно влијание врз квалитетот на животот. Имено, лицата со актуелно ПТСР беа помалку задоволни од повеќето области од животот: финансиската состојба, бројот и квалитетот на пријателствата, активностите во слободното време, сместувањето, личната безбедност, сексуалниот живот, физичкото и менталното здравје.

Квалитетот на животот на овие лица беше дополнително оптоварен со објективни егзистенцијални проблеми, како висока стапка на невработеност и лоша финансиска состојба, што им оневозможува пристап до адекватен третман и прави повратна негативна врска меѓу нискиот квалитет на живот и посттрауматската симптоматологија.

Ова истражување покажа и дека доживеаните воени стресори се примарни фактори за процесот на посттрауматското закрепнување, одделни демографски варијабли (пред се, женскиот пол, повисоката возраст и етничката припадност) се фактори на ризик за различни проблеми со менталното здравје и за понизок квалитет на живот, и дека поистакнати психопатолошки симптоми се фактор на ризик за низок квалитет на животот.

ТРАЕКТОРИИ НА ПОСТТРАУМАТСКИ СТРЕС

Бројот на проспективни студии што ги истражуваат особеностите на траекториите на ПТСР се зголемува последнава деценија. Најчесто периодот на следење на текот на посттрауматската симптоматологија се движи од неколку месеци до неколку години. Ретки се лонгитудиналните студии во рамки на кои се извршени последователни процени во интервал од една, две или повеќе децении.

Една таква студија е истражувањето на Јехуда и соработниците кое опфаќа две процени во период од 10 години кај 40 преживевани од холокаустот (Yehuda et al., 2009). При првата процена кај испитаниците било проценето присуството на сегашно и на минато ПТСР, така што според наодите од втората процена испитаниците биле поделени во пет групи:

отпорни (минато ПТСР, без ПТСР, без ПТСР), рана резилентност (ПТСР, без ПТСР, без ПТСР), доцна резилентност (ПТСР, ПТСР, без ПТСР), одложен почеток (без ПТСР, без ПТСР, ПТСР) и хронична сиптоматологија (ПТСР, ПТСР, ПТСР).

Во примерокот како целина била утврдена силна поврзаност меѓу истакнатоста на инструзивните симптоми при двете процени, што укажува на стабилен карактер на овие реакции. Наспроти тоа, не била утврдена значајна поврзаност меѓу истакнатоста на симптомите на избегнување и зголемена вознемиреност при двете процени, што упатува на тоа дека тоа се состојби кои флукутираат. Во однос на промените во сиптоматологијата меѓу двете процени, утврден бил значаен пад во симптомите на преплавување кај петте групи испитаници. Не биле утврдени промени во истакнатоста на психопатолошките симптоми при втората процена. Разгледувајќи ги подетално особеностите на посттрауматските одговори на групата со одложено ПТСР авторите сметаат дека одложениот почеток всушност се должи на промена во дистрибуцијата на постоечките симптомите, а не во појава на нови симптоми. Дополнителна поткрепа на ова објаснување е фактот што таа група испитаници биле неодамна изложени на трауматска загуба на блиско лице.

Соломон и Микулинцер (Solomon & Mikulincer, 2006) ги проучувале психопатолошките ефекти од учество во воени дејствија кај повеќе од 200 ветерани од војната во Либан. Нивното ментално здравје било проценувано во четири наврати: 1, 2, 3 и 20 години по војната. Ветераните кај кои била утврдена поистакната стресна реакција по учеството во воени дејствија биле изложени на 7 пати поголем ризик за присуство на ПТСР при сите процени и имале поистакнати симптоми на ПТСР. Во целиот примерок стапката на ПТСР опаднала 3 години по војната, а потоа 17 години подоцна повторно се зголемила. Утврдена била и траекторија на одложено ПТСР.

Слична студија со тројно поголем примерок спровеле Соломон, Хореш и Ејн-Дор (Solomon, Horesh & Ein-Dor, 2009), но со цел да ја проучат заемната поврзаност меѓу трите кластери симптоми на ПТСР. Ветераните биле проценувани 1, 2 и 20 години по војната во Либан. Утврдена била значајна поврзаност на трите групи симптоми при трите процени, при што реакциите на избегнување биле најстабилни. Истакнатоста на симптомите на зголемена вознемиреност една година по војната била значаен предиктор за другите две групи симптоми при следните процени.

Гинзбург и Соломон кај истиот примерок испитаници подетално ги разгледувале траекториите на посттрауматските реакции и нивната

поврзаност со соматизацијата (Ginzburg & Solomon, 2011), повторно во четири наврати во интервал од 20 години по војната и известуваат дека поистакнатата стресна реакција по учество во воени дејствија е предиктор за соматизација првите години по војната, а при последната процена трендот е обратен.

Оркут, Ериксон и Волф го следеле текот на симптомите на ПТСР кај воени ветерани во период од шест години (Orcutt, Erickson & Wolfe, 2004). Иако утврдиле дека испитаниците во просек доживувале слабо истакната посттрауматска симптоматологија, откриле две различни траектории. Првата ја карактеризирале слабо истакнати симптоми на ПТСР со минимално зголемување со текот на времето. Во оваа група спаѓале 57% од испитаниците. Втората траекторија ја карактеризирале високо истакнати иницијални симптоми на ПТСР кои значајно и нагло се зголемиле со текот на времето. Во оваа група припаѓале останатите 43% од примерокот. Фактори на ризик за развој на ваква посттрауматска траекторија биле женскиот пол, припадност на етничко/расно малцинство, пониско образование и изложеност на воени дејствија.

Кај голем примерок составен од околу 8000 војници кои еднаш или повеќепати учествувале во воените операции во Ирак и Авганистан, Бонано и соработниците (Bonanno et al., 2012) ги проценувале траекториите на посттрауматска симптоматологија пред тие да бидат распределени и во уште два наврати во интервал од три години по враќање од мисијата. Најчестата траекторија била ниско истакната и стабилна симптоматологија или резилентност (утврдена кај преку 80% од испитаници). Во многу помал процент биле присутни умерено истакната симптоматологија со подобрување, хронична симптоматологија што се влошува, силно истакната и стабилна симптоматологија, и силно истакната симптоматологија со подобрување.

Како дополнување ќе го наведеме и наодот од студијата на Дикстајн и соработниците кои кај над 600 американски војници стационирани во Косово во четири наврати ги проценувале посттрауматските последици, неколку недели пред до девет месеци по враќањето од мисијата и утврдиле и траекторија што не ја наведуваат други автори, а тоа е неосвестена анксиозност, односно диспозиција за поистакнати стресни реакции при соочување со траума (Dickstein et al., 2010).

Далекусежните последици од заложништвото како воена траума се проучувани во неколку проспективни студии. На пример, Спид и соработниците (Speed et al., 1989) интервјуирале шеесетина ветерани од Втората светска војна, кои биле на возраст од 19 до 35 години кога биле

заробени. Половина од нив ги задоволувале дијагностичките критериуми за ПТСР една година во враќањето во татковината, а кај речиси третина било утврдено хронично ПТСР и 40 години подоцна. Најсилен предиктор за истрајноста на симптомите била изложеноста на мачење за време на заложештвото.

Соломон и соработниците, пак, во интервал од 35 години во три наврати ги проценувале посттравматските симптоми кај 164 поранешни воени затвореници од војната во Израел и контролна група од 185 војници (Solomon et al., 2012). Кај поранешните воени затвореници биле утврдени повисоки стапки на ПТСР при сите процени. Кај овие испитаници најчеста била траекторијата одложено ПТСР, додека во контролната група преовладувала резилентната траекторија. Кај војниците, освен тоа, била утврдена релативно стабилна стапка на ПТСР, додека кај поранешните затвореници постоело нагло зголемување на стапката при втората процена, по што следело стабилизирање.

Лонгитудиналниот тек на посттравматска адаптација кај бегалци го истражувала Ли (Lie, 2002) во студија со две последователни процени во интервал од 3 години, спроведени во примерок од 240 испитаници. Утврдено било значајно зголемување на истакнатоста на симптомите на ПТСР при втората процена, а фактори на ризик за хронична траекторија биле изложеност на трауми опасни по живот, невработеност и неможност да се соединат членовите на семејството.

Војвода и соработниците (Vojvoda et al., 2008) спровеле проспективна студија со бегалци од Босна преселени во САД, чиј процес на посттравматска адаптација го следеле во период од три и пол години. Утврдиле дека стапките на сегашно ПТСР се намалувале при секоја следна процена, но при последната процена 24% од испитаниците сè уште ги задоволувале дијагностичките критериуми за ПТСР. Во текот на целиот период кај испитаниците биле најистакнати симптомите на преплавување. Не биле утврдени разлики во бројот на трауми кои ги доживеале жените и мажите, но кај жените при трите процени во периодот на следење степенот на истакнатост на посттравматската симптоматологија бил секогаш повисок во споредба со мажите. Оваа разлика била статистички значајна при последната процена, кога кај жените симптомите на ПТСР биле 2.5 пати поистакнати отколку кај мажите. Покрај тоа, жените биле изложени на 5 пати повисок ризик за појава на ПТСР.

Посттравматските траектории последниве години се проучуваат и кај цивилно население изложено на различни видови насилство. МекГиган и

Шевлин, на пример, спровеле лонгитудинална студија со шеесетина членови на семејства на жртви и ранети во масакрот наречен *Крвава недела*, што се случил во Северна Ирска во 1972 година (McGuigan & Shevlin, 2010). Испитаниците биле поделени во четири групи според степенот на изложеност и видот на трауматизацијата, а процените се спровеле во четири наврати во период од четири и пол години. Утврден бил пад во истакнатоста на симптоматологија на ПТСР во сите групи, при што постоеле варијации во траекториите.

Боскарино и Адамс ги проучувале појавата и текот на ПТСР по уривањето на кулите од Светскиот трговски центар (СТЦ) во Њујорк (Boscarino & Adams, 2009). Проспективната студија вклучила интервјуирање на над 2.300 испитаници една година по настанот и последователна процена две години по настанот. Според задоволувањето на критериумите за ПТСР наведени во ДСМ-4 дефинирани биле четири траектории: резилентност, ремисија, одложен почеток и долготрајност, кои често се идентификувани и во други студии (на пример, Norris, Tracy & Galea, 2009). Проверката на факторите на ризик укажала дека испитаниците што биле во фаза на ремисија во споредба со резилентните испитаници почесто биле од женски пол, доживеале поголем број трауматски настани во животот и имале претходна историја на проблеми со менталното здравје. Испитаниците кај кои бил утврден одложен почеток почесто биле припадници на етнички малцинства и доживеале поголем број трауматски настани во животот. Сличен бил профилот на случаите со хронично ПТСР, но кај овие испитаници бил утврден и повисок степен на изложеност на уривањето на кулите од СТЦ. При втората процена степенот на изложеност на трауми поврзани со уривањето на кулите станал значаен предиктор и за траекторијата на ПТСР во групата што била во ремисија.

Слична проспективна студија спровеле Нериа и соработниците (Neria et al., 2010), но со пет пати помал примерок, а процените биле извршени после една и после четири години по терористичкиот напад во Њујорк. Утврдено било значајно намалување на стапката на ПТСР, од 10% на 4%. Најсилен предиктор за ПТСР била претходната историја на проблеми со менталното здравје, особено во групата на испитаници со одложено ПТСР.

Хобфол и соработниците (Hobfoll et al., 2009) ги следеле траекториите кај над 700 Евреи и Арапи во Израел во два наврати, во период од една година, во кој испитаниците биле изложени на повеќе терористички и воени напади. Отпорната траекторија била идентификувана кај 22% од испитаниците, резилентната кај 13.5%, одложената кај 10%, а најчеста била

хроничната траекторија (54%). Фактори на заштита кои се издвоиле биле помалку губитоци на психосоцијални ресурси и статус на етничко мнозинство.

Повеќе студии ги проучувале и долготрајните посттрауматски одговори поврзани со изложеност на несреќи или природни катастрофи. На пример, проучувајќи го процесот на закрепнување по ураганот Катрина во САД, МекЛафлин и соработниците (McLaughlin et al., 2011) известуваат дека во случаен примерок на испитаници интервјуирани по телефон 7-19 месеци по ураганот и потоа повторно 24-27 месеци подоцна, стапката на ПТСР се зголемила од 17% на 29%, иако 39% од трауматизираните лица биле во ремисија при втората процена. Во просек времето потребно за закрепнување кај овие испитаници изнесувало 16.5 месеци. Фактори на ризик кои го забавувале текот на закрепнувањето биле изложеност на настан опасен за живот, лоши животни услови и високи лични приходи.

Во една од првите проспективни студии за ПТСР, Грин и соработниците во два наврати во интервал од 17 години го оцениле менталното здравје кај 99 млади возрасни кои како деца, во 1972 година, биле изложени на една од најсмртоносните поплави во историјата на САД, во градот Бафало Крик (Green et al., 1994). Утврдено било опаѓање на истакнатоста на психопатолошките симптоми при втората процена, но и појава на нови симптоми (зависност од супстанции и суицидалност). Стапката на ПТСР, исто така, значајно опаднала, од 32% на 7%. Испитаничките биле изложени на повисок ризик од развој и хроничност на ПТСР.

Јул и соработниците (Yule et al., 2000) известуваат за поинакви траектории следејќи ги посттрауматските промени кај 217 млади кои преживеале бродска несреќа. Процените биле извршени 5 и 8 години по несреќата. Над половина од испитаниците развиле ПТСР по несреќата, при што само кај 10% од нив почетокот на симптоматологијата бил одложен. Третината од испитаниците со ПТСР закрепнале една година подоцна, додека кај една третина ПТСР развил хронична форма.

Наодите од студиите кои ги проучувале траекториите на посттрауматскиот стрес по повреда што не е последица на насилство или по други видови траума се слични на претходно наведените. Имено, резилентната траекторија е почеста од хроничната, а факторите на ризик варираат во зависност од типот на трауматизацијата, односно изборот на примерокот (Ginzburg et al., 2003; O'Donnell et al., 2007a; deRoos-Cassini et al., 2010; Sveen et al., 2011).

Иако емпириските наоди упатуваат дека истакнатоста на перитрауматскиот стрес е значаен предиктор за текот на ПТСР (Galatzer-Levy

et al., 2011), по спроведена мета-анализа на 22 студии, Тиломас и соработниците (Tilomas, Saumier & Brunet, 2012) известуваат дека поврзаноста меѓу истакнатоста на перитрауматскиот стрес и симптомите на ПТСР е значајна за целиот временски период на проверка, но сепак постои тенденција на опаѓање како што се зголемува временскиот период меѓу доживувањето на траумата и процената на ПТСР. Тоа укажува на постоење на други фактори кои можат подобро да ја објаснат долготрајната траекторија на симптомите на ПТСР (O'Donnell et al., 2007b).

ИСТРАЖУВАЊЕ

Проблем на истражувањето

Проспективното следење на текот и промените во посттрауматските последици кај лицата со долготраен посттрауматски стрес утврдени во истражувањето за кое известува Наумова (2008) може да овозможи откривање на различни траектории на посттрауматска адаптација, како и утврдување на фактори на ризик кои влијаат врз процесот на одржување на посттрауматската симптоматологија.

Оттука основното прашање на кое ова истражување ќе се обиде да даде одговор е: *Како тече процесот на закрепнување кај лицата со долготраен посттрауматски стрес и кои фактори го определуваат овој процес?*

Посебни прашања на кои истражувањето, исто така, ќе се обиде да одговори се:

- *Дали постојат разлики во менталното здравје и квалитетот на живот меѓу лицата со хронично ПТСР и лицата со долготраен посттрауматски стрес, но без ПТСР?*
- *Кои се претрауматските, перитрауматските и посттрауматските фактори на ризик за долготраен посттрауматски стрес?*
- *Дали постои поврзаност на одделни групи посттрауматски стресни реакции, како и на истакнатоста на проблемите со менталното здравје, со различните траектории на посттрауматски одговори?*

Хипотези

Во функција на целите на истражувањето, поставени се следните хипотези:

- X_1 *Лицата со хронично ПТСР доживуваат поистакнати посттрауматски симптоми, проблеми со менталното здравје и имаат понизок квалитет на живот од лицата со долготраен посттрауматски стрес, но без ПТСР*
- X_2 *Женскиот пол, повисоката возраст, пониското образование и невработеноста се перитрауматски фактори на ризик за хроничен тек на посттрауматско закрепнување*
- X_3 *Раселувањето е перитрауматски фактор на ризик за хроничен тек на посттрауматско закрепнување*
- X_4 *Изложеноста на поголем број трауми во текот на животот е фактор на ризик за хроничен тек на посттрауматско закрепнување*

X₅ *Поголемата истакнатост на посттрауматските реакции, на проблемите со менталното здравје и коморбидитетот се поврзани со хроничен тек на посттрауматско закрепнување*

МЕТОД

Испитаници

Истражувањето вклучува три процени на менталното здравје и квалитетот на живот кај лица со посттрауматско стресно растројство (ПТСР) и две процени кај лица со долготраен посттрауматски стрес (ПТС), но без ПТСР. Иницијалната проценка е спроведена во рамки на проектот CONNECT (Priebe et al., 2004) во периодот април-декември 2005 година, при што беа идентификувани лица со долготраен посттрауматски стрес поврзан со воениот конфликт во Македонија од 2001 година, чие посттрауматско закрепнување во ова истражување е проценувано уште еднаш, односно два пати.

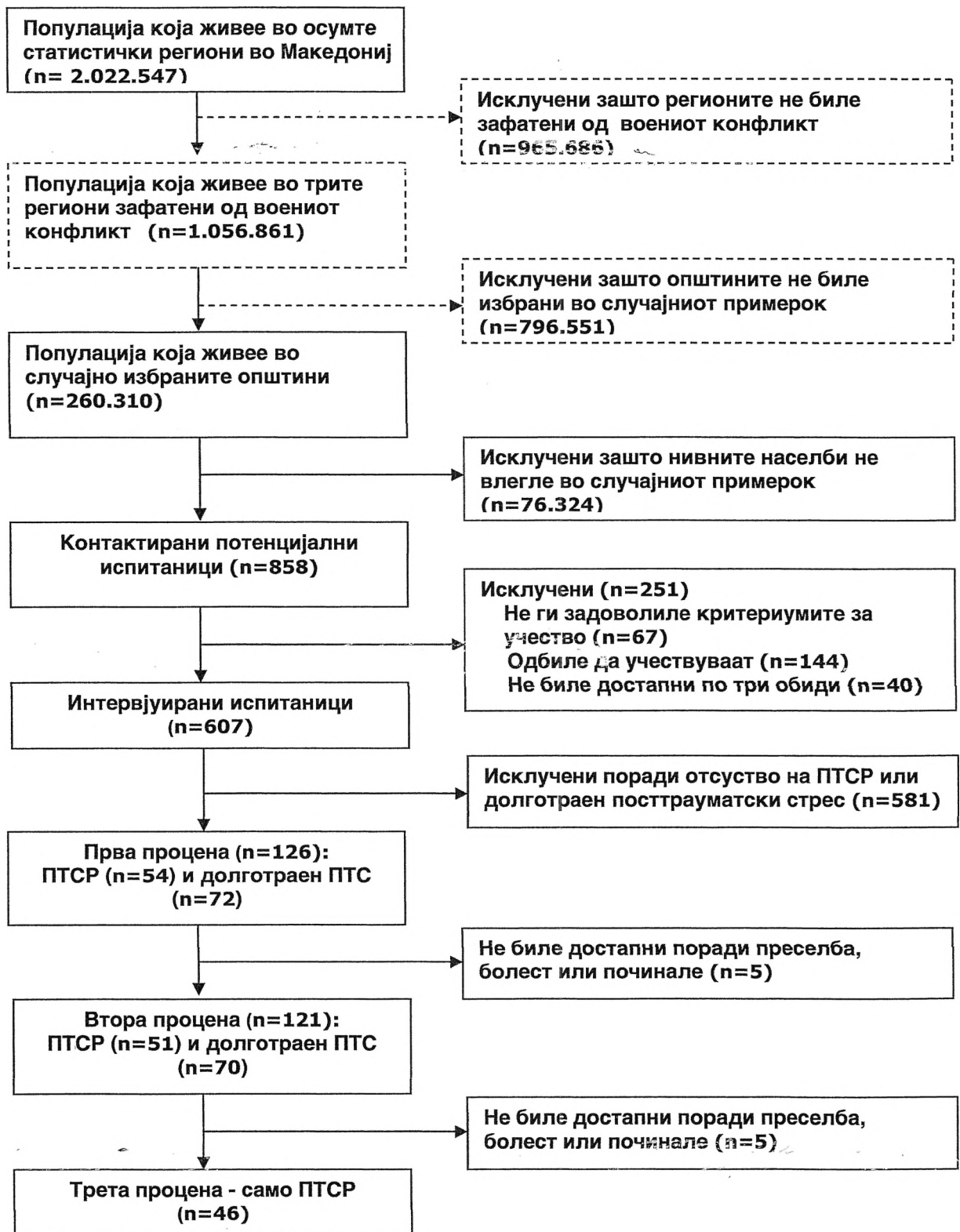
Примерокот во првата студија беше формиран со комбинација на кластерскиот метод и постапката на случајно движење. Составен беше од 607 испитаници, на возраст од 20 до 65 години. Постапката за избор на испитаниците е детално опишана на друго место (Наумова, 2008), а фазите се накратко претставени на Слика 1.

Во рамки на иницијалната студија беа идентификувани 126 лица со долготраен посттрауматски стрес, од кои кај 54 беше утврдено присуство на ПТСР, а кај 72 беше утврдено присуство на клинички значаен посттрауматски стрес (скор на IES-R повисок од 22), иако не ги задоволуваа дијагностичките критериуми за ПТСР.

Во првата последователна проценка што се спроведе една година по иницијалната студија (октомври-декември 2006 година), беа интервјуирани 121 од 126 испитаници со долготраен посттрауматски стрес. Пет испитаници беа изгубени од различни причини: еден поради преселба во друга држава, еден поради преселба без можност да биде лоциран, еден поради мозочен удар и загуба на способноста за говор, а двајца испитаници починале од хронични болести.

Втората последователна проценка се спроведе четири години подоцна (декември 2010 година), односно девет години по завршувањето на воениот конфликт и ги вклучуваше само лицата кај кои во иницијалната студија беше утврдено присуство на актуелно ПТСР. Контактирани беа 51 испитаник (3 се осипаа при првата последователна проценка), од кои 46 беа интервјуирани. Во последната фаза беа изгубени повторно пет испитаници: еден се преселил во

друга држава, двајца беа хронично болни и двајца починале во периодот по второто интервју.



Слика 1. Фази во изборот на испитаниците

Испитаниците беа интервјуирани во нивните домови, од страна на обучени интервјуери - психолози. Интервјуто се водеше на мајчиниот јазик на испитаникот (македонски, албански или српски). Интервјуата, во просек, траеја по еден час. Во трите наврати е користена истата батерија инструменти. Од секој од потенцијалните испитаници е добиена писмена информативна согласност за учество во трите процени.

Инструменти

Инструментите користени во ова истражување беа преведени и адаптирани од страна на истражувачкиот тим на проектот CONNECT во Македонија:

Прашалник за социодемографски податоци за прибирање основни демографски податоци (пол, возраст, националност, образование, работен и брачен статус, занимање, финансиска состојба, членови на домаќинство, станбени услови и сл.). Прашалникот вклучува и податоци за воени искуства (активно учество во конфликтот, присилна миграција, актуелен легален статус).

Ревидирана листа на животни стресори (Life Stressor Checklist-Revised, LSCL-R) - наменета за процена на потенцијални трауматски настани доживевани во различни периоди од животот. Со инструментот се проценува дали испитаниците доживеале еден или повеќе од 20 настани, кои според ДСМ-4 се дефинираат како трауматски, како на пример: тешка физичка повреда, физички напад, природна катастрофа итн. За секој од доживеаните настани се бележат следните податоци: колку пати бил доживеан; годината кога бил доживеан (за прв пат, за последен пат и за најстресното доживување - во случај на мултипла траума); времетраењето на настанот (проценето во денови); како и степенот на трауматизација што го предизвикал доживеаниот настан во времето на случување (се проценува на петостепена Ликертова скала, каде 0=воопшто не ме вознемири, а 4=премногу ме вознемири, едвај издржав). Инструментот е конструиран за потребите на иницијалното истражувањето од страна на меѓународниот истражувачки тим вклучен во проектот CONNECT, но се засновува на слични инструменти наменети за процена на изложеност на трауматски настани (Norris & Hamblen, 2004).

Кратко меѓународно невропсихијатриско интервју (Mini International Neuropsychiatric Interview - MINI, Sheehan et al., 1998) - структурирано интервју за процена на менталното здравје во моментот на испитувањето и во минатото. Опфаќа квалитативна процена на 20 главни ментални растројства според критериумите на ДСМ-4 и МКБ-10, и тоа: растројства на

расположението; анксиозни растројства; психотични растројства; растројство на личноста, соматоформно растројство и растројства поврзани со употреба на алкохол и психоактивни супстанции. За процена на секое растројство се понудени две до четири скрининг прашања, како и прашања за процена на поединечни симптоми кои се поставуваат единствено ако се одговорени потврдно скрининг прашањата. На сите прашања се одговара со ДА/НЕ одговор.

Краток инвентар на симптоми (Brief Symptom Inventory - BSI, Derogatis, 1983) е инструмент наменет за процена на менталното здравје. Инвентарот се состои од 53 тврдења, а содржи девет супскали за процена на степенот на истакнатост на девет групи психолошки проблеми. Процената на симптомите се однесува на последните седум дена (вклучувајќи го и денот на интервјуирањето), а се врши со петстепенa Ликертова скала за одговори, каде 0=симптомот воопшто не ме вознемирува, а 4=премногу ме вознемирува.

Опис на супскалите:

- *Соматизација* е скала со која се проценува вознемиреноста предизвикана од доживувањето одредени телесни симптоми, како на пример, кардиоваскуларни, гастроинтестинални и респираторни симптоми. Скалата е составена од седум тврдења.
- *Опсесивност-компулсивност* е скала за процена на мисли и однесувања кои испитаникот ги доживува како непосакувани и повторувачки, а кои не може да ги контролира. Скалата е составена од шест тврдења.
- *Интерперсонална сензитивност* е скала за процена на чувства на неадекватност, инфериорност и изразена непријатност во интерперсоналните интеракции. Скалата е составена од четири тврдења.
- *Депресија* е скала што вклучува процена на симптоми на дисфорично расположение, намален интерес за животните активности, недостаток на мотивација, чувства на безнадежност и суицидални идеи. Скалата е составена од шест тврдења.
- *Анксиозност* е скала со која се проценуваат симптоми на општа вознемиреност, напнатост, паничен страв и соматски симптоми. Скалата е составена од шест тврдења.
- *Хостилност* е скала за процена на мисли, чувства и однесувања карактеристични за агресивност, иритабилност, бес и огорченост. Скалата е составена од пет тврдења.
- *Фобична анксиозност* е скала со која се проценува состојба на постојан

страв - од одредено лице, место, објект или ситуација - кој е ирационален и предимензиониран во однос на дразбата што го предизвикува, и води до нејзино избегнување. Скалата е составена од пет тврдења.

- *Параноидна идеација* е скала за процена на параноидно однесување, кое е, пред сè, резултат на растројство во мислењето. Вклучува симптоми како проективни мисли, хостилност, сомничавост, чувство на грандиозност и налудничави идеи. Скалата е составена од пет тврдења.
- *Психотицизам* е скала конструирана за процена на континуум однесувања, која вклучува симптоми на умерена интерперсонална отуѓеност, како индикатор за шизоиден животен стил, но и симптоми на шизофренија, како халуцинации и контрола врз мислите. Скалата е составена од пет тврдења.

Оценувањето на супскалите се врши преку пресметување аритметичка средина од сумата на одговори за одредена симптоматска димензија. Оттука, најнизок можен скор на супскалите е 0, а највисок можен скор е 4. Повисок скор укажува на поистакнато присуство на симптомите, а понизок скор на помалку истакнато присуство на симптомите.

Покрај процена на поединечни симптоматски димензии, инвентарот овозможува и три глобални процени на менталното здравје, преку пресметување на следниве индекси:

- *Индекс на општа истакнатост на симптоми* (Global Severity Index, GSI) го претставува просечниот скор на ниво на целиот инвентар, кој се пресметува како аритметичка средина од сумата на одговори на супскалите и на четири дополнителни тврдења што не се вклучени во ниедна супскала. Најнизок можен скор на овој индекс е 0, а највисок можен скор е 4. Повисок скор укажува на поистакнато општо присуство на симптоми кај испитаникот, а понизок скор на помалку истакнато присуство на симптоми.
- *Вкупен број на позитивни симптоми* (Positive Symptom Total, PST) го претставува бројот на тврдења на кои испитаникот одговорил потврдно, односно со одговор поголем од 0. Најнизок можен скор на овој индекс е 0, а највисок можен скор е 53. Повисок скор укажува на присуство на поголем број симптоми кај испитаникот, независно од нивниот интензитет, додека понизок скор укажува на присуство на помал број симптоми.

- *Индекс на вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми (Positive Symptom Distress Index, PSDI)* претставува количник од сумата на позитивно одговорените тврдења и вкупниот број позитивни симптоми (индексот PST). Најнизок можен скор на овој индекс е 0, а највисок можен скор е 4. Повисок скор укажува на повисок степен на вознемиреност кај испитаникот предизвикана од симптомите кои актуелно ги доживува, додека понизок скор укажува на понизок степен на вознемиреност од истите.

Релијабилноста, валидноста и применливоста на *Краткиот инвентар на симптоми* досега се проверувани во над 400 истражувања. Во истражувањето на Наумова (2008) добиен е следниот алфа коефициент на релијабилност на скалата $\alpha=.94$.

Ревидирана скала за влијание на настанот (Impact of Event Scale-Revised, IES-R, Weiss, 2004) е еден од најчесто користените инструменти за процена на актуелната истакнатост на симптомите на посттрауматски стрес. Скалата претставува дополнета и ревидирана верзија на скалата IES, конструирана од Марди Хоровиц во 1979 година. Составена е од 22 тврдења, кои сочинуваат три супскали со кои се проценуваат трите групи симптоми на ПТСР: преплавување (составена од 8 тврдења), избегнување (составена од 8 тврдења) и зголемена вознемиреност (составена од 6 тврдења).

Процената на симптомите се однесува на последните седум дена пред испитувањето, а се врши со петстепенa Ликертова скала за одговори, каде 0=*симптомот воопшто не ме вознемирува*, а 4=*премногу ме вознемирува*. Скоровите на супскалите се пресметуваат како аритметички средини од сумите на одговори на тврдењата што ги сочинуваат. Затоа, најнизок можен скор на супскалите е 0, а нависок можен скор е 4. Повисок скор укажува на зголемено присуство на посттрауматски симптоми кај испитаникот, додека понизок скор укажува на помалку истакнато присуство на посттрауматски симптоми.

Скалата овозможува и глобална процена на актуелниот посттрауматски стрес, преку пресметување на просечен вкупен скор на ниво на целата скала.

Вајс и Мармар (Weiss & Marmar, 1997) ги наведуваат следните алфа коефициенти на релијабилност на супскалите добиени во нивните истражувања со четири различни примероци испитаници: $\alpha=.87-.92$ за преплавување, $\alpha=.84-.86$ за избегнување и $\alpha=.79-.90$ за преголема вознемиреност. Во истражувањето на Наумова (2008) се добиени следните алфа коефициенти: $\alpha=.92$ за преплавување, $\alpha=.90$ за избегнување и $\alpha=.89$ за

преголема вознемиреност

Манчестерски краток прашалник за проценка на квалитетот на животот (Manchester Short Assessment of Quality of Life - MANSA, Priebe et al., 1999). Составен е од 16 прашања, од кои 4 го испитуваат објективниот квалитет на животот, а 12 го проценуваат субјективното задоволство од различни области на животот. Објективните показатели на квалитетот на животот се: имање близок пријател, средба со пријател изминатата недела, да се биде обвинет за криминално дело последната година, да се биде жртва на физичко насилство последната година. На овие прашања се одговара со ДА/НЕ одговор. Субјективните показатели за квалитетот на животот опфаќаат проценка на задоволството од: животот во целина, работата, финансиската состојба, пријателствата, активностите во слободното време, сместувањето, личната безбедност, луѓето со кои лицето живее, односите со семејството, сексуалниот живот и сопственото физичко и ментално здравје. Процената на субјективните показатели се врши со примена на седумстепен скала за одговори, каде 1=*не може да биде полошо*, а 7=*не може да биде подобро*.

Вкупниот скор на скалата се пресметува како аритметичка средина од збирот на субјективни тврдења, поради што најнизок можен скор на скалата е 1, а највисок 7. Повиок скор укажува на повисок квалитет на животот.

Прибе и соработниците (Priebe et al., 1999) го наведуваат следниот алфа коефициент на релијабилност на скалата: $\alpha=.74$, додека во истражувањето на Наумова (2008) беше добиен коефициент $\alpha=.83$.

РЕЗУЛТАТИ

Согласно целите на истражувањето, обработката на податоците вклучуваше дескриптивна анализа, тестирање на значајност на разлики (χ^2 , t-test и ANOVA), корелациона, бинарна регресивна анализа и лонгитудинално моделирање на развојни патеки (growth mixed modeling).

Прво ќе бидат презентирани споредбените податоци од првите две процени кај испитаниците со ПТСР и испитаниците со долготрајни посттравматски стресни реакции, потоа споредбените податоци од првите две процени само кај испитаниците со долготрајни посттравматски стресни реакции и на крајот податоците од трите процени само кај испитаниците со ПТСР.

ПОСТТРАВМАТСКО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО НАСПРОТИ ДОЛГОТРАЕН ПОСТТРАВМАТСКИ СТРЕС

Социодемографски карактеристики на испитаниците со ПТСР и испитаниците со долготрајни посттравматски стресни реакции

Споредбениот приказ на социодемографските податоци за испитаниците дијагностицирани со ПТСР при првото интервју (N=51) и испитаниците со долготрајни посттравматски стресни реакции, во отсуство на ПТСР (N=70) е прикажан во Табела 1 и во Табела 2. Презентирани се дескриптивните статистики, како и анализа на значајноста на разликите во просечните вредности за некои од квантитативните социодемографски карактеристики. За одделни варијабли, во однос на кои се можни промени во статусот на испитаниците, се прикажани податоци од првата (T1) и од втората процена (T2).

Во однос на половата припадност, во двете групи испитаници минимално е поголем процентот на мажи во однос на жени (51% во групата со ПТСР и 55.7% во групата со долготраен посттравматски стрес), додека според етничкото потекло најголем дел од испитаниците во двете групи се етнички Македонци (39.2% и 54.3%) и етнички Албанци (58.8% и 41.4%), а само неколкумина испитаници се припадници на други етнички групи (Срби и Роми).

Двете групи испитаници не се разликуваат значајно во однос на просечната возраст при првото интервју (Табела 2). Испитаниците со ПТСР се на просечна возраст од 43.8 години (SD=13.6), а другата група испитаници се на просечна возраст од 44.9 години (SD=13.0). Погледнато по возрастни категории (20-29 год.; 30-39 год.; 40-49 год.; 50-65 год.), во двете групи најмал е процентот на испитаници помлади од 29 години (17.6% и 17.1%), додека

најголем дел од испитаниците се на возраст од 50 до 65 години (39.2% и 41.4%).

Табела 1. Социодемографски карактеристики на испитаниците со ПТСР и на испитаниците со долготраен посттрауматски стрес

	ПТСР (N=51)		ДОЛГОТРАЕН ПТС (N=70)	
	n	%	n	%
ПОЛ				
Мажи	26	51.0	39	55.7
Жени	25	49.0	31	44.3
НАЦИОНАЛНОСТ	n	%	n	%
Македонци	20	39.2	38	54.3
Албанци	30	58.8	29	41.4
Срби	1	2.0	2	2.9
Роми	0	0.0	1	1.4
ВОЗРАСТ	n	%	n	%
20-29 години	9	17.6	12	17.1
30-39 години	11	21.6	15	21.5
40-49 години	11	21.6	14	20.0
50-65 години	20	39.2	29	41.4
ГОДИНИ НА ОБРАЗОВАНИЕ	n	%	n	%
0-4	8	15.7	6	8.6
5-8	20	39.2	29	41.4
9-12	19	37.2	27	38.6
13-16	4	7.9	8	11.4
УЧЕСТВО ВО КОНФЛИКТОТ	n	%	n	%
Активно учествувале	5	9.8	8	11.4
Не учествувале	46	90.2	62	88.6
СТАТУС ЗА ВРЕМЕ НА КОНФЛИКТОТ	n	%	n	%
Останале дома	20	39.2	51	72.9
Биле внатрешно раселени	21	41.2	17	24.3
Биле бегалци	10	19.6	2	2.9
АКТУЕЛЕН СТАТУС	n	%	n	%
Домицили	20	39.2	51	72.9
Повратници	31	60.8	19	27.1
ВРЕМЕ ПОТРЕБНО ДА СЕ ВРАТАТ ДОМА	n	%	n	%
0-6 месеци	24	77.4	12	63.2
7-12 месеци	6	19.4	5	26.3
13 месеци и повеќе	1	3.2	2	10.5

(Табела 1 продолжува на следната страница)

(Табела 1. Продолжение)

	ПТСП				ДОЛГОТРАЕН ПТС			
	T1		T2		T1		T2	
	n	%	n	%	n	%	n	%
РАБОТЕН СТАТУС								
Вработени	10	19.6	10	19.6	19	27.1	16	22.8
Студии/обука како занимање	1	2.0	0	0.0	2	2.9	2	2.9
Пензионери	9	17.6	9	17.6	11	15.7	15	21.4
Невработени	31	60.8	32	62.7	38	54.3	37	52.9
БРАЧЕН СТАТУС								
мажени/женети	41	80.4	41	80.4	52	74.3	53	75.7
немажени/неженети	5	9.8	5	9.8	12	17.1	11	15.7
Разведени	1	2.0	1	2.0	0	0.0	0	0.0
вдовци/вдовици	4	7.8	4	7.8	6	8.6	6	8.6
СО КОГО ЖИВЕАТ*								
живеат сами	1	2.0	1	2.0	0	0.0	2	2.9
живеат со партнер	41	80.4	41	80.4	52	74.3	53	75.7
живеат со родителите	17	33.3	18	34.3	24	34.3	24	34.3
живеат со дете/деца помлади од 18 г.	35	68.6	36	70.6	48	68.6	46	65.7
живеат со дете/деца постари од 18 г.	26	51.0	24	47.1	34	48.6	36	51.4
живеат со други освен со наведените	16	31.4	11	21.6	23	32.9	25	35.7
МЕСТО НА ЖИВЕЕЊЕ								
Сопствена куќа/стан (или во сопственост на брачниот партнер)	38	74.5	33	64.7	57	81.4	54	77.1
Куќа/стан во сопственост на партнерот	0	0.0	0	0.0	1	1.4	0	0.0
Кај родителите	13	25.5	18	35.3	10	14.3	15	21.4
На друго место	0	0.0	0	0.0	2	2.9	1	1.4
ВКУПЕН ПРИХОД ВО ДОМАЌИНСТВОТО								
<7.500 денари	21	41.2	12	23.5	23	32.8	13	18.6
7.501-15.000 денари	20	39.2	26	51.0	31	44.3	35	50.0
15.001-30.000 денари	9	17.6	13	25.5	14	20.0	17	24.3
>30.001 денари	1	2.0	0	0.0	2	2.9	5	7.1

* прашање со повеќеклен избор

Во однос на образованието, во двете групи преовладуваат испитаници со завршено основно образование (39.2% со ПТСП и 41.4% со долготраен ПТС) и средно образование (37.2% и 38.6%), но не е занемарлив процентот на испитаници кои немаат завршено основно образование (15.7% и 8.6%). Мал е процентот на испитаници во двете групи кои завршиле високо образование (7.9% и 11.4%). Испитаниците со ПТСП во просек имаат завршено по 9.3 години образование ($SD=3.5$ години), додека испитаниците со долготраен посттравматски стрес завршиле во просек 9.8 години образование ($SD=3.0$ години). Не се утврдени значајни разлики меѓу двете групи испитаници во однос на просечниот број години завршено образование (Табела 2).

Споредувајќи ги искуствата на испитаниците од двете групи поврзани за воениот конфликт откриваме дека 9.8% од испитаниците со ПТСР и 11.4% од другата група испитаници изјавиле дека за време на конфликтот учествувале активно во воените дејствија. Претпоставуваме дека овој процент е поголем, но поради сензитивноста на темата и поставувањето на ова прашање на почетокот на интервјуто, веројатно дел од испитаниците не чувствувале доволно доверба во интервјуерот за да го споделат овој податок.

Првата значајна разлика што се открива меѓу двете групи испитаници се однесува на нивниот статус за време на конфликтот. Имено, двојно поголем е процентот на испитаници со ПТСР кои биле присилени на миграција за време на конфликтот во однос на другата група испитаници (60.8% наспроти 27.1%). Во групата испитаници со ПТСР две третини од оние кои за одреден период ги напуштиле своите домови имале статус на внатрешно раселени лица (41.2%), додека останатите биле бегалци (19.6%). Во другата група испитаници, речиси сите кои биле присилени на миграција имале статус на внатрешно раселени лица (24.3%), а само неколкумина биле бегалци (2.9%).

Сите испитаници од двете групи кои за време на конфликтот биле раселени, во моментот на спроведувањето на првото истражување имаа статус на повратници (беа вратени во своите домови или преселени во други). На најголемиот дел од испитаниците во двете групи им биле потребни до 6 месеци за да се вратат во своите домови (77.4% и 63.2%). Не се утврдени значајни разлики меѓу испитаниците во однос на времетраењето на раселеноста (5.3 ± 6.5 месеци наспроти 7.7 ± 8.6 месеци) (Табела 2).

Разгледувајќи ги понатаму карактеристиките на актуелните животни услови кај двете групи испитаници при двете интервјуирања, откриваме дека над половина од испитаниците се невработени, при што повисок е процентот на невработеност кај испитаниците со ПТСР во споредба со другата група испитаници (60.8% наспроти 54.3% и 62.7% наспроти 52.9%). Важно е да се напомене и дека стапката на невработеност меѓу испитаниците е речиси двојно повисока од стапката на невработеност во државата во периодот на спроведување на двете истражувања, според податоците на Државниот завод за статистика (37.3% во 2005 година и 36% во 2006 година)¹.

Во согласност со возраста на испитаниците значаен процент од нив се пензионери, при што во групата испитаници со долготраен посттравматски стрес процентот на пензионери се зголемува при второто интервјуирање (од

¹ Резултати од Анкетата за работната сила објавени во Соопштение 2.1.7.28 на Државниот завод за статистика, достапно на www.stat.gov.mk.

15.7% на 21.4%), додека во групата со ПТСР останува непроменет (17.6%). Само неколкумина испитаници од двете групи се студенти (<3%).

Табела 2. Значајност на разлики во однос на одделни социодемографски карактеристики кај испитаниците со ПТСР и испитаниците со долготраен посттравматски стрес

	Процена	СТАТУС	N	M	SD	t	Sig
Возраст	1	ПТСР	51	43.8	13.6	0.45	0.654
		Долготраен ПТС	70	44.9	13.0		
Години на образование	1	ПТСР	51	9.3	3.5	0.84	0.404
		Долготраен ПТС	70	9.8	3.0		
Број на месеци потребни да се вратат дома	1	ПТСР	31	5.3	6.5	0.98	0.331
		Долготраен ПТС	19	7.4	8.6		
Број на работни часови неделно	1	ПТСР	7	45.4	19.7	-0.73	0.491
		Долготраен ПТС	19	39.9	6.6		
	2	ПТСР	6	40.7	12.0	0.32	0.752
		Долготраен ПТС	14	42.0	6.7		
Број на членови во домаќинството	1	ПТСР	51	5.7	3.0	-0.44	0.659
		Долготраен ПТС	70	5.5	2.9		
	2	ПТСР	51	5.4	3.0	-0.57	0.571
		Долготраен ПТС	70	5.1	2.6		
Вкупен приход во домаќинството (денари)	1	ПТСР	51	11.600	9.700	0.55	0.582
		Долготраен ПТС	70	12.500	7.850		
	2	ПТСР	51	13.700	7.000	0.93	0.352
		Долготраен ПТС	70	15.300	10.200		

При првото интервјуирање 19.6% од испитаниците со ПТСР биле вработени и тие во просек работеле по 45 часа во текот на неделата. Една година подоцна, при второто интервјуирање, бројот на вработени во оваа група испитаници не се зголемил, но нивното неделно работно време се намалило на 41 час. Во групата со долготрајни посттравматски стресни реакции при првото интервјуирање е утврдена повисока стапка на вработеност во однос на на групата со ПТСР (27.1%), но една година подоцна се бележи нејзино опаѓање (22.8%). Вработените испитаници во оваа група, во просек работеле по 40 часа неделно при првото интервјуирање и 42 часа при второто интервјуирање. Не се утврдени значајни разлики во просечниот број работни часови меѓу двете групи испитаници (Табела 2).

Брачниот статус на испитаниците е, исто така, во согласност со нивната возраст. Имено, при првото интервјуирање над три четвртини од

испитаниците во двете групи се во брак (80.4% и 74.3%), а една година подоцна незначително се зголемува само процентот на мажени/женети испитаници во групата со долготраен посттравматски стрес. Процентот немажени/неженети испитаници е речиси двојно помал во групата со ПТСР и останува непроменет и при второто интервјуирање (9.8%), додека во другата група испитаници незначително се намалува (од 17.1% на 15.7%). Само еден испитаник во групата со ПТСР е разведен, додека процентот на вдовци/вдовици е незанемарлив во двете групи испитаници (7.8% и 8.6%).

Повеќето испитаници од двете групи живеат во проширени семејни заедници. При првото интервјуирање домаќинствата во просек ги сочинувале по 6 члена (Табела 2). Најголем број од испитаниците живееле со својот партнер (80.4% и 74.3%), со еден или со двајцата родители (33.3% и 34.3%) и/или со други членови на своето семејство или на семејството на партнерот (31.4% и 32.9%). Над две третини од испитаниците од двете групи (68.6%), освен тоа, живееле со малолетни деца (свои или деца на нивните најблиски), а половина живееле со полнолетни деца (51% и 48.6%). Бројот на малолетни деца во домаќинствата во просек изнесувал 2, додека испитаниците во просек, исто така, имале по 2 деца.

Над две третини од испитаниците живеат во сопствена куќа или стан (74.5% и 81.4%), а останатите живеат кај своите родители (25.5% и 14.3%). Неколкумина испитаници со долготраен посттравматски стрес живеат на друго место.

При второто интервјуирање се бележат неколку промени во животниот контекст на испитаниците. Просечниот бројот на членови во домаќинствата во двете групи се намалува на 5 (Табела 2), а од промените во условите на живот значајно е да се наведе зголемувањето на процентот на испитаници што живеат кај родителите (35.3% и 21.4%).

Просечниот приход во домаќинствата на испитаниците, при првото интервјуирање, изнесувал околу 12.000 денари во двете групи (Табела 2). Над третина од испитаниците со ПТСР (41.2%) и речиси третина од другата група испитаници (32.8%) живееле со исклучително ниски месечни приходи во домаќинството (до 7.500 денари). Со просечни вкупни приходи (до 15.000 денари) располагале над третина од испитаниците во двете групи (39.2% и 44.3%), а двојно помал процент испитаници (17.6% и 20%) имале повисок приход во домаќинството од просечниот (до 30.000 денари). Само неколкумина испитаници имале над 30.000 денари вкупен приход во домаќинството. Една година подоцна утврдено е зголемување на просечниот приход во домаќинствата, кој за испитаниците со ПТСР изнесувал околу 14.000 денари, а за другата група испитаници 15.000 денари (Табела 2), што во

најголем дел се должи на зголемувањето на бројот на испитаници кои располагаат со просечни месечни приходи во домаќинствата (51% и 50%), но сепак значајно не ги менува животните услови, имајќи ја предвид структурата на домаќинствата.

Доживевани трауматски настани

Со примена на *Листата на животни стресори* е откриено дека во текот на животот испитаниците со ПТСР имаат доживеано во просек по четири трауматски настани ($SD=1.4$), додека испитаниците со долготраен посттрауматски стрес во просек доживеале по три трауматски настани ($SD=1.5$), но разликата во бројот на доживевани траума меѓу групите не е статистички значајна (Табела 3).

Двете групи испитаници не се разликуваат ниту во бројот на доживевани трауматски искуства во периодите пред и по конфликтот, вклучувајќи го тука и едногодишниот период меѓу двете интервјуа. Во согласност со должината на временскиот период пред конфликтот, испитаниците од двете групи во тој период од животот доживеале поголем број трауми (0.4 ± 0.7 и 0.6 ± 0.8) во споредба со пократкотрајниот период по конфликтот (0.3 ± 0.5 и 0.4 ± 0.5 до моментот на првото интервју, односно 0.1 ± 0.3 и 0.2 ± 0.4 во периодот меѓу двете интервјуа).

Најголем број трауматски настани испитаниците доживеале за време на конфликтот, при што испитаниците со ПТСР доживеале значајно поголем број трауматски искуства во споредба со другата група испитаници (во просек три наспроти два трауматски настани) ($t(119)=-3.04$, $p<0.01$).

Табела 3. Значајност на разлики во просечниот број доживевани трауматски настани кај испитаниците со ПТСР и испитаниците со долготраен посттрауматски стрес (ПТС)

ПЕРИОД	Статус	M	SD	t	Sig.
ВО ТЕКОТ НА ЖИВОТОТ	ПТСР	3.5	1.4	-1.08	0.283
	ПТС	3.2	1.5		
Пред конфликтот	ПТСР	0.4	0.7	1.61	0.110
	ПТС	0.6	0.8		
За време на конфликтот	ПТСР	2.7	1.2	-3.04	0.003**
	ПТС	2.1	1.1		
По конфликтот	ПТСР	0.3	0.5	0.61	0.542
	ПТС	0.4	0.5		
Втора процена	ПТСР	0.1	0.3	0.73	0.409
	ПТС	0.2	0.4		

**** $p<0.01$**

Во Табела 4 е прикажан процентот на испитаници од двете групи што доживеале трауматски настани во различни периоди од животот. Впечатливо е дека во текот на целиот живот само неколкумина испитаници од двете групи доживеале по еден трауматски настан, а над четвртина доживеале по две трауми во текот на животот (27.5% и 28.6%). Поголем процент испитаници со долготраен посттрауматски стрес во споредба со испитаниците со ПТСР доживеале три трауми во животот (34.3% наспроти 23.5%), додека речиси половина од испитаниците со ПТСР (47%) доживеале четири или повеќе трауми во текот на животот, во споредба со третина од испитаниците од другата група (32.8%).

Табела 4. Процент на испитаници со ПТСР и на испитаници со долготраен посттрауматски стрес (ПТС) кои доживеале различен број трауматски настани во текот на животот

ПЕРИОД	Статус	0	1	2	3	≥ 4
		трауми	траума	трауми	трауми	трауми
ВО ТЕКОТ НА ЖИВОТОТ	ПТСР	0.0	2.0	27.5	23.5	47.0
	ПТС	0.0	4.3	28.6	34.3	32.8
Пред конфликтот	ПТСР	66.7	27.5	3.9	2.0	0.0
	ПТС	54.3	32.9	7.1	5.7	0.0
За време на конфликтот	ПТСР	0.0	9.8	43.1	29.4	17.7
	ПТС	0.0	35.7	35.7	20.0	8.6
По конфликтот	ПТСР	70.6	27.5	2.0	0.0	0.0
	ПТС	64.3	34.3	1.4	0.0	0.0
Втора процена	ПТСР	88.2	11.8	0.0	0.0	0.0
	ПТС	85.7	11.4	2.9	0.0	0.0

Споредбата на одделните животни периоди открива дека пред конфликтот, две третини од испитаниците со ПТСР (66.7%), односно над половина од другата група испитаници (54.3%), дотогаш немале доживеано ниту една траума во животот. По еден трауматски настан во овој период доживеале повеќе од четвртина испитаници со ПТСР (27.5%) и повеќе од третина испитаници со долготрајни посттрауматски стресни реакции (32.9%), а мал број испитаници (<4% од првата група и <8% од втората група) доживеле по две или три трауми. Ниту еден испитаник од двете групи во овој период од животот не доживеал четири трауми.

За време на конфликтот, речиси четири пати е помал процентот на испитаници со ПТСР кои доживеале само една траума во споредба со испитаниците со долготраен посттрауматски стрес (9.8% наспроти 35.7%). Во овој период во споредба со останатите, драстично е поголем бројот на испитаници од двете групи кои доживеале две и повеќе трауматски искуства,

при што испитаниците со ПТСР во однос на другата група испитаници во поголем процент доживеале две, три, односно четири и повеќе трауми (43.1% наспроти 35.7%, 29.4% наспроти 20% и 17.7% наспроти 8.6%).

По конфликтот, во периодот до првото интервјуирање, повторно е најголем бројот на испитаници од двете групи кои не доживеле ниту една траума (70.6% и 64.3%), додека над четвртина од испитаниците со ПТСР (27.5%), односно третина од другата група испитаници (34.3%) доживеале еден трауматски настан. Неколкумина испитаници од двете групи во овој период доживеале две, а ниту еден испитаник не доживеал три или повеќе трауми.

Во едногодишниот период меѓу двете интервјуирања секој десетти испитаник од двете групи доживеал по еден трауматски настан (11.8% и 11.4%), а две трауми доживеале само мал процент испитаници со долготраен посттравматски стрес (<3%). Ниту еден испитаник од двете групи во овој период не доживеал повеќе од две трауматски искуства.

Во Табела 5 се прикажани поединечните трауматски настани што ги доживеале испитаниците. Во периодите пред и по воениот конфликт се издвојува еден настан што го доживеале најголем број испитаници од двете групи - *ненадејна и неочекувана смрт на близок човек, која не е последица на насилство* (21.6% и 27.1% пред конфликтот и 21.6% и 20% по конфликтот). Од другите почесто доживеани трауматски настани во овие два периоди, поголема разлика во процентот на испитаници од двете групи кои доживеале одредена траума се забележува кај настанот *сериозна несреќа, пожар или експлозија*, кој во двата периоди го доживеале поголем процент испитаници со ПТСР отколку испитаници со долготраен посттравматски стрес (11.8% наспроти 5.7% пред конфликтот и 3.9% наспроти 1.4% по конфликтот). Слични се наодите и за настаните *природна катастрофа* и *тешка физичка повреда*, кои пред конфликтот ги доживеале поголем процент испитаници со долготраен посттравматски стрес отколку испитаници со ПТСР (10% наспроти 2% за првиот настан и 7.2% наспроти 2% за вториот настан). Сите останати настани во периодите пред и по конфликтот ги доживеале мал (<5%) и приближно ист процент испитаници од двете групи.

Табела 5. Типови трауматски настани доживевани барем еднаш од испитаниците со ПТСР и испитаниците со долготраен посттрауматски стрес (ПТС) во различни периоди од животот изразени во проценти (%)

Трауматски настан	Пред конфликтот		За време на конфликтот		По конфликтот		Втора процена	
	ПТСР	ПТС	ПТСР	ПТС	ПТСР	ПТС	ПТСР	ПТС
1. Сериозна несреќа, пожар или експлозија (на пр. индустриска, земјоделска, автомобилска, авионска несреќа или несреќа при пловење).	11.8	5.7	0.0	1.4	3.9	1.4	0.0	0.0
2. Природна катастрофа (на пр. поплава, силен земјотрес).	2.0	10.0	0.0	1.4	0.0	0.0	0.0	0.0
3. Напад (несексуален) од член на семејството или од некого што го познаваат (на пр. физички напад, ограбување, бодeње, закана со вперено оружје, застрелување).	0.0	2.9	0.0	2.9	0.0	2.9	0.0	0.0
4. Напад (несексуален) од непознато лице (на пр. физички напад, ограбување, бодeње, закана со вперено оружје, застрелување).	2.0	0.0	0.0	1.4	0.0	2.9	0.0	0.0
5. Напад (сексуален) од член на семејството или од некого што го познаваат (на пр. обид за силување или силување).	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
6. Напад (сексуален) од непознато лице (на пр. обид за силување или силување).	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
7. Затворање (како цивилен или воен затвореник, како заложник итн.).	0.0	0.0	2.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0
8. Болест опасна за живот.	0.0	2.9	0.0	2.9	0.0	4.3	2.0	2.9
9. Ненадејна и неочекувана смрт на близок човек, која не е последица на насилство.	21.6	27.1	5.9	2.9	21.6	20.0	5.9	2.9
10. Немање храна или вода.	0.0	0.0	2.0	11.4	0.0	0.0	0.0	0.0
11. Лоша здравствена состојба без можност за лекување.	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	1.4	2.0	0.0
12. Немање засолниште (за време на борбени дејства, гранатирање, бомбардирање)*	-	-	0.0	1.4	-	-	-	-
13. Протерување од домот поради закана со насилство (на пр. етничко чистење). *	-	-	60.8	27.1	0.0	0.0	0.0	0.0
14. Учество во борба (воена акција). *	-	-	9.8	11.4	-	-	-	-
15. Гранатирање или бомбардирање (воздушен напад). *	-	-	92.2	87.1	-	-	-	-

(Табела 5 продолжува на следната страница)

(Табела 5. Продолжение)

Трауматски настан	Пред конфликтот		За време на конфликтот		По конфликтот		Втора процена	
	ПТСР	ПТС	ПТСР	ПТС	ПТСР	ПТС	ПТСР	ПТС
16.Експлозија на мина. *	-	-	5.9	12.9	0.0	0.0	-	-
17.Опсада. *	-	-	19.6	8.6	-	-	-	-
18.Тешка физичка повреда.	2.0	7.2	0.0	0.0	2.0	1.4	0.0	1.4
19.Сведоштво на напад, убиство или смрт на друго лице.	0.0	4.3	19.6	1.4	0.0	0.0	0.0	0.0
20.Дознавање за убиство или за смрт на блиско лице како последица на насилство.	0.0	4.3	17.6	14.3	2.0	2.9	0.0	0.0
21.Исчезнување или киднапирање на член на семејството или пријател.	2.0	0.0	13.7	8.6	0.0	0.0	0.0	0.0
22.Мачење (нанесување физичка и психичка болка).	0.0	0.0	13.8	8.6	0.0	0.0	0.0	0.0
23.Загубување.	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
24.Киднапирање.	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
25.Друга застрашувачка ситуација или ситуација во која им бил загрозен животот.	2.0	0.0	5.9	15.7	3.9	7.1	2.0	1.4
26.Биле уплашени или почувствувале дека животот им бил во опасност поради тоа што биле сведок на некој од претходно наведените настани.	0.0	0.0	5.9	2.9	0.0	1.4	9.8	5.7

* настани поврзани со воениот конфликт

За време на воениот конфликт како најчесто доживувана траума меѓу испитаниците од двете групи се издвојува настанот *гранатирање*, односно *бомбардирање*, кој го доживеале 92.2% од испитаниците со ПТСР и 87.1% од другата група испитаници. Следна најчесто доживувана траума во овој период е *раселувањето*, при што повеќе од двојно е поголем процентот на испитаници со ПТСР во споредба со испитаници со долготраен посттрауматски стрес кои поради конфликтот биле принудени да ги напушат своите домови одреден период (60.8% наспроти 27.1%). Дополнителната анализа покажа дека испитаниците кај кои било идентификувано ПТСР при првата процена во значајно поголем степен биле изложени на оваа траума за време на конфликтот во споредба со испитаниците со долготраен посттрауматски стрес ($\chi^2(1,121) = 12.42, p < 0.01$).

Другите настани кои за време на конфликтот ги доживеале поголем процент испитаници со ПТСР се настани во кои на нив лично или на некој близок им бил директно загрозен животот, а тоа се *сведоштво на напад*, *убиство или смрт на друго лице* (19.6% наспроти 1.4%), *опсада* (19.6% наспроти 8.6%), *дознавање за убиство или смрт на блиско лице како*

последица на насилство (17.6% наспроти 14.3%), исчезнување или киднапирање на член на семејството или пријател (13.7% наспроти 8.6%) и мачење (13.8% наспроти 8.6%). Статистички значајна разлика во степеност на изложеност на овие настани меѓу двете групи испитаници постои единствено во однос на настанот сведоштво на напад, убиство или смрт на друго лице ($\chi^2(1,121) = 15.53, p < 0.01$).

Испитаниците со долготрајни посттрауматски стресни реакции, од друга страна, во поголем процент од испитаниците со ПТСР ги доживеале следните трауматски искуства за време на конфликтот: учество во борба (11.4% наспроти 9.8%), немање храна или вода (11.4% наспроти 2%), експлозија на мина (12.9% наспроти 5.9%) и друга застрашувачка ситуација (ненаведена во листата) во која им бил загрозен животот (15.7% наспроти 5.9%).

Во едногодишниот период меѓу првото и второто интервјуирање најголем процент од испитаниците од двете групи не биле директно изложени на трауматски настани, а мал процент изјавиле дека биле уплашени или почувствувале дека животот им бил во опасност поради тоа што биле сведоци на трауматски настан (9.8% испитаници со ПТСР и 5.7% испитаници од другата група)

Табела 6. Процент на испитаници со ПТСР и испитаници со долготраен посттрауматски стрес (ПТС) кои доживеале различен степен на трауматизација и значајност на разлики во просечниот степен на трауматизација меѓу двете групи испитаници

ПЕРИОД	Статус	СТЕПЕН НА ТРАУМАТИЗАЦИЈА					M (SD)	t	Sig.
		0	1	2	3	4			
Пред конфликтот	ПТСР	0.0	0.0	0.0	3.9	27.5	3.9 (0.3)	-1.90	0.064
	ПТС	0.0	0.0	5.7	7.1	31.4	3.6 (0.7)		
За време на конфликтот	ПТСР	0.0	0.0	0.0	0.0	100	4.0 (0.0)	-3.02	0.004**
	ПТС	0.0	0.0	7.1	5.7	87.1	3.8 (0.6)		
По конфликтот	ПТСР	0.0	0.0	0.0	5.9	23.5	3.8 (0.4)	-0.25	0.802
	ПТС	0.0	0.0	1.4	5.7	28.6	3.8 (0.5)		
Втора процена	ПТСР	0.0	0.0	2.0	0.0	9.8	3.7 (0.8)	0.10	0.919
	ПТС	0.0	0.0	0.0	4.3	10.0	3.7 (0.5)		

**** p < 0.01**

Во Табела 6 е прикажан највисокиот степен на трауматизација што го доживеале испитаниците во различни периоди од нивниот живот. Впечатливо е дека иако во сите три периоди најголем дел од двете групи испитаници доживеале највисок степен на трауматизација, за време на конфликтот повеќекратно е зголемен процентот на испитаници што доживеале највисок степен на вознемиреност (100% испитаници со ПТСР и 87.1% испитаници од

другата група), во споредба со периодите пред (27.5% и 31.4%) и по конфликтот (23.5% и 28.6%). Во периодот меѓу првото и второто интервјуирање, пак, повеќекратно се намалува процентот на испитаници што доживеале највисок степен на вознемиреност (9.8% испитаници со ПТСР и 10% испитаници со долготраен посттравматски стрес).

Споредбата на просечниот степен на доживеана трауматизација откри дека за време на конфликтот испитаниците со ПТСР доживувале повисок степен на трауматизација во споредба со испитаниците со долготрајни посттравматски стресни реакции ($t(119)=-3.02$, $p<0.01$). Во останатите периоди од животот двете групи испитаници не се разликуваат во однос на просечниот степен на доживеана трауматизација.

Ментално здравје

Менталното здравје на испитаниците беше проценето со примена на инструментите *Краток инвентар на симптоми*, *Ревидирана скала за влијание на настанот* и *Кратко меѓународно невропсихијатриско интервју*.

Од податоците добиени со *Краткиот инвентар на симптоми* се забележува дека постојат статистички значајни разлики меѓу испитаниците од двете групи во однос на истакнатоста на психолошките симптоми кои ги доживувале во текот на последните седум дена пред двете интервјуирања (Табела 7). Од вкупно 53 симптоми кои се проценуваат со овој инвентар, во првиот наврат испитаниците со ПТСР доживувале двојно поголем број симптоми (21.51 ± 11.07) во споредба со другата група испитаници (11.96 ± 6.53) ($t(119)=-5.50$, $p<0.01$). Покрај тоа, кај испитаниците со ПТСР е двојно повисок и индексот на општа истакнатост на симптомите (0.84 ± 0.53) во однос на испитаниците со долготраен посттравматски стрес е (0.42 ± 0.28) ($t(119)=-5.19$, $p<0.01$). Сепак, кај двете групи испитаници симптомите предизвикувале многу ниска и приближно еднакво истакната вознемиреност (0.04 ± 0.01 и 0.03 ± 0.01).

Впечатливо е што при првото интервјуирање кај испитаниците со ПТСР речиси сите поединечни психопатолошки димензии се значајно поистакнати во споредба со другата група испитаници. Исто така, речиси сите разлики меѓу двете групи се значајни на ниво $p<0.001$. Поради полесна прегледност, наодите од споредбената анализа ќе бидат прикажани според степенот на изразеност на симптомите кај испитаниците со ПТСР.

Табела 7. Значајност на разлики во истакнатоста на проблемите со менталното здравје кај испитаниците со ПТСР и испитаниците со долготраен посттравматски стрес

СИМПТОМИ НА:	Процена	Статус	M	SD	t	Sig.																																																																																																																																																																																																																																		
Соматизација	1	ПТСР	1.21	0.77	-5.20	0.000**																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	0.55	0.63				2	ПТСР	0.76	0.56	-3.55	0.001**	ПТС	0.43	0.47	Опсесивност-компулсивност	1	ПТСР	1.12	0.75	-5.60	0.000**	ПТС	0.45	0.49		2	ПТСР	0.92	0.65	-4.77	0.000**	ПТС	0.41	0.47	Интерперсонална сензитивност	1	ПТСР	0.52	0.72	-1.66	0.101	ПТС	0.33	0.42		2	ПТСР	0.38	0.56	-3.88	0.000**	ПТС	0.07	0.15	Депресија	1	ПТСР	1.01	0.83	-4.39	0.000**	ПТС	0.45	0.44		2	ПТСР	0.81	0.66	-4.02	0.000**	ПТС	0.39	0.44	Анксиозност	1	ПТСР	1.10	0.78	-4.67	0.000**	ПТС	0.53	0.47		2	ПТСР	0.92	0.69	-3.06	0.003**	ПТС	0.56	0.54	Хостилност	1	ПТСР	0.60	0.70	-2.07	0.042*	ПТС	0.38	0.40		2	ПТСР	0.61	0.54	-2.37	0.019*	ПТС	0.38	0.52	Фобична анксиозност	1	ПТСР	0.51	0.64	-3.59	0.001**	ПТС	0.17	0.24		2	ПТСР	0.37	0.47	-2.58	0.012*	ПТС	0.19	0.22	Параноидна идеација	1	ПТСР	0.77	0.85	0.09	0.930	ПТС	0.79	0.78		2	ПТСР	0.51	0.63	-2.25	0.027*	ПТС	0.29	0.34	Психотицизам	1	ПТСР	0.34	0.56	-2.61	0.011*	ПТС	0.12	0.24		2	ПТСР	0.28	0.43	-3.12	0.003**	ПТС	0.07	0.20	Општа истакнатост на симптомите	1	ПТСР	0.84	0.53	-5.19	0.000**	ПТС	0.42	0.28		2	ПТСР	0.65	0.46	-4.35	0.000**	ПТС	0.32	0.30	Вкупен број позитивни симптоми	1	ПТСР	21.51	11.07	-5.50	0.000**	ПТС	11.96	6.53		2	ПТСР	20.59	11.60	-4.79	0.000**	ПТС	11.83	8.53	Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060	ПТС	0.03	0.01		2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56
	2	ПТСР	0.76	0.56	-3.55	0.001**																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	0.43	0.47			Опсесивност-компулсивност	1	ПТСР	1.12	0.75	-5.60	0.000**	ПТС	0.45	0.49		2	ПТСР	0.92	0.65	-4.77	0.000**	ПТС	0.41	0.47	Интерперсонална сензитивност	1	ПТСР	0.52	0.72	-1.66	0.101	ПТС	0.33	0.42		2	ПТСР	0.38	0.56	-3.88	0.000**	ПТС	0.07	0.15	Депресија	1	ПТСР	1.01	0.83	-4.39	0.000**	ПТС	0.45	0.44		2	ПТСР	0.81	0.66	-4.02	0.000**	ПТС	0.39	0.44	Анксиозност	1	ПТСР	1.10	0.78	-4.67	0.000**	ПТС	0.53	0.47		2	ПТСР	0.92	0.69	-3.06	0.003**	ПТС	0.56	0.54	Хостилност	1	ПТСР	0.60	0.70	-2.07	0.042*	ПТС	0.38	0.40		2	ПТСР	0.61	0.54	-2.37	0.019*	ПТС	0.38	0.52	Фобична анксиозност	1	ПТСР	0.51	0.64	-3.59	0.001**	ПТС	0.17	0.24		2	ПТСР	0.37	0.47	-2.58	0.012*	ПТС	0.19	0.22	Параноидна идеација	1	ПТСР	0.77	0.85	0.09	0.930	ПТС	0.79	0.78		2	ПТСР	0.51	0.63	-2.25	0.027*	ПТС	0.29	0.34	Психотицизам	1	ПТСР	0.34	0.56	-2.61	0.011*	ПТС	0.12	0.24		2	ПТСР	0.28	0.43	-3.12	0.003**	ПТС	0.07	0.20	Општа истакнатост на симптомите	1	ПТСР	0.84	0.53	-5.19	0.000**	ПТС	0.42	0.28		2	ПТСР	0.65	0.46	-4.35	0.000**	ПТС	0.32	0.30	Вкупен број позитивни симптоми	1	ПТСР	21.51	11.07	-5.50	0.000**	ПТС	11.96	6.53		2	ПТСР	20.59	11.60	-4.79	0.000**	ПТС	11.83	8.53	Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060	ПТС	0.03	0.01		2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**	ПТС	0.02	0.01						
Опсесивност-компулсивност	1	ПТСР	1.12	0.75	-5.60	0.000**																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	0.45	0.49				2	ПТСР	0.92	0.65	-4.77	0.000**	ПТС	0.41	0.47	Интерперсонална сензитивност	1	ПТСР	0.52	0.72	-1.66	0.101	ПТС	0.33	0.42		2	ПТСР	0.38	0.56	-3.88	0.000**	ПТС	0.07	0.15	Депресија	1	ПТСР	1.01	0.83	-4.39	0.000**	ПТС	0.45	0.44		2	ПТСР	0.81	0.66	-4.02	0.000**	ПТС	0.39	0.44	Анксиозност	1	ПТСР	1.10	0.78	-4.67	0.000**	ПТС	0.53	0.47		2	ПТСР	0.92	0.69	-3.06	0.003**	ПТС	0.56	0.54	Хостилност	1	ПТСР	0.60	0.70	-2.07	0.042*	ПТС	0.38	0.40		2	ПТСР	0.61	0.54	-2.37	0.019*	ПТС	0.38	0.52	Фобична анксиозност	1	ПТСР	0.51	0.64	-3.59	0.001**	ПТС	0.17	0.24		2	ПТСР	0.37	0.47	-2.58	0.012*	ПТС	0.19	0.22	Параноидна идеација	1	ПТСР	0.77	0.85	0.09	0.930	ПТС	0.79	0.78		2	ПТСР	0.51	0.63	-2.25	0.027*	ПТС	0.29	0.34	Психотицизам	1	ПТСР	0.34	0.56	-2.61	0.011*	ПТС	0.12	0.24		2	ПТСР	0.28	0.43	-3.12	0.003**	ПТС	0.07	0.20	Општа истакнатост на симптомите	1	ПТСР	0.84	0.53	-5.19	0.000**	ПТС	0.42	0.28		2	ПТСР	0.65	0.46	-4.35	0.000**	ПТС	0.32	0.30	Вкупен број позитивни симптоми	1	ПТСР	21.51	11.07	-5.50	0.000**	ПТС	11.96	6.53		2	ПТСР	20.59	11.60	-4.79	0.000**	ПТС	11.83	8.53	Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060	ПТС	0.03	0.01		2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**	ПТС	0.02	0.01																
	2	ПТСР	0.92	0.65	-4.77	0.000**																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	0.41	0.47			Интерперсонална сензитивност	1	ПТСР	0.52	0.72	-1.66	0.101	ПТС	0.33	0.42		2	ПТСР	0.38	0.56	-3.88	0.000**	ПТС	0.07	0.15	Депресија	1	ПТСР	1.01	0.83	-4.39	0.000**	ПТС	0.45	0.44		2	ПТСР	0.81	0.66	-4.02	0.000**	ПТС	0.39	0.44	Анксиозност	1	ПТСР	1.10	0.78	-4.67	0.000**	ПТС	0.53	0.47		2	ПТСР	0.92	0.69	-3.06	0.003**	ПТС	0.56	0.54	Хостилност	1	ПТСР	0.60	0.70	-2.07	0.042*	ПТС	0.38	0.40		2	ПТСР	0.61	0.54	-2.37	0.019*	ПТС	0.38	0.52	Фобична анксиозност	1	ПТСР	0.51	0.64	-3.59	0.001**	ПТС	0.17	0.24		2	ПТСР	0.37	0.47	-2.58	0.012*	ПТС	0.19	0.22	Параноидна идеација	1	ПТСР	0.77	0.85	0.09	0.930	ПТС	0.79	0.78		2	ПТСР	0.51	0.63	-2.25	0.027*	ПТС	0.29	0.34	Психотицизам	1	ПТСР	0.34	0.56	-2.61	0.011*	ПТС	0.12	0.24		2	ПТСР	0.28	0.43	-3.12	0.003**	ПТС	0.07	0.20	Општа истакнатост на симптомите	1	ПТСР	0.84	0.53	-5.19	0.000**	ПТС	0.42	0.28		2	ПТСР	0.65	0.46	-4.35	0.000**	ПТС	0.32	0.30	Вкупен број позитивни симптоми	1	ПТСР	21.51	11.07	-5.50	0.000**	ПТС	11.96	6.53		2	ПТСР	20.59	11.60	-4.79	0.000**	ПТС	11.83	8.53	Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060	ПТС	0.03	0.01		2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**	ПТС	0.02	0.01																										
Интерперсонална сензитивност	1	ПТСР	0.52	0.72	-1.66	0.101																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	0.33	0.42				2	ПТСР	0.38	0.56	-3.88	0.000**	ПТС	0.07	0.15	Депресија	1	ПТСР	1.01	0.83	-4.39	0.000**	ПТС	0.45	0.44		2	ПТСР	0.81	0.66	-4.02	0.000**	ПТС	0.39	0.44	Анксиозност	1	ПТСР	1.10	0.78	-4.67	0.000**	ПТС	0.53	0.47		2	ПТСР	0.92	0.69	-3.06	0.003**	ПТС	0.56	0.54	Хостилност	1	ПТСР	0.60	0.70	-2.07	0.042*	ПТС	0.38	0.40		2	ПТСР	0.61	0.54	-2.37	0.019*	ПТС	0.38	0.52	Фобична анксиозност	1	ПТСР	0.51	0.64	-3.59	0.001**	ПТС	0.17	0.24		2	ПТСР	0.37	0.47	-2.58	0.012*	ПТС	0.19	0.22	Параноидна идеација	1	ПТСР	0.77	0.85	0.09	0.930	ПТС	0.79	0.78		2	ПТСР	0.51	0.63	-2.25	0.027*	ПТС	0.29	0.34	Психотицизам	1	ПТСР	0.34	0.56	-2.61	0.011*	ПТС	0.12	0.24		2	ПТСР	0.28	0.43	-3.12	0.003**	ПТС	0.07	0.20	Општа истакнатост на симптомите	1	ПТСР	0.84	0.53	-5.19	0.000**	ПТС	0.42	0.28		2	ПТСР	0.65	0.46	-4.35	0.000**	ПТС	0.32	0.30	Вкупен број позитивни симптоми	1	ПТСР	21.51	11.07	-5.50	0.000**	ПТС	11.96	6.53		2	ПТСР	20.59	11.60	-4.79	0.000**	ПТС	11.83	8.53	Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060	ПТС	0.03	0.01		2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**	ПТС	0.02	0.01																																				
	2	ПТСР	0.38	0.56	-3.88	0.000**																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	0.07	0.15			Депресија	1	ПТСР	1.01	0.83	-4.39	0.000**	ПТС	0.45	0.44		2	ПТСР	0.81	0.66	-4.02	0.000**	ПТС	0.39	0.44	Анксиозност	1	ПТСР	1.10	0.78	-4.67	0.000**	ПТС	0.53	0.47		2	ПТСР	0.92	0.69	-3.06	0.003**	ПТС	0.56	0.54	Хостилност	1	ПТСР	0.60	0.70	-2.07	0.042*	ПТС	0.38	0.40		2	ПТСР	0.61	0.54	-2.37	0.019*	ПТС	0.38	0.52	Фобична анксиозност	1	ПТСР	0.51	0.64	-3.59	0.001**	ПТС	0.17	0.24		2	ПТСР	0.37	0.47	-2.58	0.012*	ПТС	0.19	0.22	Параноидна идеација	1	ПТСР	0.77	0.85	0.09	0.930	ПТС	0.79	0.78		2	ПТСР	0.51	0.63	-2.25	0.027*	ПТС	0.29	0.34	Психотицизам	1	ПТСР	0.34	0.56	-2.61	0.011*	ПТС	0.12	0.24		2	ПТСР	0.28	0.43	-3.12	0.003**	ПТС	0.07	0.20	Општа истакнатост на симптомите	1	ПТСР	0.84	0.53	-5.19	0.000**	ПТС	0.42	0.28		2	ПТСР	0.65	0.46	-4.35	0.000**	ПТС	0.32	0.30	Вкупен број позитивни симптоми	1	ПТСР	21.51	11.07	-5.50	0.000**	ПТС	11.96	6.53		2	ПТСР	20.59	11.60	-4.79	0.000**	ПТС	11.83	8.53	Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060	ПТС	0.03	0.01		2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**	ПТС	0.02	0.01																																														
Депресија	1	ПТСР	1.01	0.83	-4.39	0.000**																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	0.45	0.44				2	ПТСР	0.81	0.66	-4.02	0.000**	ПТС	0.39	0.44	Анксиозност	1	ПТСР	1.10	0.78	-4.67	0.000**	ПТС	0.53	0.47		2	ПТСР	0.92	0.69	-3.06	0.003**	ПТС	0.56	0.54	Хостилност	1	ПТСР	0.60	0.70	-2.07	0.042*	ПТС	0.38	0.40		2	ПТСР	0.61	0.54	-2.37	0.019*	ПТС	0.38	0.52	Фобична анксиозност	1	ПТСР	0.51	0.64	-3.59	0.001**	ПТС	0.17	0.24		2	ПТСР	0.37	0.47	-2.58	0.012*	ПТС	0.19	0.22	Параноидна идеација	1	ПТСР	0.77	0.85	0.09	0.930	ПТС	0.79	0.78		2	ПТСР	0.51	0.63	-2.25	0.027*	ПТС	0.29	0.34	Психотицизам	1	ПТСР	0.34	0.56	-2.61	0.011*	ПТС	0.12	0.24		2	ПТСР	0.28	0.43	-3.12	0.003**	ПТС	0.07	0.20	Општа истакнатост на симптомите	1	ПТСР	0.84	0.53	-5.19	0.000**	ПТС	0.42	0.28		2	ПТСР	0.65	0.46	-4.35	0.000**	ПТС	0.32	0.30	Вкупен број позитивни симптоми	1	ПТСР	21.51	11.07	-5.50	0.000**	ПТС	11.96	6.53		2	ПТСР	20.59	11.60	-4.79	0.000**	ПТС	11.83	8.53	Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060	ПТС	0.03	0.01		2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**	ПТС	0.02	0.01																																																								
	2	ПТСР	0.81	0.66	-4.02	0.000**																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	0.39	0.44			Анксиозност	1	ПТСР	1.10	0.78	-4.67	0.000**	ПТС	0.53	0.47		2	ПТСР	0.92	0.69	-3.06	0.003**	ПТС	0.56	0.54	Хостилност	1	ПТСР	0.60	0.70	-2.07	0.042*	ПТС	0.38	0.40		2	ПТСР	0.61	0.54	-2.37	0.019*	ПТС	0.38	0.52	Фобична анксиозност	1	ПТСР	0.51	0.64	-3.59	0.001**	ПТС	0.17	0.24		2	ПТСР	0.37	0.47	-2.58	0.012*	ПТС	0.19	0.22	Параноидна идеација	1	ПТСР	0.77	0.85	0.09	0.930	ПТС	0.79	0.78		2	ПТСР	0.51	0.63	-2.25	0.027*	ПТС	0.29	0.34	Психотицизам	1	ПТСР	0.34	0.56	-2.61	0.011*	ПТС	0.12	0.24		2	ПТСР	0.28	0.43	-3.12	0.003**	ПТС	0.07	0.20	Општа истакнатост на симптомите	1	ПТСР	0.84	0.53	-5.19	0.000**	ПТС	0.42	0.28		2	ПТСР	0.65	0.46	-4.35	0.000**	ПТС	0.32	0.30	Вкупен број позитивни симптоми	1	ПТСР	21.51	11.07	-5.50	0.000**	ПТС	11.96	6.53		2	ПТСР	20.59	11.60	-4.79	0.000**	ПТС	11.83	8.53	Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060	ПТС	0.03	0.01		2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**	ПТС	0.02	0.01																																																																		
Анксиозност	1	ПТСР	1.10	0.78	-4.67	0.000**																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	0.53	0.47				2	ПТСР	0.92	0.69	-3.06	0.003**	ПТС	0.56	0.54	Хостилност	1	ПТСР	0.60	0.70	-2.07	0.042*	ПТС	0.38	0.40		2	ПТСР	0.61	0.54	-2.37	0.019*	ПТС	0.38	0.52	Фобична анксиозност	1	ПТСР	0.51	0.64	-3.59	0.001**	ПТС	0.17	0.24		2	ПТСР	0.37	0.47	-2.58	0.012*	ПТС	0.19	0.22	Параноидна идеација	1	ПТСР	0.77	0.85	0.09	0.930	ПТС	0.79	0.78		2	ПТСР	0.51	0.63	-2.25	0.027*	ПТС	0.29	0.34	Психотицизам	1	ПТСР	0.34	0.56	-2.61	0.011*	ПТС	0.12	0.24		2	ПТСР	0.28	0.43	-3.12	0.003**	ПТС	0.07	0.20	Општа истакнатост на симптомите	1	ПТСР	0.84	0.53	-5.19	0.000**	ПТС	0.42	0.28		2	ПТСР	0.65	0.46	-4.35	0.000**	ПТС	0.32	0.30	Вкупен број позитивни симптоми	1	ПТСР	21.51	11.07	-5.50	0.000**	ПТС	11.96	6.53		2	ПТСР	20.59	11.60	-4.79	0.000**	ПТС	11.83	8.53	Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060	ПТС	0.03	0.01		2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**	ПТС	0.02	0.01																																																																												
	2	ПТСР	0.92	0.69	-3.06	0.003**																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	0.56	0.54			Хостилност	1	ПТСР	0.60	0.70	-2.07	0.042*	ПТС	0.38	0.40		2	ПТСР	0.61	0.54	-2.37	0.019*	ПТС	0.38	0.52	Фобична анксиозност	1	ПТСР	0.51	0.64	-3.59	0.001**	ПТС	0.17	0.24		2	ПТСР	0.37	0.47	-2.58	0.012*	ПТС	0.19	0.22	Параноидна идеација	1	ПТСР	0.77	0.85	0.09	0.930	ПТС	0.79	0.78		2	ПТСР	0.51	0.63	-2.25	0.027*	ПТС	0.29	0.34	Психотицизам	1	ПТСР	0.34	0.56	-2.61	0.011*	ПТС	0.12	0.24		2	ПТСР	0.28	0.43	-3.12	0.003**	ПТС	0.07	0.20	Општа истакнатост на симптомите	1	ПТСР	0.84	0.53	-5.19	0.000**	ПТС	0.42	0.28		2	ПТСР	0.65	0.46	-4.35	0.000**	ПТС	0.32	0.30	Вкупен број позитивни симптоми	1	ПТСР	21.51	11.07	-5.50	0.000**	ПТС	11.96	6.53		2	ПТСР	20.59	11.60	-4.79	0.000**	ПТС	11.83	8.53	Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060	ПТС	0.03	0.01		2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**	ПТС	0.02	0.01																																																																																						
Хостилност	1	ПТСР	0.60	0.70	-2.07	0.042*																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	0.38	0.40				2	ПТСР	0.61	0.54	-2.37	0.019*	ПТС	0.38	0.52	Фобична анксиозност	1	ПТСР	0.51	0.64	-3.59	0.001**	ПТС	0.17	0.24		2	ПТСР	0.37	0.47	-2.58	0.012*	ПТС	0.19	0.22	Параноидна идеација	1	ПТСР	0.77	0.85	0.09	0.930	ПТС	0.79	0.78		2	ПТСР	0.51	0.63	-2.25	0.027*	ПТС	0.29	0.34	Психотицизам	1	ПТСР	0.34	0.56	-2.61	0.011*	ПТС	0.12	0.24		2	ПТСР	0.28	0.43	-3.12	0.003**	ПТС	0.07	0.20	Општа истакнатост на симптомите	1	ПТСР	0.84	0.53	-5.19	0.000**	ПТС	0.42	0.28		2	ПТСР	0.65	0.46	-4.35	0.000**	ПТС	0.32	0.30	Вкупен број позитивни симптоми	1	ПТСР	21.51	11.07	-5.50	0.000**	ПТС	11.96	6.53		2	ПТСР	20.59	11.60	-4.79	0.000**	ПТС	11.83	8.53	Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060	ПТС	0.03	0.01		2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**	ПТС	0.02	0.01																																																																																																
	2	ПТСР	0.61	0.54	-2.37	0.019*																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	0.38	0.52			Фобична анксиозност	1	ПТСР	0.51	0.64	-3.59	0.001**	ПТС	0.17	0.24		2	ПТСР	0.37	0.47	-2.58	0.012*	ПТС	0.19	0.22	Параноидна идеација	1	ПТСР	0.77	0.85	0.09	0.930	ПТС	0.79	0.78		2	ПТСР	0.51	0.63	-2.25	0.027*	ПТС	0.29	0.34	Психотицизам	1	ПТСР	0.34	0.56	-2.61	0.011*	ПТС	0.12	0.24		2	ПТСР	0.28	0.43	-3.12	0.003**	ПТС	0.07	0.20	Општа истакнатост на симптомите	1	ПТСР	0.84	0.53	-5.19	0.000**	ПТС	0.42	0.28		2	ПТСР	0.65	0.46	-4.35	0.000**	ПТС	0.32	0.30	Вкупен број позитивни симптоми	1	ПТСР	21.51	11.07	-5.50	0.000**	ПТС	11.96	6.53		2	ПТСР	20.59	11.60	-4.79	0.000**	ПТС	11.83	8.53	Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060	ПТС	0.03	0.01		2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**	ПТС	0.02	0.01																																																																																																										
Фобична анксиозност	1	ПТСР	0.51	0.64	-3.59	0.001**																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	0.17	0.24				2	ПТСР	0.37	0.47	-2.58	0.012*	ПТС	0.19	0.22	Параноидна идеација	1	ПТСР	0.77	0.85	0.09	0.930	ПТС	0.79	0.78		2	ПТСР	0.51	0.63	-2.25	0.027*	ПТС	0.29	0.34	Психотицизам	1	ПТСР	0.34	0.56	-2.61	0.011*	ПТС	0.12	0.24		2	ПТСР	0.28	0.43	-3.12	0.003**	ПТС	0.07	0.20	Општа истакнатост на симптомите	1	ПТСР	0.84	0.53	-5.19	0.000**	ПТС	0.42	0.28		2	ПТСР	0.65	0.46	-4.35	0.000**	ПТС	0.32	0.30	Вкупен број позитивни симптоми	1	ПТСР	21.51	11.07	-5.50	0.000**	ПТС	11.96	6.53		2	ПТСР	20.59	11.60	-4.79	0.000**	ПТС	11.83	8.53	Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060	ПТС	0.03	0.01		2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**	ПТС	0.02	0.01																																																																																																																				
	2	ПТСР	0.37	0.47	-2.58	0.012*																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	0.19	0.22			Параноидна идеација	1	ПТСР	0.77	0.85	0.09	0.930	ПТС	0.79	0.78		2	ПТСР	0.51	0.63	-2.25	0.027*	ПТС	0.29	0.34	Психотицизам	1	ПТСР	0.34	0.56	-2.61	0.011*	ПТС	0.12	0.24		2	ПТСР	0.28	0.43	-3.12	0.003**	ПТС	0.07	0.20	Општа истакнатост на симптомите	1	ПТСР	0.84	0.53	-5.19	0.000**	ПТС	0.42	0.28		2	ПТСР	0.65	0.46	-4.35	0.000**	ПТС	0.32	0.30	Вкупен број позитивни симптоми	1	ПТСР	21.51	11.07	-5.50	0.000**	ПТС	11.96	6.53		2	ПТСР	20.59	11.60	-4.79	0.000**	ПТС	11.83	8.53	Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060	ПТС	0.03	0.01		2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**	ПТС	0.02	0.01																																																																																																																														
Параноидна идеација	1	ПТСР	0.77	0.85	0.09	0.930																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	0.79	0.78				2	ПТСР	0.51	0.63	-2.25	0.027*	ПТС	0.29	0.34	Психотицизам	1	ПТСР	0.34	0.56	-2.61	0.011*	ПТС	0.12	0.24		2	ПТСР	0.28	0.43	-3.12	0.003**	ПТС	0.07	0.20	Општа истакнатост на симптомите	1	ПТСР	0.84	0.53	-5.19	0.000**	ПТС	0.42	0.28		2	ПТСР	0.65	0.46	-4.35	0.000**	ПТС	0.32	0.30	Вкупен број позитивни симптоми	1	ПТСР	21.51	11.07	-5.50	0.000**	ПТС	11.96	6.53		2	ПТСР	20.59	11.60	-4.79	0.000**	ПТС	11.83	8.53	Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060	ПТС	0.03	0.01		2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**	ПТС	0.02	0.01																																																																																																																																								
	2	ПТСР	0.51	0.63	-2.25	0.027*																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	0.29	0.34			Психотицизам	1	ПТСР	0.34	0.56	-2.61	0.011*	ПТС	0.12	0.24		2	ПТСР	0.28	0.43	-3.12	0.003**	ПТС	0.07	0.20	Општа истакнатост на симптомите	1	ПТСР	0.84	0.53	-5.19	0.000**	ПТС	0.42	0.28		2	ПТСР	0.65	0.46	-4.35	0.000**	ПТС	0.32	0.30	Вкупен број позитивни симптоми	1	ПТСР	21.51	11.07	-5.50	0.000**	ПТС	11.96	6.53		2	ПТСР	20.59	11.60	-4.79	0.000**	ПТС	11.83	8.53	Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060	ПТС	0.03	0.01		2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**	ПТС	0.02	0.01																																																																																																																																																		
Психотицизам	1	ПТСР	0.34	0.56	-2.61	0.011*																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	0.12	0.24				2	ПТСР	0.28	0.43	-3.12	0.003**	ПТС	0.07	0.20	Општа истакнатост на симптомите	1	ПТСР	0.84	0.53	-5.19	0.000**	ПТС	0.42	0.28		2	ПТСР	0.65	0.46	-4.35	0.000**	ПТС	0.32	0.30	Вкупен број позитивни симптоми	1	ПТСР	21.51	11.07	-5.50	0.000**	ПТС	11.96	6.53		2	ПТСР	20.59	11.60	-4.79	0.000**	ПТС	11.83	8.53	Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060	ПТС	0.03	0.01		2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**	ПТС	0.02	0.01																																																																																																																																																												
	2	ПТСР	0.28	0.43	-3.12	0.003**																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	0.07	0.20			Општа истакнатост на симптомите	1	ПТСР	0.84	0.53	-5.19	0.000**	ПТС	0.42	0.28		2	ПТСР	0.65	0.46	-4.35	0.000**	ПТС	0.32	0.30	Вкупен број позитивни симптоми	1	ПТСР	21.51	11.07	-5.50	0.000**	ПТС	11.96	6.53		2	ПТСР	20.59	11.60	-4.79	0.000**	ПТС	11.83	8.53	Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060	ПТС	0.03	0.01		2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**	ПТС	0.02	0.01																																																																																																																																																																						
Општа истакнатост на симптомите	1	ПТСР	0.84	0.53	-5.19	0.000**																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	0.42	0.28				2	ПТСР	0.65	0.46	-4.35	0.000**	ПТС	0.32	0.30	Вкупен број позитивни симптоми	1	ПТСР	21.51	11.07	-5.50	0.000**	ПТС	11.96	6.53		2	ПТСР	20.59	11.60	-4.79	0.000**	ПТС	11.83	8.53	Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060	ПТС	0.03	0.01		2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**	ПТС	0.02	0.01																																																																																																																																																																																
	2	ПТСР	0.65	0.46	-4.35	0.000**																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	0.32	0.30			Вкупен број позитивни симптоми	1	ПТСР	21.51	11.07	-5.50	0.000**	ПТС	11.96	6.53		2	ПТСР	20.59	11.60	-4.79	0.000**	ПТС	11.83	8.53	Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060	ПТС	0.03	0.01		2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**	ПТС	0.02	0.01																																																																																																																																																																																										
Вкупен број позитивни симптоми	1	ПТСР	21.51	11.07	-5.50	0.000**																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	11.96	6.53				2	ПТСР	20.59	11.60	-4.79	0.000**	ПТС	11.83	8.53	Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060	ПТС	0.03	0.01		2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**	ПТС	0.02	0.01																																																																																																																																																																																																				
	2	ПТСР	20.59	11.60	-4.79	0.000**																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	11.83	8.53			Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060	ПТС	0.03	0.01		2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**	ПТС	0.02	0.01																																																																																																																																																																																																														
Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	ПТСР	0.04	0.01	-1.90	0.060																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	0.03	0.01				2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**	ПТС	0.02	0.01																																																																																																																																																																																																																								
	2	ПТСР	0.03	0.01	-3.56	0.001**																																																																																																																																																																																																																																		
		ПТС	0.02	0.01																																																																																																																																																																																																																																				

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Највисок степен на вознемиреност кај испитаниците со ПТСР предизвикувале соматските симптоми ($t(119)=-5.20$, $p<0.01$), опсесивно-компулсивните симптоми ($t(119)=-5.60$, $p<0.01$), симптомите на општа анксиозност ($t(119)=-4.67$, $p<0.01$) и депресивните симптоми ($t(119)=-4.39$, $p<0.01$). Помалку истакнати биле симптомите на хостилност ($t(119)=-2.07$, $p<0.05$) и на фобична анксиозност ($t(119)=-3.59$, $p<0.01$), додека најмалку застапени биле симптомите на психотицизам ($t(119)=-2.61$, $p<0.05$). Значајни разлики во истакнатоста на симптомите меѓу двете групи не се утврдени единствено во однос на интерперсоналната сензитивност и параноидните доживувања. Последната група симптоми е воедно и најистакнатиот проблем со менталното здравје кај испитаниците со долготраен посттравматски стрес.

Дополнителен наод за обемот на разликите во менталното здравје на двете групи испитаници е разликата во опсегот на просечната изразеност на симптомите, кој кај испитаниците со ПТСР се движи од 0.34 до 1.21, а кај испитаниците со долготрајни посттравматски реакции од 0.12 до 0.79.

Разликите во проблемите со менталното здравје се слични и при последователното интервју. Имено, испитаниците со ПТСР повторно доживуваат двојно поголем број симптоми (20.59 ± 11.60) од другата група испитаници (11.83 ± 8.53) ($t(119)=-4.79$, $p<0.01$). Кај испитаниците со ПТСР повторно е двојно повисок и индексот на општа истакнатост на симптомите (0.65 ± 0.46) во однос на испитаниците со долготраен посттравматски стрес (0.32 ± 0.30) ($t(119)=-4.35$, $p<0.01$). Вознемиреноста што симптомите ја предизвикувале кај двете групи испитаници повторно е ниска, но овој пат е поистакната кај испитаниците со ПТСР ($t(119)=-3.56$, $p<0.01$).

При второто интервјуирање, покрај тоа, утврдени се значајни разлики во истакнатоста на сите поединечни психопатолошки категории меѓу двете групи испитаници, кои повторно се поизразени кај испитаници со ПТСР. Поради тоа и овој пат наодите од споредбената анализа ќе бидат прикажани според степенот на истакнатост на симптомите кај оваа група испитаници.

Една година по првото интервју меѓу испитаниците со ПТСР највисок степен на вознемиреност предизвикуваат опсесивно-компулсивните симптоми ($t(119)=-4.77$, $p<0.01$), анксиозноста ($t(119)=-3.06$, $p<0.01$), депресивните ($t(119)=-4.02$, $p<0.01$) и соматските симптоми ($t(119)=-3.55$, $p<0.01$). Помалку изразени биле симптомите на хостилност ($t(119)=-2.37$, $p<0.05$) и параноидност ($t(119)=-2.25$, $p<0.05$), а најмалку застапени биле симптомите на интерперсонална сензитивност ($t(119)=-3.88$, $p<0.01$), фобична анксиозност ($t(119)=-2.58$, $p<0.05$) и психотицизам ($t(119)=-3.12$, $p<0.01$).

Посттрауматски стресни реакции

Ревидираната скала за влијание на настанот овозможи да се утврди истакнатоста на актуелните посттрауматски стресни реакции кај испитаниците, четири и пет години по завршувањето на конфликтот. Авторите на скалата не наведуваат критичен скор на ниво на целата скала кој би овозможил идентификација на испитаниците со клинички значајно ниво на посттрауматски стрес, но во литературата се сретнуваат критериуми за категоризирање на испитаниците во три групи според степенот на истакнатост на симптомите: просечна, умерена и клинички значајна истакнатост (Табела 8).

Впечатливо е дека при првото интервјуирање кај испитаниците со ПТСР ниту еден испитаник не доживувал твр. просечен степен на истакнатост на посттрауматските стресни реакции, додека кај секој петти испитаник (19.6%) биле присутни умерено истакнати долготрајни посттрауматски стресни реакции. Сите останати испитаници од оваа група доживувале клинички значаен посттрауматски стрес. Поради критериумот за избор на испитаниците за последователно интервју (сиров скор на IES-R ≥ 22) сите испитаници од оваа група при првото интервју доживувале клинички значајни посттрауматски стресни реакции.

Табела 8. Процент на испитаници со ПТСР и на испитаници со долготраен посттрауматски стрес (ПТС) кои при двете процени доживуваат просечна, умерена и клинички значајна истакнатост на посттрауматски стресни реакции

Истакнатост на посттрауматски симптоми	Статус	Процена	
		1	2
ПРОСЕЧНА	ПТСР	0.0	21.6
Вкупен скор*: 0-8	ПТС	0.0	67.1
УМЕРЕНА	ПТСР	19.6	39.2
Вкупен скор*: 9-19	ПТС	0.0	21.4
КЛИНИЧКИ ЗНАЧАЈНА	ПТСР	80.4	39.2
Вкупен скор*: ≥ 20	ПТС	100	11.4

* сиров вкупен скор

Една година подоцна истакнатоста на посттрауматскиот стрес кај двете групи испитаници значајно се намалила, при што низок степен на посттрауматски стресни реакции доживувале тројно поголем процент испитаници со долготраен посттрауматски стрес (67.1%) наспроти испитаници со ПТСР (21.6%). Умерено истакнати симптоми на посттрауматски стрес

доживувале двојно поголем процент испитаници со ПТСР од другата група испитаници (39.2% наспроти 21.4%), а клинички значајна истакнатост на посттравматските реакции е утврдена кај речиси четири пати поголем процент испитаници со ПТСР од испитаниците со долготраен посттравматски стрес (39.2% наспроти 11.4%).

Проверката на разликите меѓу двете групи испитаници (Табела 9) откри значајни разлики во истакнатоста на актуелните посттравматски реакции при двете процени, иако степенот на истакнатост на симптомите кај двете групи испитаници е релативно низок. При првата проценка испитаниците со ПТСР доживувале значајно поистакнати симптоми на преплашеност со сеќавања и мисли поврзани со трауматскиот настан ($t(119)=-3.06$, $p<0.01$), додека кај испитаниците со долготраен посттравматски стрес биле поистакнати симптомите на избегнување ($t(119)=2.35$, $p<0.05$). Не се утврдени значајни разлики во однос на симптомите на зголемена вонемиреност, ниту во однос на просечниот степен на истакнатост на актуелните посттравматски реакции.

Табела 9. Значајност на разлики во истакнатоста на посттравматските стресни реакции кај испитаниците со ПТСР и испитаниците со долготраен посттравматски стрес

СУПСКАЛИ на IES-R	Процена	Статус	M	SD	t	Sig.																																																																																						
Преплашеност	1	ПТСР	1.90	0.86	-3.06	0.003**																																																																																						
		ПТС	1.47	0.63				2	ПТСР	1.18	0.84	-5.30	0.000**	ПТС	0.46	0.55	Избегнување	1	ПТСР	1.50	0.71	2.35	0.021*	ПТС	1.78	0.60		2	ПТСР	0.73	0.69	-4.89	0.000**	ПТС	0.22	0.31	Зголемена вознемиреност	1	ПТСР	1.54	1.08	-1.85	0.068	ПТС	1.22	0.69		2	ПТСР	0.96	0.94	-4.06	0.000**	ПТС	0.36	0.61	Просечен скор	1	ПТСР	1.66	0.71	-1.26	0.210	ПТС	1.51	0.46		2	ПТСР	0.96	0.74	-5.32	0.000**	ПТС	0.35	0.42	Вкупен скор	1	ПТСР	36.45	15.55	-1.26	0.210	ПТС	33.30	10.15		2	ПТСР	21.04	16.19	-5.32
	2	ПТСР	1.18	0.84	-5.30	0.000**																																																																																						
		ПТС	0.46	0.55			Избегнување	1	ПТСР	1.50	0.71	2.35	0.021*	ПТС	1.78	0.60		2	ПТСР	0.73	0.69	-4.89	0.000**	ПТС	0.22	0.31	Зголемена вознемиреност	1	ПТСР	1.54	1.08	-1.85	0.068	ПТС	1.22	0.69		2	ПТСР	0.96	0.94	-4.06	0.000**	ПТС	0.36	0.61	Просечен скор	1	ПТСР	1.66	0.71	-1.26	0.210	ПТС	1.51	0.46		2	ПТСР	0.96	0.74	-5.32	0.000**	ПТС	0.35	0.42	Вкупен скор	1	ПТСР	36.45	15.55	-1.26	0.210	ПТС	33.30	10.15		2	ПТСР	21.04	16.19	-5.32	0.000**	ПТС	7.60	9.30						
Избегнување	1	ПТСР	1.50	0.71	2.35	0.021*																																																																																						
		ПТС	1.78	0.60				2	ПТСР	0.73	0.69	-4.89	0.000**	ПТС	0.22	0.31	Зголемена вознемиреност	1	ПТСР	1.54	1.08	-1.85	0.068	ПТС	1.22	0.69		2	ПТСР	0.96	0.94	-4.06	0.000**	ПТС	0.36	0.61	Просечен скор	1	ПТСР	1.66	0.71	-1.26	0.210	ПТС	1.51	0.46		2	ПТСР	0.96	0.74	-5.32	0.000**	ПТС	0.35	0.42	Вкупен скор	1	ПТСР	36.45	15.55	-1.26	0.210	ПТС	33.30	10.15		2	ПТСР	21.04	16.19	-5.32	0.000**	ПТС	7.60	9.30																
	2	ПТСР	0.73	0.69	-4.89	0.000**																																																																																						
		ПТС	0.22	0.31			Зголемена вознемиреност	1	ПТСР	1.54	1.08	-1.85	0.068	ПТС	1.22	0.69		2	ПТСР	0.96	0.94	-4.06	0.000**	ПТС	0.36	0.61	Просечен скор	1	ПТСР	1.66	0.71	-1.26	0.210	ПТС	1.51	0.46		2	ПТСР	0.96	0.74	-5.32	0.000**	ПТС	0.35	0.42	Вкупен скор	1	ПТСР	36.45	15.55	-1.26	0.210	ПТС	33.30	10.15		2	ПТСР	21.04	16.19	-5.32	0.000**	ПТС	7.60	9.30																										
Зголемена вознемиреност	1	ПТСР	1.54	1.08	-1.85	0.068																																																																																						
		ПТС	1.22	0.69				2	ПТСР	0.96	0.94	-4.06	0.000**	ПТС	0.36	0.61	Просечен скор	1	ПТСР	1.66	0.71	-1.26	0.210	ПТС	1.51	0.46		2	ПТСР	0.96	0.74	-5.32	0.000**	ПТС	0.35	0.42	Вкупен скор	1	ПТСР	36.45	15.55	-1.26	0.210	ПТС	33.30	10.15		2	ПТСР	21.04	16.19	-5.32	0.000**	ПТС	7.60	9.30																																				
	2	ПТСР	0.96	0.94	-4.06	0.000**																																																																																						
		ПТС	0.36	0.61			Просечен скор	1	ПТСР	1.66	0.71	-1.26	0.210	ПТС	1.51	0.46		2	ПТСР	0.96	0.74	-5.32	0.000**	ПТС	0.35	0.42	Вкупен скор	1	ПТСР	36.45	15.55	-1.26	0.210	ПТС	33.30	10.15		2	ПТСР	21.04	16.19	-5.32	0.000**	ПТС	7.60	9.30																																														
Просечен скор	1	ПТСР	1.66	0.71	-1.26	0.210																																																																																						
		ПТС	1.51	0.46				2	ПТСР	0.96	0.74	-5.32	0.000**	ПТС	0.35	0.42	Вкупен скор	1	ПТСР	36.45	15.55	-1.26	0.210	ПТС	33.30	10.15		2	ПТСР	21.04	16.19	-5.32	0.000**	ПТС	7.60	9.30																																																								
	2	ПТСР	0.96	0.74	-5.32	0.000**																																																																																						
		ПТС	0.35	0.42			Вкупен скор	1	ПТСР	36.45	15.55	-1.26	0.210	ПТС	33.30	10.15		2	ПТСР	21.04	16.19	-5.32	0.000**	ПТС	7.60	9.30																																																																		
Вкупен скор	1	ПТСР	36.45	15.55	-1.26	0.210																																																																																						
		ПТС	33.30	10.15				2	ПТСР	21.04	16.19	-5.32	0.000**	ПТС	7.60	9.30																																																																												
	2	ПТСР	21.04	16.19	-5.32	0.000**																																																																																						
		ПТС	7.60	9.30																																																																																								

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

При втората проценка кај испитаниците со ПТСР повторно биле поистакнати симптомите на преплавување ($t(119)=-5.30$, $p<0.01$), но овој пат и симптомите на избегнување ($t(119)=-4.89$, $p<0.01$) и на зголемена вознемиреност ($t(119)=-4.06$, $p<0.01$). Во овој наврат е утврдена и значајна разлика во просечната истакнатост на актуелните посттрауматски симптоми, која е тројно повисока кај испитаниците со ПТСР ($t(119)=-5.32$, $p<0.01$).

Табела 10. Зачестеност на актуелни симптоми на ПТСР кај испитаниците со ПТСР и испитаниците со долготраен посттрауматски стрес, изразена во проценти (%)

Кластер на симптоми на ПТСР	Процена			
	1		2	
	ПТСР	ПТС	ПТСР	ПТС
Критериум В	100	47.1	49.0	17.1
Критериум С	100	12.9	47.0	5.7
0	0.0	57.1	29.4	65.7
1	0.0	10.0	21.6	14.3
2	0.0	20.0	2.0	14.3
3	31.4	4.3	19.6	5.7
4	31.4	4.3	9.8	0.0
5	21.6	2.9	13.7	0.0
6	13.7	1.4	3.9	0.0
7	2.0	0.0	0.0	0.0
Критериум D	100	8.6	64.8	34.4
0	0.0	88.6	27.5	42.9
1	0.0	2.9	7.8	22.9
2	5.9	1.4	17.6	12.9
3	21.6	4.3	11.8	12.9
4	35.5	2.9	7.8	5.7
5	37.3	0.0	27.6	2.9

Поради можноста за постоење на делумно ПТСР меѓу испитаниците кои не ги задоволуваат дијагностичките критериуми за сегашно посттрауматско стресно растројство, направена е и проверка на зачестеноста на актуелните симптоми на ПТСР, проценети со *Краткото меѓународно невропсихијатриско интервју* (Табела 10). Наодите покажуваат дека при првото интервју дијагностичкиот критериум В (присуство на најмалку еден од пет симптоми на преплавеност) го задоволуваат речиси половина (47.1%) од испитаниците со долготрајни посттрауматски стресни реакции. Критериумот С (присуство на најмалку три од седум симптоми на избегнување) и критериумот D (присуство на најмалку два од пет симптоми на зголемена вознемиреност) го задоволуваат значајно помал број испитаници од оваа група (12.9% и 8.6%).

Земајќи ги предвид и резултатите на *Ревидираната скала за влијание на настанот*, овие наоди оставаат простор за можно постоење на парцијално ПТСР кај мал број од испитаниците кои во моментот на процената не ги задоволувале сите дијагностички критериуми за сегашно ПТСР. Покрај тоа, од табелата се забележува и дека испитаниците со ПТСР при првото интервјуирање доживувале поголем број симптоми од минималниот број потребен за задоволување на дијагностичките критериуми.

При последователното интервју речиси половина од испитаниците со ПТСР дијагностицирано претходната година (49%) сè уште го задоволуваат критериумот В, наспроти тројно помалиот процент испитаници од другата група (17.1%). Критериумот С, исто така, го задоволуваат речиси половина од испитаниците со ПТСР (47%), наспроти малиот процент испитаници со долготраен посттрауматски стрес (5.7%). Најголем процент испитаници од двете групи го задоволуваат критериумот D, во кој всушност спаѓаат симптоми кои не се исклучиво одраз на посттрауматски стрес (64.8% и 34.4%). Во овој наврат за присуство на парцијално ПТСР може да зборуваме во однос на многу помал процент испитаници со долготрајни посттрауматски реакции.

Преваленција на ментални растројства и коморбидитет

Краткото меѓународно невропсихијатриско интервју овозможи утврдување на преваленција на неколку групи ментални растројства кај испитаниците: растројства на расположението, анксиозни растројства, растројства предизвикани од употреба на супстанции, психотични растројства, антисоцијално растројство и соматизациско, односно соматоформно растројство.

Преваленцијата е прикажана преку процентот на испитаници кои во моментот на испитувањето ги задоволувале дијагностичките критериуми за одредено ментално растројство (Табела 11). За неколку од проценуваните растројства (манија, хипоманија, панично растројство, ПТСР, антисоцијално и психотично растројство) добиени се и податоци за нивна преваленција во текот на целиот живот на испитаниците.

При првото интервјуирање над третина од испитаниците со ПТСР (43.1%) задоволувале дијагностички критериуми само за посттрауматско стресно растројство, додека речиси третина (29.4%) задоволувале критериуми за две растројства. Кај повеќе од четвртина од испитаниците (27.6%) бил утврден значаен коморбидитет од три или повеќе растројства. За

споредба, меѓу испитаниците со долготраен посттравматски стрес, над четвртина (27.2%) задоволувале критериуми за едно ментално растројство, при што коморбидитет од најмногу две растројства е утврден кај мал процент испитаници (4.3%). Дополнителната анализа покажа дека испитаниците со ПТСР при првата процена биле изложени на двојно поголем ризик за појава на коморбидитет (OR 2.22 [95% CI 1.61-3.05], $p < 0.001$).

Табела 11. Преваленција на ментални растројства кај испитаниците со ПТСР и испитаниците со долготраен посттравматски стрес, изразена во проценти (%)

РАСТРОЈСТВА	Процена			
	1		2	
	ПТСР	ПТС	ПТСР	ПТС
БАРЕМ ЕДНО РАСТРОЈСТВО	100	27.2	64.8	25.8
1 растројство	43.1	22.9	41.2	22.9
2 растројства	29.4	4.3	11.8	2.9
≥3 растројства	27.6	0.0	11.8	0.0
РАСТРОЈСТВО НА РАСПОЛОЖЕНИЕТО	47.1	20.0	31.4	4.3
Тешка депресивна епизода (ТДЕ)				
сегашна (последните 2 недели)	15.7	0.0	19.6	1.4
рекурентна	8.0	0.0	13.7	0.0
ТДЕ со меланхолични симптоми				
сегашна (последните 2 недели)	5.9	0.0	3.9	0.0
Дистимија				
сегашна (последните 2 години)	31.4	12.9	11.8	2.9
Суицидалност	23.5	8.6	11.8	1.4
сегашна (последниот месец)				
▪ ниска	19.6	8.6	9.8	1.4
▪ средна	3.9	0.0	2.0	0.0
▪ висока	0.0	0.0	0.0	0.0
Хипоманична епизода				
сегашна	0.0	0.0	0.0	0.0
мината	0.0	1.4	0.0	0.0
Манична епизода				
сегашна	0.0	0.0	0.0	0.0
мината	0.0	0.0	0.0	0.0
АНКСИОЗНО РАСТРОЈСТВО	100	8.6	51.0	22.9
Панично растројство				
сегашно (последниот месец)	7.8	1.4	2.0	0.0
долготрајно	11.8	4.3	2.0	0.0
Агорафобија				
сегашна	3.9	0.0	0.0	0.0
Социјална фобија				
сегашна (последниот месец)	5.9	0.0	3.9	0.0
Опсесивно-компулсивно растројство				
сегашно (последниот месец)	2.0	0.0	2.0	0.0
Посттравматско стресно растројство				
сегашно (последниот месец)	100	0.0	35.3	1.4
минато	0.0	45.7	33.3	4.3
Генерализирано анксиозно растројство				
сегашно (последните 6 месеци)	2.0	7.1	15.7	21.4

(Табела 11 продолжува на следната страница)

(Табела 11. Продолжение)

РАСТРОЈСТВА	Процена			
	1		2	
	ПТСР	ПТС	ПТСР	ПТС
РАСТРОЈСТВО ПРЕДИЗВИКАНО ОД УПОТРЕБА НА СУПСТАНЦИИ	2.0	1.4	0.0	0.0
Зависност од алкохол (последните 12 месеци)	0.0	0.0	0.0	0.0
Злоупотреба на алкохол (последните 12 месеци)	0.0	1.4	0.0	0.0
Зависност од супстанции (неалкохолни) (последните 12 месеци)	2.0	0.0	0.0	0.0
Злоупотреба на супстанции (неалкохолни) (последните 12 месеци)	0.0	0.0	0.0	0.0
ПСИХОТИЧНО РАСТРОЈСТВО И РАСТРОЈСТВО НА РАСПОЛОЖЕНИЕТО СО ПСИХОТИЧНИ СИПТОМИ	5.9	0.0	2.0	0.0
Психотично растројство сегашно	2.0	0.0	0.0	0.0
долготрајно	2.0	0.0	2.0	0.0
Растројство на расположението со психотични сиптоми сегашно	5.9	0.0	2.0	0.0
долготрајно	5.9	0.0	3.9	0.0
АНТИСОЦИЈАЛНО РАСТРОЈСТВО НА ЛИЧНОСТА	0.0	1.4	-	-
СОМАТИЗАЦИСКО/СОМАТОФОРМНО РАСТРОЈСТВО	0.0	0.0	0.0	0.0

Најпревалентна група растројства кај испитаниците од двете групи се растројствата на расположението (47.1% и 20%), доколку ги изземеме анксиозните растројства поради присуството на ПТСР како критериум за дефинирање на групите. Постоене на некое од останатите проценети групи ментални растројства (растројства предизвикани од употреба на супстанции и психотични растројства) е утврдено кај неколкумина испитаници од двете групи ($\leq 2\%$).

Најчести ментални растројства кај двете групи испитаници при првото интервју се дистимијата и суицидалноста, при што неколкукратно е поголем процентот на испитаници со ПТСР кои ги задоволуваат критериумите за овие растројства во споредба со испитаниците со долготраен посттравматски стрес - 31.4% наспроти 12.9% за дистимија и 23.5% наспроти 8.6% за суицидалност. Кај испитаниците со ПТСР, покрај тоа, значајно е повисока и стапката на преваленција на тешка депресивна епизода (15.7% наспроти 0%) и на панично растројство (7.8% наспроти 1.4%). Од друга страна, кај испитаниците со долготрајни посттравматски стресни реакции повисока е стапката на преваленција на генерализирано анксиозно растројство (7.1% наспроти 2%).

Ниту еден испитаник од оваа група, покрај тоа, не ги задоволувал дијагностичките критериуми за сегашно манично или хипоманично растројство, агорафобија, социјална фобија, опсесивно-компулсивно-растројство, зависност од алкохол или од неалкохолни супстанции, психотично растројство или соматизациско растројство. Дел од овие растројства во мал процент се утврдени кај испитаниците со ПТСР (<6%).

Доколку се погледне животната преваленција на ментални растројства, откриваме дека речиси половина од испитаниците со долготраен посттравматски стрес (45.7%) во одреден период од животот задоволувале критериуми за дијагностицирање на посттравматското стресно растројство. Кај испитаниците со ПТСР, пак, повисоки стапки на животна преваленција се бележат само за панично растројство (11.8%) и рекурентна депресија (8%).

Кога станува збор за присуството на барем едно ментално растројство, во последователното интервју е утврдена речиси иста стапка на преваленција, при што кај испитаниците со ПТСР се намалува стапката на коморбидитет, додека кај другата група испитаници промените се незначителни. Повторно дополнителната анализа покажа дека испитаниците со ПТСР и една година подоцна биле изложени на повисок ризик за појава на коморбидитет во споредба со другата група испитаници (OR 1.27 [95% CI 1.08-1.49], $p < 0.001$).

Иако кај двете групи испитаници при втората процена преовладуваат анксиозните растројства, двојно е повисока стапката на оваа група растројства кај испитаниците со ПТСР (51% наспроти 22.9%). Покрај тоа, кај оваа група испитаници повеќекратно е повисока и стапката на растројства на расположението во однос на испитаниците со долготраен посттравматски стрес (31.4% наспроти 4.3%).

Утврдено е значајно намалување на стапката на преваленција на сегашно ПТСР кај испитаниците кај кои било дијагностицирано ПТСР во првиот наврат (35.3%), како и намалување на стапката на суицидалност кај двете групи испитаници (11.8% и 1.4%), додека преваленцијата на генерализираното анксиозно растројство е зголемена (15.7% и 21.4%). Кај испитаниците со дијагностицирано ПТСР во првото интервју и во овој наврат е често присуството на тешко депресивно растројство (19.6%).

Табела 12. Коморбидитет на анксиозни и депресивни растројства кај испитаниците со ПТСР и испитаниците со долготраен посттравматски стрес, изразен во проценти (%)

Процена	СТАТУС	Само анксиозни растројства	Само депресивни растројства	Коморбидитет
1	ПТСР	45.1	-	54.9
	ПТС	5.7	17.1	2.9
2	ПТСР	33.3	13.7	17.7
	ПТС	21.4	2.9	1.4

* суицидалноста не е внесена во групата на депресивни растројства

Со оглед на тоа што анксиозните и депресивните растројства се најпревалентни меѓу испитаниците во двата наврати, проверен беше и коморбидитетот на овие две групи растројства (Табела 12). Само едно или повеќе анксиозни растројства при првото интервју имаат повеќекратно поголем процент испитаници со ПТСР (45.1% наспроти 5.7%), додека само едно или повеќе депресивни растројства се утврдени кај помалку од петтина од испитаниците со долготраен посттравматски стрес (17.1%). Коморбидитет од барем едно анксиозно и едно депресивно растројство е утврден кај повеќе од половина од испитаниците со ПТСР (54.9%) во споредба со само неколкумина испитаници од другата група (<3%).

Во последователното интервју очигледна е доминантноста на анксиозните растројства кај двете групи испитаници (33.3% и 21.4%) наспроти депресивните растројства (13.7% и 2.9%). Коморбидитет од барем едно анксиозно и едно депресивно растројство е утврден кај значајно помал процент испитаници со ПТСР (17.7%) и само кај еден испитаник од другата група.

Квалитет на животот

Краткиот манчестерски прашалник за проценка на квалитетот на животот овозможи увид во задоволството на испитаниците од различни области од нивниот живот. Прво ќе бидат презентирани наодите за субјективните показатели на квалитетот на животот, а потоа за објективните показатели на квалитетот на животот.

Споредбата на степенот на задоволство од животот кај двете групи испитаници (Табела 13) откри дека испитаниците со ПТСР се помалку задоволни од неколку области во својот живот во споредба со испитаниците со долготраен посттравматски стрес. Во двата наврати испитаниците со ПТСР имаат понизок просечен скор на MANSА од испитаниците со долготраен посттравматски стрес ($t(119)=4.35$, $p<0.01$), односно ($t(119)=2.60$, $p<0.05$).

Значајно се помалку позадоволни од бројот и квалитетот на пријателствата ($t(119)=3.03$, $p<0.01$), односно ($t(119)=2.74$, $p<0.01$); активностите со кои се ангажираат во слободното време ($t(119)=3.32$, $p<0.01$), односно ($t(119)=2.54$, $p<0.05$); од своето физичко здравје ($t(119)=4.13$, $p<0.01$), односно ($t(119)=4.09$, $p<0.01$); и од своето ментално здравје ($t(119)=4.70$, $p<0.01$), односно ($t(119)=3.71$, $p<0.01$). Само при првото интервјуирање кај испитаниците со ПТСР бил утврден и значајно понизок степен на задоволство од животот во целина ($t(119)=3.18$, $p<0.01$).

Табела 13. Значајност на разлики во процената на субјективните показатели на квалитетот на живот кај испитаниците со ПТСР и испитаниците со долготраен посттравматски стрес

ЗАДОВОЛСТВО ОД:	Процена	ПОЛ	М	SD	t	Sig.
Квалитетот на животот во целина	1	ПТСР ПТС	3.41 4.21	1.50 1.18	3.18	0.002**
	2	ПТСР ПТС	3.98 4.17	1.29 1.12		
Работниот статус	1	ПТСР ПТС	2.69 3.23	1.50 1.66	1.85	0.067
	2	ПТСР ПТС	3.27 3.31	1.48 1.32		
Финансиската состојба	1	ПТСР ПТС	2.51 2.93	1.42 1.36	1.65	0.103
	2	ПТСР ПТС	2.14 3.40	1.31 1.29		
Бројот и квалитетот на пријателствата	1	ПТСР ПТС	4.63 5.39	1.52 1.09	3.03	0.003**
	2	ПТСР ПТС	4.78 5.34	1.20 0.96		
Активностите во слободното време	1	ПТСР ПТС	3.76 4.56	1.42 1.20	3.32	0.001**
	2	ПТСР ПТС	3.65 4.14	1.04 1.08		
Сместувањето	1	ПТСР ПТС	4.02 4.44	1.41 1.26	1.74	0.085
	2	ПТСР ПТС	4.37 4.74	1.26 1.09		
Личната безбедност	1	ПТСР ПТС	4.06 4.39	1.51 1.40	1.23	0.222
	2	ПТСР ПТС	4.18 4.53	0.99 1.06		
Луѓето со кои живеее/ живеењето сам	1	ПТСР ПТС	5.47 5.71	1.36 0.97	1.15	0.251
	2	ПТСР ПТС	5.57 5.54	1.15 1.16		

(Табела 13 продолжува на следната страница)

(Табела 13. Продолжение)

ЗАДОВОЛСТВО ОД:	Процена	ПОЛ	M	SD	t	Sig.
Сексуалниот живот	1	ПТСР	4.51	1.99	1.72	0.090
		ПТС	5.13	1.27		
	2	ПТСР	4.60	1.58	1.79	0.076
		ПТС	5.14	1.28		
Односите со семејството	1	ПТСР	5.47	1.26	1.83	0.071
		ПТС	5.84	0.86		
	2	ПТСР	5.42	1.07	0.38	0.708
		ПТС	5.49	0.85		
Физичкото здравје	1	ПТСР	3.69	1.44	4.13	0.000**
		ПТС	4.83	1.55		
	2	ПТСР	4.02	1.48	4.09	0.000**
		ПТС	5.03	1.13		
Менталното здравје	1	ПТСР	3.98	1.61	4.70	0.000**
		ПТС	5.20	1.25		
	2	ПТСР	4.33	1.62	3.71	0.000**
		ПТС	5.29	0.99		
ПРОСЕЧЕН СКОР	1	ПТСР	4.00	0.91	4.35	0.000**
		ПТС	4.65	0.65		
	2	ПТСР	4.26	0.94	2.60	0.011*
		ПТС	4.67	0.77		
ВКУПЕН СКОР	1	ПТСР	47.14	11.04	4.35	0.000**
		ПТС	55.20	7.66		
	2	ПТСР	49.76	11.45	2.60	0.011*
		ПТС	55.10	9.53		

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Области од животот од кои испитаниците од двете групи се најзадоволни, при обете интервјуирања, се односите со луѓето со кои живеат (5.47 ± 1.36 и 5.57 ± 1.15 односно 5.71 ± 0.97 и 5.54 ± 1.16), и односите со семејството (5.47 ± 1.26 и 5.42 ± 1.07 односно 5.84 ± 0.86 и 5.49 ± 0.85), додека најмалку се задоволни од работниот статус (2.69 ± 1.50 и 3.27 ± 1.48 односно 3.23 ± 1.66 и 3.31 ± 1.32) и финансиската состојба (2.51 ± 1.42 и 2.14 ± 1.31 односно 2.93 ± 1.36 и 3.40 ± 1.29).

Во однос на објективните показатели на квалитетот на животот (Табела 14), може да се констатира дека при првото интервју е поголем процентот на испитаници со долготраен посттравматски стрес (91.4%) од испитаници со ПТСР (78.4%) кои изјавиле дека имаат близок пријател и дека се сретнале со пријател во последната недела (90% наспроти 76.5%), што е во склад со наодите од процената на субјективните показатели. Во текот на годината пред првото интервју еден испитаник со долготраен посттравматски стрес изјавил дека бил обвинет за криминално дело, а еден дека бил жртва на физичко насилство.

Во последователното интервју приближно е ист процентот на испитаници од двете групи кои изјавиле дека имаат близок пријател (94.1% и 92.9%), а повторно поголем процент испитаници со долготраен посттравматски стрес се сретнале со пријател во неделата пред интервјуирањето (95.7% наспроти 86.3%). Во периодот меѓу двете интервјуа ниту еден испитаник не бил обвинет за криминално дело ниту бил жртва на физичко насилство.

Табела 14. Објективни показатели на квалитетот на живот кај испитаниците со ПТСР и испитаниците со долготраен посттравматски стрес, изразени во проценти (%)

	Статус	Процена	
		1	2
Има близок пријател	ПТСР	78.4	94.1
	ПТС	91.4	92.9
Сретнал пријател последната недела	ПТСР	76.5	86.3
	ПТС	90.0	95.7
Обвинет за криминално дело последната година	ПТСР	0.0	0.0
	ПТС	1.4	0.0
Жртва на физичко насилство последната година	ПТСР	0.0	0.0
	ПТС	1.4	0.0

Врз основа на досега презентираниите споредбени наоди за двете групи испитаници можеме да заклучиме дека истражувањето ја поддржа во целост хипотезата H_1 , која гласи: *Лицата со хронично ПТСР доживуваат поистакнати посттравматски симптоми, поистакнати проблеми со менталното здравје и имаат понизок квалитет на живот од лицата со долготраен посттравматски стрес, но без ПТСР.*

ДОЛГОТРАЕН ПОСТТРАВМАТСКИ СТРЕС

За појасен увид во процесот на закрепнување на испитаниците со долготрајни посттравматски стресни реакции, а без ПТСР, направени се неколку споредбени и корелациони анализи во процените на нивното ментално здравје и квалитетот на животот при првото и последователното интервју. Во однос на секој показател прво се презентирани податоците за целата група испитаници, а потоа и според полот, етничката припадност и статусот на раселеност за време на конфликтот.

Проверката на значајноста на разликите во истакнатоста на актуелните посттрауматски стресни реакции меѓу двете интервјуирања (Табела 15), откри дека при последователното интервју испитаниците доживувале значајно послабо истакнати посттрауматски стресни реакции во споредба со периодот непосредно пред првото интервју. Поточно, кај испитаниците е утврден значаен пад во истакнатоста на симптомите на преплашеност ($t(69)=18.21$, $p<0.01$), избегнување ($t(69)=10.13$, $p<0.01$) и зголемена вознемиреност ($t(69)=8.50$, $p<0.01$). Секако, значајно понизок во овој наврат кај испитаниците е и просечниот, односно вкупниот скор на скалата IES-R ($t(69)=14.65$, $p<0.01$), кој укажува дека по една година посттрауматските реакции на испитаниците веќе не предизвикуваат клинички значајна вознемиреност кај нив, туку низок степен на дистрес.

Табела 15. Значајност на разлики во истакнатоста на посттрауматските стресни реакции при двете процени кај испитаниците со долготраен посттрауматски стрес

СУПСКАЛИ на IES-R	Процена	M	SD	t	Sig.
Преплашеност	1	1.47	0.63	10.13	0.000**
	2	0.46	0.55		
Избегнување	1	1.78	0.60	18.21	0.000**
	2	0.22	0.31		
Зголемена вознемиреност	1	1.22	0.69	8.50	0.000**
	2	0.36	0.61		
Просечен скор	1	1.51	0.46	14.65	0.000**
	2	0.35	0.42		
Вкупен скор	1	33.3	10.2	14.65	0.000**
	2	7.6	9.3		

**** $p<0.01$**

Во однос на структурата на долготрајниот посттрауматски стрес, при првото интервју кај испитаниците биле најистакнати симптомите на избегнување, иако во умерен степен, додека најмалку истакнати биле симптомите на зголемена вознемиреност. При второто интервјуирање најистакнати биле симптомите на преплашеност, иако кај испитаниците предизвикувале ниска вознемиреност, а овој пат најмалку истакнати биле симптомите на избегнување.

Проверката на разликите меѓу испитаниците од машки и од женски пол (Табела 16), не откри значајни разлики во однос на истакнатоста на актуелните посттрауматски реакции кај двете групи испитаници ниту при првото ниту при последователното интервјуирање.

Табела 16. Значајност на разлики во истакнатоста на посттрауматските стресни реакции при двете процени кај испитаниците со долготраен посттрауматски стрес од машки и од женски пол

СУПСКАЛИ на IES-R	Процена	Пол	M	SD	t	Sig.
Преплавеност	1	машки	1.44	0.59	-0.40	0.688
		женски	1.50	0.69		
	2	машки	0.38	0.43	-1.37	0.178
		женски	0.57	0.67		
Избегнување	1	машки	1.72	0.58	-0.89	0.372
		женски	1.85	0.62		
	2	машки	0.17	0.21	-1.67	0.102
		женски	0.30	0.40		
Зголемена вознемиреност	1	машки	1.25	0.71	0.32	0.747
		женски	1.19	0.68		
	2	машки	0.30	0.59	-0.92	0.359
		женски	0.43	0.63		
Просечен скор	1	машки	1.49	0.42	-0.49	0.627
		женски	1.54	0.51		
	2	машки	0.28	0.35	-1.47	0.148
		женски	0.43	0.49		
Вкупен скор	1	машки	32.77	9.30	-0.49	0.627
		женски	33.97	11.25		
	2	машки	6.10	7.69	-1.47	0.148
		женски	9.48	10.83		

Табела 17. Значајност на разлики во истакнатоста на посттрауматските стресни реакции при двете процени кај испитаниците со долготраен посттрауматски стрес од македонска и од албанска етничка припадност

СУПСКАЛИ на IES-R	Процена	Етничка припадност	M	SD	t	Sig.
Преплавеност	1	Македонци	1.43	0.67	-0.57	0.568
		Албанци	1.52	0.58		
	2	Македонци	0.48	0.65	0.50	0.616
		Албанци	0.42	0.38		
Избегнување	1	Македонци	1.67	0.63	-1.72	0.091
		Албанци	1.92	0.51		
	2	Македонци	0.16	0.26	-1.96	0.056
		Албанци	0.32	0.36		
Зголемена вознемиреност	1	Македонци	1.39	0.72	2.48	0.016*
		Албанци	0.99	0.58		
	2	Македонци	0.46	0.72	2.00	0.049*
		Албанци	0.20	0.36		
Просечен скор	1	Македонци	1.51	0.48	-0.10	0.919
		Албанци	1.52	0.44		
	2	Македонци	0.36	0.47	0.37	0.710
		Албанци	0.32	0.35		
Вкупен скор	1	Македонци	33.20	10.54	-0.10	0.919
		Албанци	33.45	9.75		
	2	Македонци	7.95	10.36	0.37	0.710
		Албанци	7.10	7.69		

* $p < 0.05$

Но значајна разлика е утврдена меѓу испитаниците од македонска и албанска етничка припадност (Табела 17) во однос на симптомите на зголемена вознемиреност при двете процени. Имено, во двата наврати испитаниците етнички Македонци доживуваат значајно поистакнати симптоми на зголемена вознемиреност од испитаниците етнички Албанци ($t(69)=2.48$, $p<0.05$) и ($t(69)=2.00$, $p<0.05$).

Значајни разлики во однос на истакнатоста на актуелните посттравматски реакции се утврдени и меѓу испитаниците кои за време на конфликтот биле раселени и испитаниците кои останале во своите домови (Табела 18), но само при втората процена. Пет години по конфликтот, испитаниците кои останале во своите домови за време на конфликтот доживуваат значајно повисок просечен степен на истакнатост на долготрајни посттравматски реакции ($t(69)=2.37$, $p<0.05$), како и значајно поистакнати симптоми на преплавеност со трауматски сеќавања во споредба со испитаниците кои биле принудени на раселување за време на конфликтот ($t(69)=2.89$, $p<0.01$).

Табела 18. Значајност на разлики во истакнатоста на посттравматските стресни реакции при двете процени кај испитаниците со долготраен посттравматски стрес кои биле и кои не биле раселени за време на конфликтот

СУПСКАЛИ на IES-R	Процена	Легален статус	M	SD	t	Sig.
Преплавеност	1	домицили повратници	1.54 1.28	0.67 0.48	1.58	0.120
	2	домицили повратници	0.54 0.23	0.60 0.30		
Избегнување	1	домицили повратници	1.80 1.71	0.63 0.52	0.55	0.584
	2	домицили повратници	0.26 0.14	0.34 0.21		
Зголемена вознемиреност	1	домицили повратници	1.19 1.31	0.75 0.52	-0.61	0.543
	2	домицили повратници	0.41 0.21	0.68 0.35		
Просечен скор	1	домицили повратници	1.54 1.44	0.51 0.28	1.01	0.316
	2	домицили повратници	0.40 0.19	0.46 0.26		
Вкупен скор	1	домицили повратници	33.88 31.74	11.28 6.16	1.01	0.316
	2	домицили повратници	8.84 4.26	10.08 5.73		

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

Корелационата анализа покажа дека постои значајна позитивна поврзаност меѓу трите типа посттрауматски реакции при двете процени (Табели 19 и 20), освен меѓу симптомите на избегнување и симптомите на зголемена вознемиреност при првата процена. Највисока е поврзаноста меѓу симптомите на преплавување и симптомите на зголемена вознемиреност ($r=.56$, $p<0.01$ односно $r=.89$, $p<0.01$), и меѓу просечниот скор на скалата и симптомите на преплавување ($r=.84$, $p<0.01$ односно $r=.97$, $p<0.01$).

Табела 19. Поврзаност на скоровите на супскалите на IES-R кај испитаниците со долготраен посттрауматски стрес при првата процена

СУПСКАЛИ на IES-R	1	2	3
1. Преплавување	---		
2. Избегнување	.23*	---	
3. Вознемиреност	.56**	.07	---
ПРОСЕЧЕН СКОР	.84**	.61**	.72**

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

Табела 20. Поврзаност на скоровите на супскалите на IES-R кај испитаниците со долготраен посттрауматски стрес при втората процена

СУПСКАЛИ на IES-R	1	2	3
1. Преплавување	---		
2. Избегнување	.52**	---	
3. Вознемиреност	.89**	.38**	---
ПРОСЕЧЕН СКОР	.97**	.66**	.92**

** $p<0.01$

Проверката на поврзаноста меѓу истакнатоста на долготрајните посттрауматски стресни реакции и одделни социодемографски варијабли (Табела 21) покажа дека возраста на испитаниците и бројот на години завршено образование не се значајно поврзани со актуелниот посттрауматски стрес при двете процени. Понатаму, само вкупниот број доживевани трауми во текот на животот е значајно поврзан со истакнатоста на посттрауматските реакции, но единствено при првата процена ($r=.27$, $p<0.05$). Не е утврдена значајна поврзаност меѓу двете процени на степенот на истакнатост на посттрауматскиот стрес, но утврдена е значајна поврзаност меѓу симптомите на посттрауматскиот стрес и останатите групи психопатолошки симптоми, при што во вториот наврат коефициентот на корелација е двојно повисок ($r=.32$, $p<0.01$ наспроти $r=.72$, $p<0.01$).

Табела 21. Поврзаност на истакнатоста на посттрауматските стресни реакции при двете процени со возраста и образованието на испитаниците, бројот на доживевани трауми и со истакнатоста на психопатолошките симптоми кај испитаниците со долготраен посттрауматски стрес

	IES-R ₁	IES-R ₂
ВОЗРАСТ	-.10	.21
ОБРАЗОВАНИЕ	.10	-.22
ТРАУМИ	.27*	.08
Пред конфликтот	.07	.09
Воени трауми	.18	-.11
По конфликтот	.22	.22
IES-R₂	-.14	---
BSI₁	.32**	.10
BSI₂	-.05	.72**

Забелешка. ТРАУМИ=вкупен број доживевани трауми во животот; IES-R=просечен скор на Ревидираниот инвентар за влијание на настанот при првата (1) и втората (2) процена; BSI=просечен скор на Краткиот инвентар на симптоми при првата (1) и втората (2) процена

Проверката на значајноста на разликите во однос на степенот на истакнатост на повеќе групи психопатолошки симптоми (Табела 22) покажа дека при втората процена кај испитаниците значајно се намалува просечната истакнатост на симптомите што ги доживувале непосредно пред интервјурањето ($t(69)=2.43$, $p<0.05$), како и на степеност на вознемиреност што тие го предизвикувале кај нив ($t(69)=7.53$, $p<0.01$). Од поединечните психопатолошки димензии значаен пад во нивната истакнатост при втората процена е утврден само кај симптомите на интерперсонална сензитивност ($t(69)=5.02$, $p<0.01$) и на параноидна идеација ($t(69)=4.84$, $p<0.01$).

Во однос на структурата на проблемите со менталното здравје, при првата процена кај испитаниците се најистакнати симптомите на параноидност, соматизација и анксиозност, а најслабо се истакнати симптомите на фобична анксиозност и психотицизам. При последователната процена кај испитаниците се најслабо истакнати симптомите на интерперсонална сензитивност и психотицизам, додека најистакнати се симптомите на анксиозност, соматизација и опсесивност-компулсивност. Но сите групи симптоми предизвикуваат низок степен на вознемиреност.

Корелационата анализа откри дека при првата процена постои значајна позитивна поврзаност меѓу повеќето психопатолошки димензии

проценети со *Краткиот инвентар на симптоми* (Табела 23), додека при втората процена е утврдена поврзаност меѓу речиси сите групи симптоми (Табела 24). Коефициентите на корелација се движат од $r=.03$ до $r=.69$ при првата процена, односно од $r=.08$ до $r=.75$ при втората процена.

Табела 22. Значајност на разлики во истакнатоста на проблемите со менталното здравје при двете процени кај испитаниците со долготраен посттравматски стрес

СИМПТОМИ НА:	Процена	M	SD	t	Sig.
Соматизација	1	0.55	0.63	1.68	0.097
	2	0.43	0.47		
Опсесивност-компулсивност	1	0.45	0.49	0.67	0.507
	2	0.41	0.47		
Интерперсонална сензитивност	1	0.33	0.42	5.02	0.000**
	2	0.07	0.15		
Депресија	1	0.45	0.44	0.98	0.332
	2	0.39	0.44		
Анксиозност	1	0.53	0.47	-0.52	0.606
	2	0.56	0.54		
Хостилност	1	0.38	0.40	-0.04	0.967
	2	0.38	0.52		
Фобична анксиозност	1	0.17	0.24	-0.37	0.710
	2	0.19	0.22		
Параноидна идеација	1	0.79	0.78	4.84	0.000**
	2	0.29	0.34		
Психотицизам	1	0.12	0.24	1.35	0.182
	2	0.07	0.20		
Општа истакнатост на симптомите	1	0.42	0.28	2.43	0.018*
	2	0.32	0.30		
Вкупен број позитивни симптоми	1	11.96	6.53	0.12	0.909
	2	11.83	8.53		
Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	0.03	0.01	7.53	0.000**
	2	0.02	0.01		

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

При двете процени, симптомите на анксиозност се најсилно поврзани со симптомите на соматизација ($r=.50$, $p<0.01$, односно $r=.75$, $p<0.01$), опсесивност-компулсивност ($r=.43$, $p<0.01$, односно $r=.69$, $p<0.01$), хостилност ($r=.42$, $p<0.01$, односно $r=.73$, $p<0.01$) и параноидност ($r=.50$, $p<0.01$, односно $r=.55$, $p<0.01$), при што коефициентите на корелација се повисоки при последователната процена. При втората процена истакнатоста на анксиозноста е силно поврзана и со симптомите на фобична анксиозност ($r=.73$, $p<0.01$).

Покрај тоа, при двете процени и општиот степен на истакнатост на сите симптоми е најсилно поврзан со истакнатоста на анксиозните симптомите ($r=.80$, $p<0.01$, односно $r=.90$, $p<0.01$). Депресивните симптоми, пак, при двете процени се најсилно поврзани со симптомите на опсесивност-компулсивност ($r=.41$, $p<0.01$, односно $r=.66$, $p<0.01$) и психотичност ($r=.49$, $p<0.01$, односно $r=.68$, $p<0.01$), додека при втората проценка се силно поврзани и со симптомите на интерперсонална сензитивност ($r=.64$, $p<0.01$) и фобична анксиозност ($r=.61$, $p<0.01$). Симптомите на психотична идеација при првата проценка се значајно поврзани само со симптомите на депресивност и параноидност ($r=.38$, $p<0.01$), додека при втората проценка се значајно поврзани со сите групи симптоми, освен со симптомите на параноидност.

Табела 23. Поврзаност на скоровите на супскалите на BSI кај испитаниците со долготраен посттравматски стрес при првата проценка

	СОМ ₁	О-К ₁	ИНС ₁	ДЕП ₁	АНК ₁	ХОС ₁	ФОБ ₁	ПАР ₁	ПСИ ₁	ОИС ₁	ПС ₁	ВПС ₁
СОМ ₁	---											
О-К ₁	.56**	---										
ИНС ₁	.03	.15	---									
ДЕП ₁	.36**	.41**	.24*	---								
АНК ₁	.50**	.43**	.35**	.36**	---							
ХОС ₁	.21	.21	.11	.33**	.42**	---						
ФОБ ₁	.20	.11	.17	.26*	.17	.14	---					
ПАР ₁	.08	.15	.69**	.17	.50**	.26*	.08	---				
ПСИ ₁	.04	.14	.22	.49**	.22	.19	.18	.38**	---			
ОИС ₁	.67**	.67**	.50**	.66**	.80**	.52**	.31**	.60**	.44**	---		
ПС ₁	.59**	.61**	.52**	.64**	.66**	.42**	.44**	.54**	.40**	.90**	---	
ВПС ₁	.42**	.31**	.22	.29*	.54**	.37**	-.02	.44**	.27*	.60**	.26*	---

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

Забелешка. СОМ=соматизација; О-К=опсесивност-компулсивност; ИНС=интерперсонална сензитивност; ДЕП=депресија; АНК=анксиозност; ХОС=хостилност; ФОБ=фобична анксиозност; ПАР=параноидна идеација; ПСИ=психотицизам; ОИС=индекс на општа истакнатост на симптомите, ПС=вкупен број на позитивни симптоми; ВПС=индекс на вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми

Табела 24. Поврзаност на скоровите на супскалите на BSI кај испитаниците со долготраен посттравматски стрес при втората процена

	СОМ ₂	О-К ₂	ИНС ₂	ДЕП ₂	АНК ₂	ХОС ₂	ФОБ ₂	ПАР ₂	ПСИ ₂	ОИС ₂	ПС ₂	ВПС ₂
СОМ ₂	---											
О-К ₂	.74**	---										
ИНС ₂	.27*	.39**	---									
ДЕП ₂	.50**	.66**	.64**	---								
АНК ₂	.75**	.69**	.36**	.52**	---							
ХОС ₂	.66**	.50**	.33**	.33**	.73**	---						
ФОБ ₂	.57**	.58**	.33**	.61**	.73**	.51**	---					
ПАР ₂	.24*	.26*	.29*	.26*	.55**	.31**	.33**	---				
ПСИ ₂	.59**	.60**	.46**	.68**	.51**	.33**	.54**	.08	---			
ОИС ₂	.86**	.85**	.52**	.74**	.90**	.74**	.76**	.46**	.69**	---		
ПС ₂	.79**	.82**	.56**	.70**	.81**	.70**	.70**	.49**	.56**	.93**	---	
ВПС ₂	.58**	.43**	.26*	.49**	.70**	.53**	.58**	.40**	.36**	.67**	.54**	---

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Забелешка. СОМ=соматизација; О-К=опсесивност-компулсивност; ИНС=интерперсонална сензитивност; ДЕП=депресија; АНК=анксиозност; ХОС=хостилност; ФОБ=фобична анксиозност; ПАР=параноидна идеација; ПСИ=психотицизам; ОИС=индекс на општа истакнатост на симптомите, ПС=вкупен број на позитивни симптоми; ВПС=индекс на вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми

Возраста на испитаниците е позитивно поврзана со индексот на општа истакнатост на симптомите само при втората процена ($r=.27$, $p < 0.05$), додека годините на завршено образование не се значајно поврзани со општиот степен на истакнатост на психолошките симптоми (Табела 25). Во однос на трауматските искуства е утврдено дека бројот на доживевани воени трауми не е значајно поврзан со истакнатоста на актуелните психопатолошки симптоми.

Табела 25. Поврзаност на истакнатоста на психолошките симптоми при двете процени со возраста на испитаниците, годините на завршено образование и бројот на доживевани трауми кај испитаниците со долготраен посттравматски стрес

	ВОЗ	ОБР	ТРАУМИ	Пред конфликт	Воени трауми	По конфликт	BSI ₂
BSI ₁	-.10	-.01	.37**	.27*	.13	.25*	.30**
BSI ₂	.27*	-.05	.24*	.22	-.02	.26*	---

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Забелешка. ВОЗ=возраст; ОБР=години на завршено образование; ТРАУМИ=вкупен број доживевани трауми во животот; BSI=просечен скор на Краткиот инвентар на симптоми при првата (1) и втората (2) процена

Но утврдено е дека испитаниците кои доживеале поголем број трауми пред воениот конфликт при првата процена доживувале и поистакнати

симптоми од различен вид ($r=.27$, $p<0.05$), додека оние кои доживеале поголем број трауматски искуства по конфликтот, исто така, при двете процени доживувале поистакнати психопатолошки симптоми ($r=.25$, $p<0.05$, односно $r=.26$, $p<0.05$).

Утврдени се статистички значајни разлики меѓу испитаниците од машки и од женски пол во однос на истакнатоста на психопатолошките симптоми, во најголем дел при првата процена (Табела 26). Непосредно пред првото интервју жените доживувале значајно поголем број психолошки симптоми во споредба со мажите ($t(69)=-2.01$, $p<0.05$), а кај нив биле поистакнати и симптомите на соматизација ($t(69)=-3.34$, $p<0.01$), опсесивност-компулсивност ($t(69)=-2.14$, $p<0.05$) и анксиозност ($t(69)=-2.10$, $p<0.05$). При втората процена, единствена разлика е утврдена во однос на симптомите на хостилност, кои во овој наврат биле поистакнати кај мажите во споредба со жените ($t(69)=2.42$, $p<0.05$).

Табела 26. Значајност на разлики во истакнатоста на проблемите со менталното здравје при двете процени кај испитаниците со долготраен посттрауматски стрес од машки и од женски пол

СИМПТОМИ НА:	Процена	Пол	М	SD	t	Sig.
Соматизација	1	машки женски	0.33 0.83	0.45 0.71	-3.34	0.002**
	2	машки женски	0.39 0.48	0.50 0.44	-0.77	0.444
Опсесивност-компулсивност	1	машки женски	0.34 0.59	0.41 0.54	-2.14	0.036*
	2	машки женски	0.35 0.48	0.43 0.52	-1.13	0.262
Интерперсонална сензитивност	1	машки женски	0.31 0.36	0.40 0.45	-0.54	0.589
	2	машки женски	0.08 0.05	0.17 0.12	0.99	0.327
Депресија	1	машки женски	0.38 0.54	0.41 0.48	-1.57	0.120
	2	машки женски	0.35 0.42	0.40 0.49	-0.66	0.511
Анксиозност	1	машки женски	0.42 0.66	0.40 0.53	-2.10	0.039*
	2	машки женски	0.60 0.51	0.58 0.49	0.70	0.485
Хостилност	1	машки женски	0.40 0.36	0.48 0.29	0.43	0.667
	2	машки женски	0.50 0.23	0.61 0.34	2.42	0.019*

(Табела 26 продолжува на следната страница)

(Табела 26. Продолжение)

СИМПТОМИ НА:	Процена	Пол	M	SD	t	Sig.
Фобична анксиозност	1	машки	0.13	0.24	-1.62	0.111
		женски	0.23	0.24		
	2	машки	0.20	0.23	0.26	0.793
		женски	0.18	0.22		
Параноидна идеација	1	машки	0.89	0.84	1.23	0.223
		женски	0.66	0.68		
	2	машки	0.33	0.36	1.10	0.275
		женски	0.24	0.32		
Психотицизам	1	машки	0.13	0.27	0.41	0.684
		женски	0.11	0.20		
	2	машки	0.05	0.18	-1.06	0.295
		женски	0.10	0.24		
Општа истакнатост на симптомите	1	машки	0.37	0.25	-1.91	0.060
		женски	0.49	0.29		
	2	машки	0.33	0.31	0.12	0.908
		женски	0.32	0.30		
Вкупен број позитивни симптоми	1	машки	10.59	6.69	-2.01	0.049*
		женски	13.67	6.00		
	2	машки	11.85	8.86	0.02	0.985
		женски	11.81	8.25		
Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	машки	0.03	0.01	-0.31	0.760
		женски	0.04	0.01		
	2	машки	0.02	0.01	-0.24	0.815
		женски	0.02	0.01		

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Значајни разлики во истакнатоста на проблемите со менталното здравје се утврдени и меѓу испитаниците од македонска и албанска етничка припадност (Табела 27), а сите укажуваат на поголема истакнатост на одделни симптоми кај испитаниците етнички Македонци. Во двата наврати, кај етничките Македонци во споредба со етничките Албанци се поставени симптомите на анксиозност ($t(69)=2.12$, $p < 0.05$) и ($t(69)=3.86$, $p < 0.01$), и на параноидна идеација ($t(69)=2.38$, $p < 0.05$) и ($t(69)=2.32$, $p < 0.05$). Само во вториот наврат кај етничките Македонци е утврден повисок степен на истакнатост на симптомите на соматизација ($t(69)=3.10$, $p < 0.01$) и на фобична анксиозност ($t(69)=3.62$, $p < 0.01$) во споредба со етничките Албанци. При втората проценка утврдено е и дека етничките Македонци доживуваат значајно повисок степен на вознемиреност предизвикана од симптомите во споредба со етничките Албанци ($t(69)=2.40$, $p < 0.05$).

Табела 27. Значајност на разлики во истакнатоста на проблемите со менталното здравје при двете процени кај испитаниците со долготраен посттравматски стрес од македонска и албанска етничка припадност

СИМПТОМИ НА:	Процена	Етничка припадност	M	SD	t	Sig.
Соматизација	1	Македонци	0.61	0.60	0.87	0.386
		Албанци	0.47	0.67		
	2	Македонци	0.56	0.53	3.10	0.003**
		Албанци	0.25	0.29		
Опсесивност-компулсивност	1	Македонци	0.44	0.55	-0.22	0.824
		Албанци	0.47	0.40		
	2	Македонци	0.45	0.55	0.84	0.403
		Албанци	0.35	0.32		
Интерперсонална сензитивност	1	Македонци	0.36	0.38	0.36	0.718
		Албанци	0.31	0.48		
	2	Македонци	0.06	0.13	-0.46	0.645
		Албанци	0.08	0.16		
Депресија	1	Македонци	0.48	0.53	0.73	0.470
		Албанци	0.41	0.29		
	2	Македонци	0.36	0.46	-0.54	0.591
		Албанци	0.42	0.41		
Анксиозност	1	Македонци	0.62	0.53	2.12	0.038*
		Албанци	0.40	0.34		
	2	Македонци	0.74	0.62	3.86	0.000**
		Албанци	0.32	0.27		
Хостилност	1	Македонци	0.33	0.39	-1.12	0.266
		Албанци	0.44	0.42		
	2	Македонци	0.47	0.57	1.81	0.075
		Албанци	0.25	0.42		
Фобична анксиозност	1	Македонци	0.21	0.27	1.36	0.178
		Албанци	0.13	0.18		
	2	Македонци	0.26	0.24	3.62	0.001**
		Албанци	0.09	0.15		
Параноидна идеација	1	Македонци	0.97	0.81	2.38	0.020*
		Албанци	0.53	0.66		
	2	Македонци	0.36	0.37	2.32	0.023*
		Албанци	0.19	0.26		
Психотицизам	1	Македонци	0.14	0.26	0.57	0.572
		Албанци	0.10	0.21		
	2	Македонци	0.10	0.25	1.27	0.208
		Албанци	0.04	0.11		
Општа истакнатост на симптомите	1	Македонци	0.46	0.31	1.34	0.184
		Албанци	0.37	0.21		
	2	Македонци	0.39	0.35	2.19	0.032*
		Албанци	0.23	0.19		
Вкупен број позитивни симптоми	1	Македонци	12.76	7.43	1.31	0.196
		Албанци	10.83	4.91		
	2	Македонци	13.37	9.22	1.82	0.073
		Албанци	9.66	7.05		

(Табела 27 продолжува на следната страница)

(Табела 27. Продолжение)

	Процена	Етничка припадност	M	SD	t	Sig.
Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	Македонци	0.04	0.01	0.67	0.507
		Албанци	0.03	0.01		
	2	Македонци	0.03	0.01	2.40	0.019*
		Албанци	0.02	0.01		

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Споредбата на испитаниците според нивниот актуелен легален статус (Табела 28), односно според статусот на раселеност за време на конфликтот, откри дека испитаниците кои во тој период ги напуштиле домовите и оние кои не ги напуштиле домовите при двете процени не се разликуваат во однос на истакнатоста на проблемите со менталното здравје.

Табела 28. Значајност на разлики во истакнатоста на проблемите со менталното здравје кај испитаниците со долготраен посттравматски стрес кои биле и кои не биле раселени за време на конфликтот

СИМПТОМИ НА:	Процена	Легален статус	M	SD	t	Sig.
Соматизација	1	домицили	0.57	0.69	0.50	0.616
		повратници	0.49	0.42		
	2	домицили	0.45	0.51	0.59	0.556
		повратници	0.38	0.33		
Опсесивност-компулсивност	1	домицили	0.48	0.50	0.86	0.395
		повратници	0.37	0.44		
	2	домицили	0.45	0.51	1.28	0.205
		повратници	0.29	0.34		
Интерперсонална сензитивност	1	домицили	0.35	0.42	0.68	0.502
		повратници	0.28	0.42		
	2	домицили	0.08	0.15	0.99	0.328
		повратници	0.04	0.12		
Депресија	1	домицили	0.46	0.47	0.33	0.743
		повратници	0.42	0.38		
	2	домицили	0.41	0.48	0.71	0.480
		повратници	0.33	0.30		
Анксиозност	1	домицили	0.55	0.46	0.66	0.511
		повратници	0.46	0.52		
	2	домицили	0.60	0.57	0.83	0.409
		повратници	0.47	0.46		
Хостилност	1	домицили	0.41	0.45	1.62	0.110
		повратници	0.28	0.20		
	2	домицили	0.41	0.56	0.73	0.468
		повратници	0.30	0.40		

(Табела 28 продолжува на следната страница)

(Табела 28. Продолжение)

СИМПТОМИ НА:	Процена	Легален статус	M	SD	t	Sig.
Фобична анксиозност	1	домицили повратници	0.19 0.13	0.25 0.21	1.02	0.312
	2	домицили повратници	0.20 0.15	0.23 0.20	0.94	0.394
Параноидна идеација	1	домицили повратници	0.82 0.70	0.80 0.71	0.53	0.600
	2	домицили повратници	0.29 0.27	0.33 0.36	0.22	0.824
Психотицизам	1	домицили повратници	0.15 0.05	0.26 0.15	1.94	0.058
	2	домицили повратници	0.09 0.04	0.23 0.08	0.80	0.426
Општа истакнатост на симптомите	1	домицили повратници	0.44 0.36	0.30 0.20	1.08	0.283
	2	домицили повратници	0.35 0.26	0.33 0.18	1.12	0.267
Вкупен број позитивни симптоми	1	домицили повратници	12.31 11.00	7.00 5.13	0.75	0.458
	2	домицили повратници	12.47 10.10	9.07 6.81	1.03	0.306
Вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми	1	домицили повратници	0.04 0.03	0.01 0.01	1.05	0.299
	2	домицили повратници	0.02 0.02	0.01 0.01	0.29	0.770

Последната споредба на испитаниците при првата и втората процена го опфати квалитетот на животот (Табела 29) и откри значајни разлики само во однос на неколку субјективни показатели на задоволството од животот.

Имено, при последователното интервју испитаниците се значајно позадоволни од својата финансиска состојба ($t(69)=-2.80$, $p<0.01$), но се помалку задоволни од активностите со кои го исполнуваат слободното време ($t(69)=2.42$, $p<0.05$) и од семејните односи ($t(69)=2.74$, $p<0.01$).

Инаку, области од животот од кои испитаниците се најзадоволни во двата наврати се односите со нивните семејства и со луѓето со кои живеат, бројот и квалитетот на пријателствата, сексуалниот живот и менталното и физичкото здравје. Најмалку задоволни се од работниот статус и финансиската состојба.

Табела 29. Значајност на разлики во процената на субјективните показатели на квалитетот на живот кај испитаниците со долготраен посттрауматски стрес при двете процени

ЗАДОВОЛСТВО ОД:	Процена	M	SD	t	Sig.
Квалитетот на животот во целина	1	4.21	1.18	0.25	0.804
	2	4.17	1.12		
Работниот статус	1	3.23	1.66	-0.43	0.668
	2	3.31	1.32		
Финансиската состојба	1	2.93	1.36	-2.80	0.007**
	2	3.40	1.29		
Бројот и квалитетот на пријателствата	1	5.39	1.09	0.28	0.784
	2	5.34	0.96		
Активностите во слободното време	1	4.56	1.20	2.42	0.018*
	2	4.14	1.08		
Сместувањето	1	4.44	1.26	-1.81	0.075
	2	4.74	1.09		
Личната безбедност	1	4.39	1.40	-0.81	0.421
	2	4.53	1.06		
Луѓето со кои живеее/ живеењето сам	1	5.71	0.97	1.07	0.288
	2	5.54	1.16		
Сексуалниот живот	1	5.13	1.27	-0.18	0.857
	2	5.14	1.28		
Односите со семејството	1	5.84	0.86	2.74	0.008**
	2	5.49	0.85		
Физичкото здравје	1	4.83	1.55	-1.14	0.259
	2	5.03	1.13		
Менталното здравје	1	5.20	1.25	-0.46	0.649
	2	5.29	0.99		
ПРОСЕЧЕН СКОР	1	4.65	0.65	-0.14	0.890
	2	4.67	0.77		
ВКУПЕН СКОР	1	55.2	7.66	-0.14	0.890
	2	55.1	9.53		

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Корелационата анализа откри дека квалитетот на живот не е значајно поврзан со возраста и образованието на испитаниците (Табела 30). Единствено при втората процена е утврдено дека помалку задоволни од својот живот се испитаниците кои доживеале поголем број трауми во периодот по конфликтот ($r = -.25$, $p < 0.05$), како и во текот на целиот живот ($r = -.27$, $p < 0.05$). Најсилна поврзаност е утврдена меѓу истакнатоста на психопатолошките симптоми и квалитетот на животот. Имено, испитаниците кои доживувале поистакнати симптоми од различен вид биле и помалку задоволни од животот, при двете процени ($r = -.40$, $p < 0.01$ односно $r = -.57$, $p < 0.01$). Притоа испитаниците кои при првата процена имале понизок

квалитет на живот при втората процена доживувале и поистакнати психопатолошки симптоми ($r=-.30$, $p<0.05$). Од друга страна, долготрајните посттравматски стресни реакции се значајно негативно поврзани со квалитетот на живот само при втората процена ($r=-.41$, $p<0.01$). Покрај тоа, утврдена е и значајна позитивна поврзаност меѓу просечните процени на квалитетот на живот на испитаниците добиени во двата наврати ($r=.40$, $p<0.01$).

Табела 30. Поврзаност на квалитетот на животот при двете процени со возраста и образованието на испитаниците, бројот на доживевани трауми, истакнатоста на психолошките симптоми и на посттравматските стресни реакции кај испитаниците со долготраен посттравматски стрес

	MANSA ₁	MANSA ₂
ВОЗРАСТ	.02	-.12
ОБРАЗОВАНИЕ	.00	.01
ТРАУМИ	-.23	-.25*
Пред конфликтот	-.11	-.24
Воени трауми	-.14	.02
По конфликтот	-.13	-.27*
BSI ₁	-.40**	-.16
BSI ₂	-.30*	-.57**
IES-R ₁	-.06	.17
IES-R ₂	-.10	-.41**
MANSA ₂	.40**	---

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

Забелешка. ТРАУМИ=вкупен број доживевани трауми во животот; BSI=просечен скор на Краткиот инвентар на симптоми при првата (1) и втората (2) процена IES-R=просечен скор на Ревидираниот инвентар за влијание на настанот при првата (1) и втората (2) процена; MANSA=просечен скор на Манчестерскиот краток прашалник за процена на квалитетот на животот при првата (1) и втората (2) процена

Кога се споредува степенот на задоволство од животот кај испитаниците од различен пол (Табела 31), единствени значајни разлики што се забележуваат меѓу мажите и жените се во однос на задоволството од личната безбедност и односите со членовите на домаќинството. Имено, во првиот наврат жените се позадоволни од односите со луѓето со кои живеат во споредба со мажите ($t(69)=-2.55$, $p<0.05$), додека во вториот наврат жените се

значајно позадоволни од мажите во однос на личната безбедност ($t(69)=-2.25$, $p<0.05$).

Табела 31. Значајност на разлики во процената на субјективните показатели на квалитетот на живот кај испитаниците со долготраен посттравматски стрес од машки и од женски пол при двете процени

ЗАДОВОЛСТВО ОД:	Процена	Пол	M	SD	t	Sig.
Квалитетот на животот во целина	1	машки	4.10	1.21	-0.89	0.377
		женски	4.35	1.14		
	2	машки	4.03	1.11	-1.23	0.223
		женски	4.35	1.11		
Работниот статус	1	машки	3.21	1.72	-0.13	0.895
		женски	3.26	1.59		
	2	машки	3.31	1.49	-0.41	0.963
		женски	3.32	1.11		
Финансиската состојба	1	машки	2.92	1.36	-0.04	0.970
		женски	2.94	1.36		
	2	машки	3.28	1.28	-0.86	0.395
		женски	3.55	1.31		
Бројот и квалитетот на пријателствата	1	машки	5.33	1.06	-0.45	0.657
		женски	5.45	1.15		
	2	машки	5.23	0.90	-1.10	0.277
		женски	5.48	1.03		
Активностите во слободното време	1	машки	4.46	1.19	-0.75	0.458
		женски	4.68	1.22		
	2	машки	4.03	1.06	-1.02	0.312
		женски	4.29	1.10		
Сместувањето	1	машки	4.46	1.02	0.13	0.895
		женски	4.42	1.52		
	2	машки	4.54	1.05	-1.79	0.077
		женски	5.00	1.10		
Личната безбедност	1	машки	4.36	1.42	-0.18	0.859
		женски	4.42	1.38		
	2	машки	4.28	1.08	-2.25	0.028*
		женски	4.84	0.97		
Луѓето со живеее/ живеењето сам	1	машки	5.46	0.91	-2.55	0.013*
		женски	6.03	0.95		
	2	машки	5.46	1.10	-0.65	0.516
		женски	5.65	1.25		
Сексуалниот живот	1	машки	5.03	1.29	-0.73	0.469
		женски	5.27	1.25		
	2	машки	5.12	1.36	-0.15	0.882
		женски	5.17	1.19		

(Табела 31 продолжува на следната страница)

(Табела 31. Продолжение)

ЗАДОВОЛСТВО ОД:	Процена	Пол	M	SD	t	Sig.
Односите со семејството	1	машки	5.69	0.86	-1.66	0.102
		женски	6.03	0.84		
	2	машки	5.36	0.87	-1.42	0.162
		женски	5.65	0.80		
Физичкото здравје	1	машки	4.97	1.53	0.88	0.382
		женски	4.65	1.58		
	2	машки	5.05	0.10	0.18	0.856
		женски	5.00	1.29		
Менталното здравје	1	машки	5.31	1.17	0.81	0.421
		женски	5.06	1.34		
	2	машки	5.21	0.92	-0.76	0.451
		женски	5.39	1.09		
ПРОСЕЧЕН СКОР	1	машки	4.61	0.58	-0.66	0.511
		женски	4.71	0.73		
	2	машки	4.56	0.76	-1.27	0.210
		женски	4.79	0.77		
ВКУПЕН СКОР	1	машки	54.79	7.09	-0.66	0.511
		женски	55.71	8.42		
	2	машки	54.10	9.42	-1.27	0.210
		женски	56.36	9.67		

* $p < 0.05$

Значајни разлики во степенот на задоволство од животот се утврдени и меѓу испитаниците од македонска и албанска етничка припадност во однос на речиси сите субјективни показатели на квалитетот на животот (Табела 32), при што повеќето разлики се утврдени при последователната проценка, но сите упатуваат на повисок степен на задоволство од животот кај етничките Албанци во споредба со етничките Македонци.

Во двата наврати испитаниците етнички Албанци биле значајно позадоволни од испитаниците етнички Македонци во однос на бројот и квалитетот на нивните пријателства ($t(69)=-2.04$, $p<0.01$) и ($t(69)=-4.40$, $p<0.01$), личната безбедност ($t(69)=-2.69$, $p<0.01$) и ($t(69)=-2.54$, $p<0.05$), односите со луѓето со кои живеат ($t(69)=-3.95$, $p<0.01$) и ($t(69)=-5.93$, $p<0.01$), и односите со семејството ($t(69)=-2.50$, $p<0.05$) и ($t(69)=-5.41$, $p<0.01$). Само при втората проценка, испитаниците етнички Албанци биле значајно позадоволни од испитаниците етнички Македонци во однос на квалитетот на нивниот живот во целина ($t(69)=-3.26$, $p<0.01$), финансиската состојба ($t(69)=-2.20$, $p<0.05$), сместувањето ($t(69)=-2.67$, $p<0.01$), физичкото здравје ($t(69)=-3.25$, $p<0.01$) и менталното здравје ($t(69)=-5.02$, $p<0.01$). Во вториот наврат и просечниот, односно вкупниот скор на MANSА кај испитаниците етнички Албанци е

значајно повисок во споредба со испитаниците етнички Македонци ($t(69)=-4.93, p<0.01$).

Табела 32. Значајност на разлики во процената на субјективните показатели на квалитетот на живот кај испитаниците со долготраен посттравматски стрес од македонска и албанска етничка припадност при двете процени

ЗАДОВОЛСТВО ОД:	Процена	Етничка припадност	M	SD	t	Sig.
Квалитетот на животот во целина	1	Македонци	4.24	1.16	0.25	0.805
		Албанци	4.17	1.23		
	2	Македонци	3.83	0.97	-3.26	0.002**
		Албанци	4.66	1.14		
Работниот статус	1	Македонци	3.44	1.70	1.27	0.207
		Албанци	2.93	1.56		
	2	Македонци	3.10	1.41	-1.65	0.104
		Албанци	3.62	1.15		
Финансиската состојба	1	Македонци	3.15	1.42	1.62	0.110
		Албанци	2.62	1.21		
	2	Македонци	3.12	1.36	-2.20	0.031*
		Албанци	3.79	1.08		
Бројот и квалитетот на пријателствата	1	Македонци	5.05	0.80	-3.04	0.004**
		Албанци	5.86	1.27		
	2	Македонци	4.95	0.74	-4.40	0.000**
		Албанци	5.90	0.98		
Активностите во слободното време	1	Македонци	4.41	1.05	-1.18	0.240
		Албанци	4.76	1.38		
	2	Македонци	4.00	1.00	-1.32	0.191
		Албанци	4.34	1.17		
Сместувањето	1	Македонци	4.56	1.07	0.88	0.382
		Албанци	4.28	1.49		
	2	Македонци	4.46	0.95	-2.67	0.009**
		Албанци	5.14	1.16		
Личната безбедност	1	Македонци	4.02	1.31	-2.69	0.009**
		Албанци	4.90	1.37		
	2	Македонци	4.27	1.10	-2.54	0.013*
		Албанци	4.90	0.90		
Луѓето со живее/ живеенјето сам	1	Македонци	5.37	0.89	-3.95	0.000**
		Албанци	6.21	0.86		
	2	Македонци	4.98	0.88	-5.93	0.000**
		Албанци	6.34	1.05		
Сексуалниот живот	1	Македонци	4.95	1.11	-1.46	0.148
		Албанци	5.43	1.47		
	2	Македонци	4.90	0.61	-1.45	0.157
		Албанци	5.42	1.75		

(Табела 32. продолжува на следната страница)

(Табела 32. Продолжение)

ЗАДОВОЛСТВО ОД:	Интервју	Етничка припадност	M	SD	t	Sig.
Односите со семејството	1	Македонци	5.63	0.83	-2.50	0.015*
		Албанци	6.14	0.83		
	2	Македонци	5.10	0.62	-5.41	0.000**
		Албанци	6.03	0.82		
Физичкото здравје	1	Македонци	4.83	1.48	0.00	0.996
		Албанци	4.83	1.67		
	2	Македонци	4.68	0.93	-3.25	0.002**
		Албанци	5.52	1.21		
Менталното здравје	1	Македонци	5.27	1.00	0.50	0.616
		Албанци	5.10	1.54		
	2	Македонци	4.85	0.85	-5.02	0.000**
		Албанци	5.90	0.86		
ПРОСЕЧЕН СКОР	1	Македонци	4.57	0.57	-1.21	0.229
		Албанци	4.76	0.74		
	2	Македонци	4.34	0.59	-4.93	0.000**
		Албанци	5.13	0.75		
ВКУПЕН СКОР	1	Македонци	54.56	7.02	-1.21	0.229
		Албанци	56.10	8.53		
	2	Македонци	50.93	7.52	-4.93	0.000**
		Албанци	61.00	9.04		

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Меѓу испитаниците кои за време на конфликтот биле, односно не биле раселени, утврдени се значајни разлики само во однос на два субјективни показатели за квалитетот на животот, и тоа при првото интервјуирање (Табела 33). Имено, испитаниците кои не ги напуштиле домовите за време на конфликтот, при првата процена биле значајно позадоволни од својата лична безбедност ($t(69)=2.46$, $p < 0.05$) и од односите со луѓето со кои живеат ($t(69)=2.79$, $p < 0.01$) во споредба со испитаниците кои биле раселени за време на конфликтот.

Табела 33. Значајност на разлики во процената на субјективните показатели на квалитетот на живот кај испитаниците со долготраен посттрауматски стрес кои биле и кои не биле раселени за време на конфликтот

ЗАДОВОЛСТВО ОД:	Процена	Легален статус	M	SD	t	Sig.
Квалитетот на животот во целина	1	домицили	4.22	1.30	0.02	0.987
		повратници	4.21	0.79		
	2	домицили	4.14	1.13	-0.42	0.678
		повратници	4.26	1.10		
Работниот статус	1	домицили	3.06	1.71	-1.42	0.161
		повратници	3.68	1.42		
	2	домицили	3.27	1.40	-0.41	0.684
		повратници	3.42	1.12		
Финансиската состојба	1	домицили	2.78	1.33	-1.47	0.146
		повратници	3.32	1.38		
	2	домицили	3.39	1.30	-0.08	0.934
		повратници	3.42	1.30		
Бројот и квалитетот на пријателствата	1	домицили	5.41	1.08	0.32	0.747
		повратници	5.32	1.16		
	2	домицили	5.27	0.98	-0.97	0.333
		повратници	5.53	0.90		
Активностите во слободното време	1	домицили	4.53	1.33	-0.40	0.691
		повратници	4.63	0.76		
	2	домицили	4.10	1.12	-0.57	0.573
		повратници	4.26	0.99		
Сместувањето	1	домицили	4.45	1.29	0.09	0.930
		повратници	4.42	1.22		
	2	домицили	4.67	1.11	-0.97	0.340
		повратници	4.95	1.03		
Личната безбедност	1	домицили	4.63	1.38	2.46	0.017*
		повратници	3.74	1.24		
	2	домицили	4.47	1.05	-0.75	0.457
		повратници	4.68	1.11		
Луѓето со живеее/ живеењето сам	1	домицили	5.90	0.88	2.79	0.007**
		повратници	5.21	1.03		
	2	домицили	5.55	1.22	0.07	0.943
		повратници	5.53	1.02		
Сексуалниот живот	1	домицили	5.11	1.32	-0.17	0.864
		повратници	5.18	1.18		
	2	домицили	5.05	1.40	-0.85	0.398
		повратници	5.38	0.96		
Односите со семејството	1	домицили	5.94	0.86	1.58	0.119
		повратници	5.58	0.84		
	2	домицили	5.49	0.83	0.07	0.943
		повратници	5.47	0.90		

(Табела 33 продолжува на следната страница)

(Табела 33. Продолжение)

Физичкото здравје	1	домицили	4.96	1.57	1.17	0.245
		повратници	4.47	1.47		
	2	домицили	5.04	1.18	0.13	0.898
		повратници	5.00	1.00		
Менталното здравје	1	домицили	5.18	1.37	-0.26	0.798
		повратници	5.26	0.87		
	2	домицили	5.31	1.03	0.38	0.702
		повратници	5.21	0.92		
ПРОСЕЧЕН СКОР	1	домицили	4.68	0.72	0.71	0.482
		повратници	4.58	0.42		
	2	домицили	4.63	0.80	-0.55	0.587
		повратници	4.75	0.67		
ВКУПЕН СКОР	1	домицили	55.47	8.42	0.71	0.482
		повратници	54.47	5.20		
	2	домицили	54.67	9.94	-0.55	0.587
		повратници	56.26	8.48		

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

ПОСТТРАУМАТСКО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО

Презентирањето на податоците избрани во три наврати од испитаниците дијагностицирани со ПТСР при првата процена ќе ја започнеме со нивниот социодемографски профил (Табели 34, 35 и 36). Во однос на половата припадност, приближно е ист процентот на мажи и жени (47.8% и 52.2%), додека во однос на етничката припадност над третина од испитаниците се етнички Македонци (43.5%), над половина се етнички Албанци (54.3%), а еден испитаник се изјаснил како Србин. Просечната возраст на испитаниците при првото интервјуирање била 44 години ($SD=13.3$ години), а погледнато по возрасни категории најголем дел од испитаниците се на возраст над 50 години (37%), додека најмал број се помлади од 29 години (17.4%).

Испитаниците во просек имаат завршено по 10 години образование ($SD=3.5$ години), при што најголем дел од нив завршиле средно (41.3%), односно само основно образование (37%).

Во однос на искуствата поврзани со конфликтот, само неколкумина испитаници при првото интервјуирање изјавиле дека активно учествувале во воените дејствија (10.9%). Две третини од испитаниците со ПТСР биле присилени на миграција за време на конфликтот, при што околу половина (45.7%) биле внатрешно раселени, а останатите (17.4%) биле бегалци. Најголемиот дел од раселените испитаници (75.9%) се вратиле во своите

домови во период до 6 месеци, односно во просек, испитаниците биле раселени по 5 месеци (SD=6.8 месеци).

Табела 34. Социодемографски карактеристики на испитаниците со ПТСР

ПОЛ	n	%
Мажи	22	47.8
Жени	24	52.2
НАЦИОНАЛНОСТ	n	%
Македонци	20	43.5
Албанци	25	54.3
Срби	1	2.2
ВОЗРАСТ (при прво интервју)	n	%
20-29 години	8	17.4
30-39 години	10	21.7
40-49 години	11	23.9
50-65 години	17	37.0
ГОДИНИ НА ОБРАЗОВАНИЕ	n	%
0-4	6	13.0
5-8	17	37.0
9-12	19	41.3
13-16	4	8.7
УЧЕСТВО ВО КОНФЛИКТТОТ	n	%
Активно учествувале	5	10.9
Не учествувале	41	89.1
СТАТУС ЗА ВРЕМЕ НА КОНФЛИКТТОТ	n	%
Останале дома	17	37.0
Биле внатрешно раселени	21	45.7
Биле бегалци	8	17.4
АКТУЕЛЕН СТАТУС	n	%
Домицили	17	37.0
Повратници	29	63.0
ВРЕМЕ ПОТРЕБНО ДА СЕ ВРАТАТ ДОМА	n	%
0-6 месеци	22	75.9
7-12 месеци	6	20.7
13 месеци и повеќе	1	3.4

Актуелниот работен статус на испитаниците при трите процени, се менува единствено при последното интервјуирање, кога се бележи зголемување на бројот на вработени испитаници (30.4%) во споредба со првите две интервјуирања, иако е утврдено и намалување на просечниот број работни часови во текот на неделата (од 45 на 39 часа). Брачниот статус на испитаниците значајно не се менува, во сите три наврати над три четвртини од нив живеат во брачна заедница (76%-80%). Во однос на структурата на домаќинствата во кои живеат испитаниците, освен со брачниот партнер, две третини од испитаниците живеат со малолетни деца (63%-69%), додека половина живеат и со полнолетни деца (48%-50%). При третата процена се намалува процентот на испитаници кои живеат со своите родители (од 33% и

34% на 20%), а се зголемува процентот на испитаници кои живеат во проширени семејни заедници (26%). При трите процени, во домаќинствата живеат, во просек, по 5 членови, од кои 2 се малолетни деца. При трите процени, исто така, најголем дел од испитаниците изјавиле дека живеат во сопствена куќа или стан, иако при второто интервјуирање се зголемил процентот на испитаници кои живееле кај родителите (35%), а при последното интервјуирање тој процент драстично опаднал (9%).

Табела 35. Промени во одделни социодемографски карактеристики на испитаниците со ПТСР при трите процени

	Прва процена		Втора процена		Трета процена	
	п	%	п	%	п	%
РАБОТЕН СТАТУС						
Вработени	10	21.7	9	19.6	14	30.4
Студии/обука како занимање	1	2.2	0	0.0	0	0.0
Пензионери	8	17.4	8	17.4	8	17.4
Невработени	27	58.7	29	63.0	24	52.2
БРАЧЕН СТАТУС						
мажени/женети	36	78.3	35	76.1	37	80.4
немажени/неженети	5	10.9	5	10.9	3	6.5
Разведени	1	2.2	2	4.3	0	0.0
вдовци/вдовици	4	8.7	4	8.7	6	13.0
СО КОГО ЖИВЕАТ*						
живеат сами	1	2.2	1	2.2	1	2.2
живеат со партнер	36	78.3	35	76.1	37	80.4
живеат со родителите	15	32.6	16	34.8	9	19.6
живеат со дете/деца помлади од 18 г.	31	67.4	32	69.5	29	63.0
живеат со дете/деца постари од 18 г.	22	47.8	23	50.0	23	50.0
живеат со други освен со наведените	11	23.9	8	17.4	12	26.1
МЕСТО НА ЖИВЕЕЊЕ						
Сопствена куќа/стан (или во сопственост на брачниот партнер)	35	76.1	30	65.2	42	91.3
Кај родителите	11	23.9	16	34.8	4	8.7
ВКУПЕН ПРИХОД ВО ДОМАЌИНСТВОТО						
<7.500 денари	20	43.5	12	26.1	11	23.9
7.501-15.000 денари	19	41.3	23	50.0	20	43.5
15.001-30.000 денари	6	13.0	11	23.9	14	30.4
>30.001 денари	1	2.2	0	0.0	1	2.2

* прашање со повеќечлен избор

Во однос на финансиската состојба, домаќинствата во кои живеат испитаниците во трите наврати во просек располагале со просечни приходи кои минимално се зголемиле (од 11.000 на 14.000 денари), особено ако се

земат предвид временските интервали меѓу трите процени. Важно е да се напомене дека при последната процена речиси двојно е намален процентот на испитаници чии домаќинства располагаале со потпросечни, односно со приходи пониски од 7.500 денари (од 44% на 24%), а повеќе од двојно е зголемен процентот на испитаници (од 13% на 30%) чии вкупни месечни приходи во домаќинствата се натпросечни, односно се движат меѓу 15.000 и 30.000 денари.

Табела 36. Аритметички средини и стандардни отстапувања за одделни социодемографски карактеристики кај испитаниците со ПТСР

	Процена	Min	Max	M	SD
Возраст	1	20	65	43.5	13.3
Образование	1	0	16	9.6	3.5
Број на месеци потребни да се вратат дома	1	1	36	5.3	6.8
Број на работни часови неделно	1	20	70	45.4	19.7
	2	22	60	40.7	12.0
	3	20	70	39.0	11.1
Број на членови во домаќинството	1	1	12	5.2	2.4
	2	1	13	5.1	2.4
	3	1	8	4.5	1.8
Број на деца помлади од 18 години во домаќинството	1	0	7	1.6	1.6
	2	0	6	1.7	1.6
	3	0	4	1.4	1.2
Број на деца на испитаникот	1	0	5	2.0	1.2
	2	0	5	2.0	1.2
	3	0	5	2.0	1.2
Вкупен приход во домаќинството (денари)	1	0	60.000	11.100	9.900
	2	1.800	30.000	13.300	7.200
	3	2.400	40.000	14.200	9.000

Трауматски искуства

Податоците од Листата на доживевани животни стресори откриваат дека испитаниците со ПТСР во просек доживеале по пет трауматски настани во текот на животот ($SD=1.8$), при што најголемиот број трауми (во просек три) ги доживеале за време на конфликтот (Табела 37). Во периодот по конфликтот испитаниците во просек доживеале поголем број трауми во однос на периодот пред конфликтот (1.0 ± 1.3 наспроти 0.4 ± 0.7 трауми), иако тој за најголемиот број испитаници бил значајно подолг во однос на периодот по конфликтот. Споредено по одделни временски интервали кога се спроведувани процените, за испитаниците најстресен бил четиригодишниот период пред последното

интервјуирање (0.8 ± 1.1 траума), а најмалку стресен бил периодот пред второто интервју (0.1 ± 0.3 трауми).

Табела 37. Просечен број трауматски настани доживевани од испитаниците со ПТСР

Доживевани трауми	Min	Max	M	SD
Во текот на животот	2	10	4.5	1.8
Пред конфликтот	0	3	0.4	0.7
За време на конфликтот	1	6	2.7	1.2
По конфликтот (2001-2010)	0	5	1.0	1.3
- прва процена: 2001-2005	0	2	0.4	0.5
- втора процена: 2006	0	1	0.1	0.3
- трета процена: 2007-2010	0	4	0.8	1.1

Кога се споредуваат испитаниците во однос на бројот на трауми што го доживеале во различни периоди од животот (Табела 38) откриваме дека околу две третини од нив (65.2%) доживеале четири или повеќе трауми во текот на целиот живот. Во сите животни периоди најголем дел од испитаниците доживеале по едно трауматско искуство, освен за време на конфликтот кога повеќето испитаници доживеале две трауми, а повеќекратно е зголемен и бројот на испитаници што доживеале три, четири или повеќе трауми.

Табела 38. Процент на испитаници со ПТСР што доживеале различен број трауматски настани во текот на животот

Број на доживевани трауми	Во тек на животот	Пред конфликтот	За време на конфликтот	Прва процена 2001-2005	Втора процена 2006	Трета процена 2007-2010
0	0.0	65.2	0.0	67.4	87.0	54.3
1	0.0	28.3	10.9	30.4	13.0	23.9
2	10.9	4.3	41.3	2.2	0.0	10.9
3	23.9	2.2	28.3	0.0	0.0	6.5
≥ 4	65.2	0.0	19.5	0.0	0.0	4.3

Независно од бројот на доживевани трауми, во сите периоди од животот, освен за време на конфликтот, речиси сите испитаници изјавиле дека трауматските искуства кај нив предизвикале највисок степен на трауматизација (Табела 39). За време на конфликтот највисок степен на трауматизација доживеале сите испитаници.

Табела 39. Процент на испитаници со ПТСР кои доживеале различен степен на трауматизација во текот на животот

Степен на трауматизација	Пред конфликтот	За време на конфликтот	Прва процена 2001-2005	Втора процена 2006	Трета процена 2007-2010
0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
2	0.0	0.0	0.0	2.2	2.2
3	1.3	0.0	6.5	0.0	6.5
4	28.3	100	26.1	10.9	37.0
M (SD)	3.9 (0.4)	4.0 (0.0)	3.8 (0.4)	3.7 (0.8)	3.8 (0.5)

Споредбата на типовите трауматски искуства кои испитаниците ги доживеале (Табела 40) открива дека единствен трауматски настан што при трите процени го доживеале најголем број испитаници е *ненадејна и неочекувана смрт на близок човек*, при што при последното интервју се зголемува бројот на испитаници што се соочиле со загуба на блиско лице (од 24% на 33%). Во периодот пред конфликтот неколкумина испитаници (11%) изјавиле дека доживеале сериозна несреќа, пожар или експлозија, додека останатите неколку настани што се идвојуваат во овој период ги доживеале многу мал процент испитаници (<3%).

За време на конфликтот, речиси сите испитаници биле изложени на *гранатирање или бомбардирање* (91%), додека следно најчесто доживеано трауматско искуства е *раселувањето* (63%). Останатите воени трауми ги доживеале значајно помал број испитаници, но сите вклучуваат *директна закана по животот на испитаниците или закана по животот, односно смрт на друго лице*: сведоштво на напад, убиство или смрт на друго лице (20%), дознавање за убиство или за смрт на блиско лице како последица на насилство (20%), опсада (17%), исчезнување или киднапирање на член на семејството или пријател (15%), мачење (13%), учество во борба (11%).

По конфликтот, единствено во периодот пред последното интервјуирање два настани се издвојуваат како најчесто доживеани, иако од помал процент испитаници: *болест опасна за живот* (17%) и *лоша здравствена состојба без можност за лекување* (11%). Сите други доживеани трауматски искуства во текот на деветте години по завршувањето на конфликтот ги доживеале многу помал број испитаници (<7%).

Табела 40. Типови трауматски настани доживевани барем еднаш од испитаниците со ПТСР во различни периоди од животот, изразени во проценти (%)

Трауматски настан	Пред конфликтот	За време на конфликтот	Прва процена 2001-2005	Втора процена 2006	Трета процена 2007-2010
1. Сериозна несреќа, пожар или експлозија (на пр. индустриска, земјоделска, автомобилска, авионска несреќа или несреќа при пловење).	10.9	0.0	4.3	0.0	0.0
2. Природна катастрофа (на пр. поплава, силен земјотрес).	2.2	0.0	0.0	0.0	2.2
3. Напад (несексуален) од член на семејството или од некого што го познаваат (на пр. физички напад, ограбување, бодeње, закана со вперено оружје, застрелување).	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
4. Напад (несексуален) од непознато лице (на пр. физички напад, ограбување, бодeње, закана со вперено оружје, застрелување).	2.2	0.0	0.0	0.0	0.0
5. Напад (сексуален) од член на семејството или од некого што го познаваат (на пр. обид за силување или силување).	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
6. Напад (сексуален) од непознато лице (на пр. обид за силување или силување).	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
7. Затворање (како цивилен или воен затвореник, како заложник итн.).	0.0	2.2	2.2	0.0	0.0
8. Болест опасна за живот.	0.0	0.0	0.0	2.2	17.4
9. Ненадејна и неочекувана смрт на близок човек, која не е последица на насилство.	23.9	6.5	23.9	6.5	32.6
10. Немање храна или вода.	0.0	2.2	0.0	0.0	2.2
11. Лоша здравствена состојба без можност за лекување.	0.0	2.2	0.0	2.2	10.9
12. Немање засолниште (за време на борбени дејства, гранатирање, бомбардирање) *	-	0.0	-	-	0.0

(Табела 40 продолжува на следната страница)

(Табела 40. Продолжение)

Трауматски настан	Пред конфликтот	За време на конфликтот	По конфликтот	Втора процена	Трета процена
13. Протерување од домот поради закана со насилство (на пр. етничко чистење). *	-	63.0	0.0	0.0	0.0
14. Учество во борба (воена акција). *	-	10.9	-	-	-
15. Гранатирање или бомбардирање (воздушен напад). *	-	91.3	-	-	-
16. Експлозија на мина. *	-	4.3	0.0	-	-
17. Опсада. *	-	17.4	-	-	-
18. Тешка физичка повреда.	2.2	0.0	2.2	0.0	2.2
19. Сведоштво на напад, убиство или смрт на друго лице.	0.0	19.6	0.0	0.0	0.0
20. Дознавање за убиство или за смрт на блиско лице како последица на насилство.	0.0	19.6	2.2	0.0	0.0
21. Исчезнување или киднапирање на член на семејството или пријател.	2.2	15.2	0.0	0.0	0.0
22. Мачење (нанесување физичка и психичка болка).	0.0	13.0	0.0	0.0	0.0
23. Загубување.	0.0	2.2	0.0	0.0	0.0
24. Киднапирање.	0.0	2.2	0.0	0.0	0.0
25. Друга застрашувачка ситуација или ситуација во која им бил загрозен животот.	2.2	0.0	4.3	0.0	4.3
26. Биле уплашени или почувствувале дека животот им бил во опасност поради тоа што биле сведок на некој од претходно наведените настани.	0.0	4.3	0.0	2.2	0.0

* настани поврзани со воениот конфликт

Ментално здравје и квалитет на живот

Кај испитаниците кај кои при првата процена беше утврдено сегашно ПТСР, во следните два наврати со примена на *Краткото невропсихијатриско интервју* повторно беше проценета зачестеноста на поединечните групи посттравматски симптоми (Табела 41). Половина од испитаниците во двете последователни процени ги задоволуваат критериумот В (присуство на најмалку еден од пет симптоми на прегласеност) и критериумот С (присуство на најмалку три од седум симптоми на избегнување). Критериумот D (присуство на најмалку два од пет симптоми на зголемена вознемиреност) го задоволуваат околу две третини од испитаниците при второто интервјуирање (65%) и над три четвртини (83%) при третото интервју. Овие наоди упатуваат на можност за постоење на парцијално ПТСР кај голем дел од испитаниците при двете последователни процени.

Табела 41. Зачестеност на актуелни симптоми на ПТСР кај испитаниците со ПТСР при трите процени, изразена во проценти (%)

Кластер на симптоми на ПТСР	Прва процена	Втора процена	Трета процена
Критериум В	100	50.0	50.0
Критериум С	100	47.7	54.3
0	0.0	28.3	8.7
1	0.0	21.7	19.6
2	0.0	2.2	17.4
3	28.3	21.7	17.4
4	32.6	8.7	4.3
5	23.9	13.0	8.7
6	13.0	4.3	8.7
7	2.2	0.0	15.2
Критериум D	100	65.3	82.6
0	0.0	26.1	8.7
1	0.0	8.7	8.7
2	4.3	17.4	15.2
3	23.9	10.9	15.2
4	32.6	8.7	23.9
5	39.1	28.3	28.3

Во распределбата на испитаниците со ПТСР според актуелната истакнатост на посттравматските стресни реакции проценети во трите наврати со IES-R (Табела 42), при второто интервјуирање се забележува двојно намалување на процентот испитаници кои доживувале клинички значајна истакнатост на посттравматските симптоми (од 80% на 39%), а се

зголемува процентот на испитаници кои доживувале умерено истакнати посттрауматски реакции (од 20% на 39%) и просечно, односно слабо истакнати симптоми на долготраен посттрауматски стрес (од 0% на 22%). Но четири години подоцна, нивната состојба е речиси идентична како при првото интервјуирање.

Табела 42. Процент на испитаници со ПТСР кои доживуваат просечна, умерена и клинички значајна истакнатост на посттрауматски стресни реакции при трите процени

Истакнатост на симптомите	Прва процена	Втора процена	Трета процена
Просечна Вкупен скор: 0-8	0.0	21.7	8.7
Умерена Вкупен скор: 9-19	19.6	39.1	8.7
Клинички значајна Вкупен скор: ≥ 20	80.4	39.1	82.6

* сиров вкупен скор

Проверката на значајноста на разликите во истакнатоста на актуелните посттрауматски стресни реакции (Табела 43), откри дека при трите процени испитаниците доживувале значајно различен степен на истакнатост на симптомите. Имено, најнизок степен на истакнатост на трите типа посттрауматски реакции испитаниците доживувале при второто интервју, додека при првата и последната процена доживувале приближно ист степен на истакнатост на посттрауматските симптоми.

Табела 43. Значајност на разлики во истакнатоста на посттрауматските стресни реакции кај испитаниците со ПТСР при трите процени

СУПСКАЛИ на IES-R	$M_1 (SD_1)$	$M_2(SD_2)$	$M_3(SD_3)$	F (1,45)	Sig	Post hoc
Преплашеност	1.91 (0.88)	1.18 (0.86)	1.79 (1.04)	9.93	0.000**	2 < 1,3
Избегнување	1.51 (0.73)	0.72 (0.70)	1.44 (0.93)	15.20	0.000**	2 < 1,3
Зголемена вознемиреност	1.61 (1.09)	0.99 (0.95)	1.92 (1.02)	12.67	0.000**	2 < 1,3
Просечен скор	1.68 (0.73)	0.96 (0.75)	1.70 (0.85)	14.42	0.000**	2 < 1,3
Вкупен скор	37.02 (16.04)	21.13 (16.50)	37.41 (18.65)	14.42	0.000**	2 < 1,3

** $p < 0.01$

При првите две процени кај испитаниците биле најистакнати симптомите на преплашеност, а најмалку истакнати биле симптомите на избегнување. При последната процена кај испитаниците доминирале

симптомите на зголемена вознемиреност, а повторно најмалку истакнати биле симптомите на избегнување.

Табела 44. Поврзаност на скоровите на супскалите на IES-R кај испитаниците со ПТСР при првата процена

СУПСКАЛИ на IES-R	1	2	3
1. Преплавување	---		
2. Избегнување	.40**	---	
3. Вознемиреност	.80**	.29*	---
ПРОСЕЧЕН СКОР	.92**	.66**	.87**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

При трите процени, утврдена е значајна позитивна поврзаност меѓу одделните посттрауматски реакции (Табели 44, 45 и 46). Во трите наврати, најсилна е поврзаноста меѓу симптомите на преплавување и симптомите на зголемена вознемиреност ($r = .80-.92$, $p < 0.01$), и меѓу просечниот скор на Ревидираната скала за влијание на настанот и симптомите на преплавување ($r = .92-.96$, $p < 0.01$). Најслаба поврзаност е утврдена меѓу симптомите на избегнување и симптомите на зголемена вознемиреност при првата процена ($r = .29$, $p < 0.05$), додека при следните две процени коефициентот на корелација е релативно двојно поголем ($r = .45$, $p < 0.01$ односно $r = .56$, $p < 0.01$).

Табела 45. Поврзаност на скоровите на супскалите на IES-R кај испитаниците со ПТСР при втората процена

СУПСКАЛИ на IES-R	1	2	3
1. Преплавување	---		
2. Избегнување	.66**	---	
3. Вознемиреност	.92**	.56**	---
ПРОСЕЧЕН СКОР	.96**	.81**	.92**

** $p < 0.01$

Табела 46. Поврзаност на скоровите на супскалите на IES-R кај испитаниците со ПТСР при третата процена

СУПСКАЛИ на IES-R	1	2	3
1. Преплавување	---		
2. Избегнување	.52**	---	
3. Вознемиреност	.82**	.45**	---
ПРОСЕЧЕН СКОР	.92**	.78**	.87**

** $p < 0.01$

Проверката на поврзаноста меѓу возраста и годините на завршено образование со истакнатоста на долготрајните посттрауматски стресни реакции (Табела 47), откри дека повозрасните испитаници доживувале

поистакнати симптоми на посттравматски стрес единствено при првата процена ($r=.30$, $p<0.05$), додека испитаниците со пониско образование доживувале поистакнати симптоми на посттравматски стрес единствено при третата процена ($r=-.42$, $p<0.01$). Од доживеаните трауматски искуства, утврдено е дека значајно поврзани со актуелните посттравматски реакции се само бројот на трауматски настани доживеани пред конфликтот и по конфликтот, и тоа единствено при втората процена. Притоа, поголемиот број доживеани трауми пред конфликтот е поврзан со помала истакнатост на актуелни симптоми на посттравматски стрес ($r=-.28$, $p<0.05$), додека поголемиот број доживеани трауми по конфликтот е поврзан со повисок степен на истакнатост на посттравматски симптоми ($r=-.34$, $p<0.01$).

Табела 47. Поврзаност на истакнатоста на посттравматските стресни реакции при трите процени со возраста и образованието на испитаниците со ПТСР, бројот на доживеани трауми и истакнатоста на психопатолошките симптоми

	IES-R ₁	IES-R ₂	IES-R ₃
ВОЗРАСТ	.30*	.09	.03
ОБРАЗОВАНИЕ	.17	.00	-.42**
ТРАУМИ	.01	-.16	.03
Пред конфликт	.04	-.28*	.02
Воени трауми	.04	-.22	-.11
По конфликтот	-.12	.34*	.12
BSI ₁	.61**	.31*	-.12
BSI ₂	.19	.79**	.04
BSI ₃	-.11	-.02	.72**
IES-R ₂	.11	---	.06
IES-R ₃	.01	.06	---

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

Забелешка. ТРАУМИ=вкупен број доживеани трауми во животот; BSI=просечен скор на *Краткиот инвентар на симптоми* при првата (1), втората (2) и третата (3) процена; IES-R=просечен скор на *Ревидираниот инвентар за влијание на настанот* при првата (1), втората (2) и третата (3) процена

При секој процена, покрај тоа, утврдена е значајна и силна поврзаност меѓу истакнатоста на посттравматските стресни реакции и психопатолошките симптоми проценети со *Краткиот инвентар на симптоми* (Табела 47). Притоа поврзаноста е поистакната при двете последователни процени во споредба со првата процена ($r=.79$, $p<0.01$ и $r=.72$, $p<0.01$ наспроти $r=.61$, $p<0.01$). Утврдено е и дека испитаниците кои при првата процена доживувале поистакнати

психопатолошки симптоми од различен вид, при втората процена доживувале и поистакнати симптоми на посттрауматски стрес ($r=.31$, $p<0.05$). Од друга страна, меѓу истакнатоста на посттрауматските симптоми при трите процени не постои значајна поврзаност.

Споредбата на преваленција на ментални растројства кај испитаниците при трите процени (Табела 48) покажа дека со текот на времето се намалува процентот на испитаници кои задоволуваат критериуми за едно или две растројства (од 41.3% на 30.4%, односно од 30.4% на 21.7%), но се зголемил процентот на испитаници со коморбидитет од три или повеќе растројства. Иако бројот на испитаници со ваков коморбидитет опаѓа при втората процена (од 28.3% на 10.9%), четири години подоцна повторно драстично се зголемува (32.7%).

Табела 48. Преваленција на ментални растројства кај испитаниците со ПТСР при трите процени

ВКУПЕН БРОЈ РАСТРОЈСТВА	ПРОЦЕНА		
	1	2	3
БАРЕМ ЕДНО РАСТРОЈСТВО	100	63.0	84.8
1 растројство	41.3	39.1	30.4
2 растројства	30.4	13.0	21.7
>3 растројства	28.3	10.9	32.7
РАСТРОЈСТВО НА РАСПОЛОЖЕНИЕТО	57.5	30.4	67.4
Тешка депресивна епизода (ТДЕ)			
сегашна (последните 2 недели)	15.2	17.4	47.8
рекурентна	8.7	10.6	30.4
ТДЕ со меланхолични симптоми			
сегашна (последните 2 недели)	4.3	4.3	28.3
Дистимија			
сегашна (последните 2 години)	32.6	13.0	19.6
Суицидалност			
сегашна (последниот месец)	26.1	13.0	10.9
▪ ниска	21.7	10.9	10.9
▪ средна	4.3	2.2	0.0
▪ висока	0.0	0.0	0.0
Хипоманична епизода			
сегашна	0.0	0.0	0.0
мината	0.0	0.0	1.4
Манична епизода			
сегашна	0.0	0.0	0.0
мината	0.0	0.0	0.0
АНКСИОЗНО РАСТРОЈСТВО	100	50.0	58.7
Панично растројство			
сегашно (последниот месец)	8.7	2.2	21.7
долготрајно	13.0	2.2	26.1
Агорафобија			
сегашна	4.3	0.0	8.7
Социјална фобија			
сегашна (последниот месец)	6.5	2.2	6.5

(Табела 48 продолжува на следната страница)

(Табела 48. Продолжение)

АНКСИОЗНО РАСТРОЈСТВО	ПРОЦЕНА		
	1	2	3
Опсесивно-компулсивно растројство			
сегашно (последниот месец)	2.2	2.2	0.0
Посттрауматско стресно растројство			
сегашно (последниот месец)	100	34.8	28.3
минато	0.0	34.8	41.3
Генерализирано анксиозно растројство			
сегашно (последните 6 месеци)	2.2	15.2	19.6
ПСИХОТИЧНО РАСТРОЈСТВО И РАСТРОЈСТВО НА РАСПОЛОЖЕНИЕТО СО ПСИХОТИЧНИ СИПТОМИ	8.7	2.2	0.0
Психотично растројство			
сегашно	2.2	0.0	0.0
долготрајно	2.2	0.0	0.0
Растројство на расположението со психотични сиптоми			
сегашно	6.5	2.2	8.7
долготрајно	6.5	2.2	8.7
АНТИСОЦИЈАЛНО РАСТРОЈСТВО НА ЛИЧНОСТА	0.0	-	-
СОМАТИЗАЦИСКО/СОМАТОФОРМНО РАСТРОЈСТВО	0.0	0.0	0.0

Наодите упатуваат на континуирано намалување на стапката на преваленција на ПТСР, при што падот е многу поостар при втората процена (34.8%) во споредба со третата процена (28.3%). Меѓу останатите најпревалентни растројства при трите процени, тренд на континуирано намалување на стапката на преваленција се бележи само кај суицидалните тенденции (од 26.1% на 10.9%), додека опаѓање следено со повишување е утврдено кај дистимијата (32.6%, 13% и 19.6%), паничното растројство (8.7%, 2.2% и 21.7%) и растројството на расположението со психотични симптоми (6.5%, 2.2% и 8.7%). Континуирано зголемување на стапката на актуелна преваленција е утврдено кај тешкото депресивно растројство (од 15.2% на 47.8%), кое е воедно и најпревалентно при последната процена, како и кај генерализираното анксиозно растројство (од 2.2% на 19.6%).

Стапката на коморбидитет меѓу двете најпревалентни групи растројства (Табела 49), исто така, следи тренд на повеќекратно намалување и повторно зголемување при третото интервју (56.5%, 17.4% и 41.3%). Наспроти тоа, со текот на времето се намалува процентот на испитаници кои задоволуваат критериуми само за едно или повеќе анксиозни растројства (од 43.5% на 17.4%), додека се зголемува процентот на испитаници кои задоволуваат критериуми само за едно или повеќе депресивни растројства (од 13% на 26%).

Табела 49. Коморбидитет на анксиозни и депресивни растројства кај испитаниците со ПТСР при трите процени

Процена	Само анксиозни растројства	Само депресивни растројства	Коморбидитет
1	43.5	-	56.5
2	32.6	13.0	17.4
3	17.4	26.0	41.3

* суицидалноста не е внесена во групата на депресивни растројства

Испитаниците беа споредени и во однос на степенот на истакнатост на повеќе групи психолошки симптоми кои ги доживувале непосредно пред трите процени (Табела 50). Проверката покажа дека постојат значајни варијации во истакнатоста на симптомите во трите временски интервали. Имено, со текот на времето кај нив значајно се зголемил бројот на психопатолошки симптоми што ги доживувале, додека општата истакнатост на симптомите значајно се намалила пред втората процена, а потоа при последната процена значајно се зголемила, до степен повисок и од оној проценет при првото интервју.

Табела 50. Значајност на разлики во истакнатоста на проблемите со менталното здравје кај испитаниците со ПТСР при трите процени

СИМПТОМИ НА:	M ₁ (SD ₁)	M ₂ (SD ₂)	M ₃ (SD ₃)	F (1,45)	Sig	Post hoc
Соматизација	1.24 (0.77)	0.76 (0.58)	1.63 (0.89)	21.36	0.000**	2 < 1 < 3
Опсесивност-компулсивност	1.12 (0.72)	0.93 (0.68)	1.77 (1.05)	13.35	0.000**	1,2 < 3
Интерперсонална сензитивност	0.58 (0.74)	0.40 (0.57)	1.34 (1.07)	18.95	0.000**	1,2 < 3
Депресија	1.06 (0.84)	0.83 (0.68)	1.47 (0.95)	9.65	0.001**	2 < 3
Анксиозност	1.16 (0.80)	0.98 (0.70)	1.86 (0.89)	17.79	0.000**	1,2 < 3
Хостилност	0.64 (0.72)	0.63 (0.55)	1.09 (0.67)	7.83	0.001**	1,2 < 3
Фобична анксиозност	0.55 (0.66)	0.40 (0.48)	1.23 (0.91)	16.69	0.000**	1,2 < 3
Параноидна идеација	0.83 (0.87)	0.54 (0.65)	1.46 (0.91)	16.97	0.000**	1,2 < 3
Психотицизам	0.36 (0.58)	0.30 (0.45)	0.89 (0.97)	9.96	0.001**	1,2 < 3
Општа истакнатост на симптомите	0.88 (0.53)	0.67 (0.48)	1.45 (0.77)	21.17	0.000**	2<1<3
Позитивни симптоми	22.46 (11.05)	21.17 (11.88)	32.11 (14.24)	10.56	0.000**	1,2 < 3
Вознемиреност од позитивните симптоми	0.04 (0.01)	0.03 (0.01)	0.04 (0.01)	46.89	0.000**	2 < 1 < 3

** $p < 0.01$

Во однос на поединечните групи симптоми, при третата процена е утврдено значајно зголемување на истакнатоста во споредба со претходните две процени кај речиси сите групи симптоми: опсесивност-компулсивност ($F(1,45)=13.35, p<0.01$), интерперсонална сензитивност ($F(1,45)=18.95, p<0.01$), анксиозност ($F(1,45)=17.79, p<0.01$), хостилност ($F(1,45)=7.83, p<0.01$), фобична анксиозност ($F(1,45)=16.69, p<0.01$), параноидна идеација ($F(1,45)=16.97, p<0.01$) и психотицизам ($F(1,45)=9.96, p<0.01$). Кај симптомите на соматизација е утврден значаен пад во нивната истакнатост при втората процена, а потоа значајно зголемување при последното интервју ($F(1,45)=21.36, p<0.01$). Кај симптомите на депресија, пак, утврдено е значајно зголемување на нивната истакнатост само во периодот од второто до третото интервју ($F(1,45)=9.65, p<0.01$).

Инаку, при трите процени кај испитаниците се најистакнати симптомите на соматизација, опсесивност-компулсивност, анксиозност и депресивност, иако не по тој редослед во сите наврати. Најмалку истакнати кај испитаниците при трите процени се симптомите на психотицизам.

Табела 51. Поврзаност на скоровите на супскалите на BSI кај испитаниците со ПТСР при првата процена

	СОМ ₁	О-К ₁	ИНС ₁	ДЕП ₁	АНК ₁	ХОС ₁	ФОБ ₁	ПАР ₁	ПСИ ₁	ОИС ₁	ПС ₁	ВПС ₁
СОМ ₁	---											
О-К ₁	.49**	---										
ИНС ₁	.28*	.51**	---									
ДЕП ₁	.25*	.59**	.62**	---								
АНК ₁	.67**	.71**	.60**	.46**	---							
ХОС ₁	.30*	.33*	.48**	.28*	.44**	---						
ФОБ ₁	.44**	.71**	.68**	.37**	.77**	.59**	---					
ПАР ₁	.35**	.29*	.69**	.40**	.57**	.24	.43**	---				
ПСИ ₁	.28*	.65**	.85**	.80**	.62**	.38**	.62**	.56**	---			
ОИС ₁	.66**	.81**	.79**	.72**	.87**	.57**	.80**	.65**	.83**	---		
ПС ₁	.58**	.81**	.73**	.73**	.84**	.58**	.72**	.58**	.78**	.95**	---	
ВПС ₁	.64**	.40**	.51**	.35**	.60**	.28**	.43**	.60**	.46**	.67**	.46**	---

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

Забелешка. СОМ=соматизација; О-К=опсесивност-компулсивност; ИНС=интерперсонална сензитивност; ДЕП=депресија; АНК=анксиозност; ХОС=хостилност; ФОБ=фобична анксиозност; ПАР=параноидна идеација; ПСИ=психотицизам; ОИС=индекс на општа истакнатост на симптомите, ПС=вкупен број на позитивни симптоми; ВПС=индекс на вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми

Корелационата анализа откри дека меѓу речиси сите психопатолошки димензии што се проценуваат со *Краткиот инвентар на симптоми* при трите процени постои значајна позитивна поврзаност (кај речиси сите на ниво

$p < 0.01$), при што коефициентите на корелација се движат од $r = .24$ до $r = .87$ при првата процена (Табела 51), од $r = .19$ до $r = .90$ при втората процена (Табела 52) и од $r = .42$ до $r = .83$ при последната процена (Табела 53).

Табела 52. Поврзаност на скоровите на супскалите на BSI кај испитаниците со ПТСР при втората процена

	СОМ ₂	О-К ₂	ИНС ₂	ДЕП ₂	АНК ₂	ХОС ₂	ФОБ ₂	ПАР ₂	ПСИ ₂	ОИС ₂	ПС ₂	ВПС ₂
СОМ ₂	---											
О-К ₂	.69**	---										
ИНС ₂	.28*	.54**	---									
ДЕП ₂	.42**	.72**	.54**	---								
АНК ₂	.77**	.67**	.23	.41**	---							
ХОС ₂	.66**	.60**	.19	.38**	.65**	---						
ФОБ ₂	.70**	.76**	.57**	.49**	.74**	.56**	---					
ПАР ₂	.39**	.67**	.65**	.75**	.47**	.45**	.62**	---				
ПСИ ₂	.42**	.65**	.57**	.70**	.46**	.61**	.68**	.73**	---			
ОИС ₂	.78**	.90**	.63**	.78**	.78**	.72**	.85**	.80**	.80**	---		
ПС ₂	.76**	.91**	.69**	.71**	.74**	.65**	.85**	.75**	.74**	.96**	---	
ВПС ₂	.60**	.63**	.30*	.67**	.70**	.63**	.54**	.63**	.60**	.77**	.62**	---

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Забелешка. СОМ=соматизација; О-К=опсесивност-компулсивност; ИНС=интерперсонална сензитивност; ДЕП=депресија; АНК=анксиозност; ХОС=хостилност; ФОБ=фобична анксиозност; ПАР=параноидна идеација; ПСИ=психотицизам; ОИС=индекс на општа истакнатост на симптомите, ПС=вкупен број на позитивни симптоми; ВПС=индекс на вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми

Табела 53. Поврзаност на скоровите на супскалите на BSI кај испитаниците со ПТСР при третата процена

	СОМ ₃	О-К ₃	ИНС ₃	ДЕП ₃	АНК ₃	ХОС ₃	ФОБ ₃	ПАР ₃	ПСИ ₃	ОИС ₃	ПС ₃	ВПС ₃
СОМ ₃	---											
О-К ₃	.74**	---										
ИНС ₃	.44**	.58**	---									
ДЕП ₃	.65**	.72**	.82**	---								
АНК ₃	.78**	.73**	.62**	.78**	---							
ХОС ₃	.42**	.55**	.44**	.53**	.54**	---						
ФОБ ₃	.74**	.72**	.71**	.81**	.80**	.45**	---					
ПАР ₃	.42**	.53**	.77**	.67**	.46**	.51**	.53**	---				
ПСИ ₃	.51**	.68**	.79**	.83**	.61**	.45**	.75**	.64**	---			
ОИС ₃	.80**	.86**	.81**	.92**	.86**	.63**	.89**	.72**	.85**	---		
ПС ₃	.65**	.77**	.79**	.85**	.68**	.56**	.83**	.69**	.84**	.90**	---	
ВПС ₃	.70**	.64**	.40**	.57**	.76**	.47**	.54**	.36**	.36**	.66**	.32*	---

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Забелешка. СОМ=соматизација; О-К=опсесивност-компулсивност; ИНС=интерперсонална сензитивност; ДЕП=депресија; АНК=анксиозност; ХОС=хостилност; ФОБ=фобична анксиозност; ПАР=параноидна идеација; ПСИ=психотицизам; ОИС=индекс на општа истакнатост на симптомите, ПС=вкупен број на позитивни симптоми; ВПС=индекс на вознемиреност предизвикана од позитивните симптоми

При трите процени, покрај тоа, неколку групи симптоми се издвојуваат во однос на силината на нивната меѓусебна поврзаност. На пример, симптомите на анксиозност при трите процени се најсилно поврзани со симптомите на фобична анксиозност ($r=.74-.80$, $p<0.01$), опсесивно-компулсивните симптоми ($r=.67-.73$, $p<0.01$) и соматските симптоми ($r=.67-.78$, $p<0.01$), додека при последната процена во овој кластер на симптоми се приклучуваат и депресивните симптоми ($r=.78$, $p<0.01$). Симптомите на депресивност, од друга страна, при сите три процени се најсилно поврзани со симптомите на психотичност ($r=.70-.83$, $p<0.01$), додека при втората процена се силно поврзани и со симптомите на опсесивност-компулсивност ($r=.72$) и параноидност ($r=.75$, $p<0.01$), а при третата и со интерперсоналната сензитивност ($r=.82$, $p<0.01$) и фобичната анксиозност ($r=.81$, $p<0.01$). Интересен е и наодот што симптомите на параноидност при првата процена не се значајно поврзани со симптомите на хостилност ($r=.24$), додека при втората и третата процена индексот на корелација е двојно повисок и значаен ($r=.45$, $p<0.01$ односно $r=.51$, $p<0.01$).

Проверката на поврзаноста на одредени социодемографски варијабли со актуелните психопатолошки симптоми (Табела 54), откри дека возраста не е значајно поврзана со степенот на истакнатост на симптомите, додека во однос на образованието утврдена е значајна поврзаност само при третата процена. Имено испитаниците со пониско образование во тој период доживувале повисок степен на истакнатост на психопатолошките симптоми ($r=-.45$, $p<0.01$).

Табела 54. Поврзаност на истакнатоста на психопатолошките симптоми при трите процени со возраста на испитаниците со ПТСР, годините на завршено образование и бројот на доживевани трауми

	ВОЗ	ОБР	ТРАУМИ	Пред конфликт	Воени трауми	По конфликт	BSI ₂	BSI ₃
BSI ₁	.12	.10	-.08	-.04	-.04	-.07	.44*	-.12
BSI ₂	.20	-.01	-.26*	-.15	-.23	.03	---	-.03
BSI ₃	-.19	-.45**	-.11	-.06	-.16	.02	-.03	---

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

Забелешка. ВОЗ=возраст; ОБР=години на завршено образование; ТРАУМИ=вкупен број доживевани трауми во животот; BSI=просечен скор на *Краткиот инвентар на симптоми* при првата (1), втората (2) и третата (3) процена

Вкупниот број доживевани трауматски искуства е слабо поврзан со истакнатоста на симптомите само при втората процена, при што кај испитаниците кои доживевале помал број трауматски настани во животот до

моментот на интервјуирањето била утврдена повисока општа истакнатост на психопатолошките симптоми ($r=-.26$, $p<0.05$). Постои и значајна позитивна поврзаност меѓу степенот на истакнатост на симптомите што испитаниците ги доживувале непосредно пред првата и втората процена ($r=.44$, $p<0.05$).

Последната споредба го опфаќа квалитетот на животот на испитаниците (Табела 55) и откри дека со текот на времето кај испитаници постои значајно зголемување на задоволството само од неколку области во животот. При последната процена испитаниците искажале поголемо задоволство во однос на претходните две процени само кога станува збор за личната безбедност ($F(1,45)=6.01$, $p<0.01$) и сексуалниот живот ($F(1,45)=7.37$, $p<0.01$), додека од активностите во слободното време и односите со семејството биле позадоволни при третата во споредба само со втората процена ($F(1,45)=7.15$, $p<0.01$) и ($F(1,45)=4.30$, $p<0.05$). При третата процена, покрај тоа, изразиле и помало задоволство од своето физичко здравје во споредба со втората процена ($F(1,45)=5.02$, $p<0.01$). Единствена област од животот од која при второто интервјуирање биле позадоволни во споредба со првото е финансиската состојба ($F(1,45)=2.34$, $p<0.05$).

Табела 55. Значајност на разлики во процената на субјективните показатели на квалитетот на живот кај испитаниците со ПТСР при трите процени

ЗАДОВОЛСТВО ОД:	M ₁ (SD ₁)	M ₂ (SD ₂)	M ₃ (SD ₃)	F (1,45)	Sig	Post hoc
Квалитетот на животот во целина	3.50 (1.53)	3.89 (1.32)	3.70 (1.67)	1.16	0.318	-
Работен статус	2.83 (1.51)	3.22 (1.53)	2.91 (1.94)	1.62	0.204	-
Финансиска состојба	2.59 (1.45)	3.09 (1.35)	2.93 (1.79)	2.34	0.024*	1 < 2
Број и квалитет на пријателства	4.74 (1.44)	4.74 (1.20)	4.73 (1.59)	0.02	0.984	-
Активности во слободното време	3.96 (1.32)	3.63 (1.00)	4.59 (1.78)	7.15	0.001**	2 < 3
Сместување	3.98 (1.42)	4.30 (1.26)	4.48 (1.52)	2.03	0.137	-
Лична безбедност	4.15 (1.52)	4.13 (0.98)	4.85 (1.41)	6.01	0.004**	1, 2 < 3
Лугето со кои живее	5.39 (1.41)	5.48 (1.17)	5.72 (1.44)	1.74	0.189	-
Сексуален живот	4.66 (1.88)	4.63 (1.60)	5.74 (1.46)	7.37	0.002**	1, 2 < 3
Односи со семејството	5.48 (1.28)	5.36 (1.11)	5.89 (1.17)	4.30	0.016*	2 < 3
Физичко здравје	3.76 (1.42)	4.04 (1.53)	3.20 (1.83)	5.02	0.009**	3 < 2
Ментално здравје	4.02 (1.64)	4.24 (1.62)	3.37 (1.83)	3.88	0.055	-
Просечен скор	4.07 (0.92)	4.21 (0.97)	4.29 (1.11)	1.45	0.242	-
Вкупен скор	47.94 (11.22)	49.22 (11.77)	50.5 (13.95)	1.45	0.242	-

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

Во трите наврати испитаниците се најмалку задоволни од својот работен статус и финансиската состојба (главно се незадоволни), додека при првите две интервјуа се најзадоволни од односите со луѓето со кои живеат и со членовите на семејството (главно се задоволни). При третото интервју во групата на највисоко оценети субјективни показатели на квалитетот на животот се приклучува и сексуалниот живот (многу се задоволни).

Во однос на објективните показатели на квалитетот на животот (Табела 56), се забележува дека висок процент испитаници во трите наврати изјавиле дека имаат близок пријател и дека се сретнале со пријател последната недела пред интервјуирањето. Во однос на овие индикатори, исто така, утврдено е зголемување при второто интервју (од 83% на 96% и од 80% на 87%), а потоа опаѓање четири години подоцна (87% и 76%). Ниту еден од испитаниците во текот на деветте години по конфликтот не бил жртва на физичко насилство, ниту бил обвинет за криминално дело.

Табела 56. Објективни показатели на квалитетот на живот кај испитаниците со ПТСР при трите процени, изразени во проценти (%)

	Процена		
	1	2	3
Има близок пријател	82.6	95.7	87.0
Сретнал пријател последната недела	80.4	87.0	76.1
Обвинет за криминално дело последната година	0.0	0.0	0.0
Жртва на физичко насилство последната година	0.0	0.0	0.0

Корелационата анализа во однос на квалитетот на живот (Табела 57) откри дека само при третата проценка позадоволни од животот биле помладите испитаници ($r=-.25$, $p<0.05$) и испитаниците со повисоко образование ($r=.28$, $p<0.05$). Интересен е наодот дека испитаниците кои доживеале поголем број воени трауми биле позадоволни од својот живот при првата ($r=.26$, $p<0.05$) и втората проценка ($r=.25$, $p<0.05$). Испитаниците, пак, кои доживеале поголем број трауми по конфликтот при третата проценка биле помалку задоволни од животот ($r=-.42$, $p<0.01$).

При трите процени е утврдено и дека квалитетот на животот е посилно поврзан со истакнатоста на психопатолошките симптоми проценети со BSI, отколку со истакнатоста на посттрауматските стресни реакции проценети со IES-R. Притоа, испитаниците кои при првата проценка доживувале повисок степен на истакнатост на психопатолошки симптоми биле помалку задоволни

од животот, при првата и при втората процена ($r=-.44$, $p<0.01$ и $r=-.52$, $p<0.01$), додека оние кои доживувале поистакнати психопатолошки симптоми при втората процена биле помалку задоволни од животот, не само при втората, туку и при третата процена ($r=-.68$, $p<0.01$ и $r=-.36$, $p<0.01$). Слични се наодите и во однос на поврзаноста на квалитетот на животот со посттравматските стресни реакции, при што само поистакнатите посттравматски доживувања при првата процена се поврзани со понизок квалитет на живот и при втората процена ($r=-.32$, $p<0.05$ и $r=-.26$, $p<0.05$).

Покрај тоа, најсилна е поврзаноста на симптомите на посттравматскиот стрес и останатите психопатолошки симптоми со задоволството од животот при втората процена ($r=-.56$, $p<0.01$ и $r=-.68$, $p<0.01$).

Табела 57. Поврзаност на квалитетот на животот со возраста и образованието на испитаниците со ПТСР, бројот на доживевани трауми, истакнатоста на психопатолошките симптоми и на посттравматските стресни реакции при трите процени

	MANSA ₁	MANSA ₂	MANSA ₃
ВОЗРАСТ	-.09	-.18	-.25*
ОБРАЗОВАНИЕ	.20	.15	.28*
ТРАУМИ	.26**	.17	-.18
Пред конфликтот	.05	-.07	.01
Воени трауми	.26*	.25*	.22
По конфликтот	.07	-.03	-.42**
BSI ₁	-.44**	-.52**	-.12
BSI ₂	-.43**	-.68**	-.36**
BSI ₃	-.17	-.12	-.43**
IES-R ₁	-.32*	-.26*	-.09
IES-R ₂	-.32*	-.56**	-.23
IES-R ₃	-.12	-.07	-.34*
MANSA ₂	.74**	---	-.23
MANSA ₃	.55**	.56**	---

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

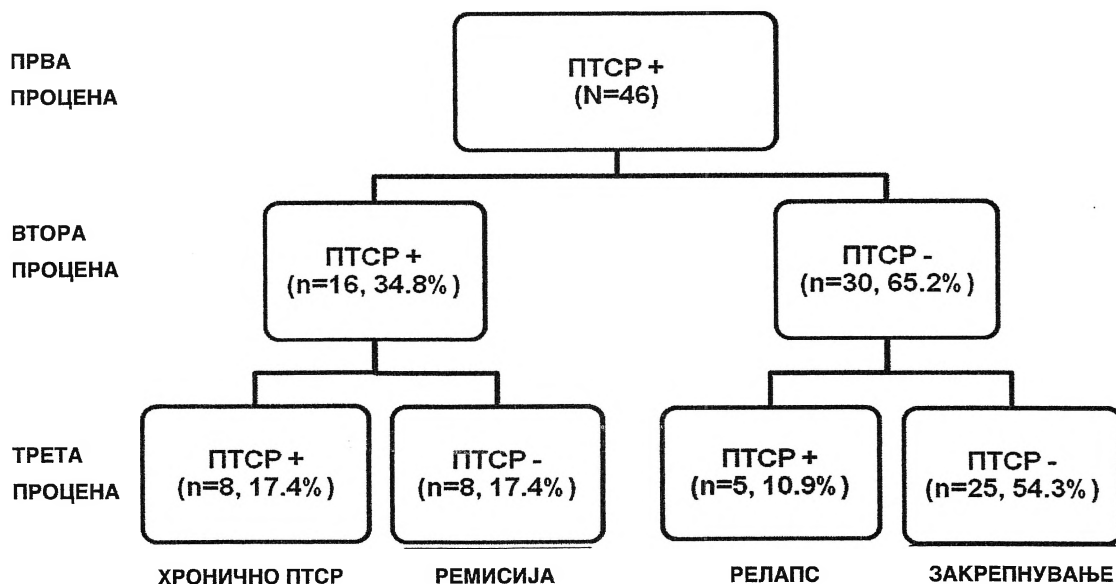
Забелешка. ТРАУМИ=вкупен број доживевани трауми во животот; BSI=просечен скор на *Краткиот инвентар на симптоми* при првата (1), втората (2) и третата (3) процена; IES-R=просечен скор на *Ревидираниот инвентар за влијание на настанот* при првата (1), втората (2) и третата (3) процена; MANSA=просечен скор на *Манчестерскиот краток прашалник за процена на квалитетот на животот* при првата (1), втората (2) и третата (3) процена

Трите процени на квалитетот на животот се, исто така, значајно меѓусебно поврзани, при што најсилна е поврзаноста меѓу првата и втората процена на квалитетот на животот ($r=-.74$, $p<0.01$). Со текот на времето степенот на меѓусебната поврзаност се намалува, но останува значаен ($r=.56$, $p<0.01$ и $r=.55$, $p<0.01$).

ТРАЕКТОРИИ НА ПТСР

Во однос на индивидуалните промени во посттрауматската симптоматологија проценета со *Краткото невропсихијатриско интервју* утврдени се четири траектории на ПТСР: *закрепнување*, *ремисија*, *релапс* и *хронично ПТСР* (Слика 1).

Процесот на посттрауматска адаптација кај повеќе од половина од испитаниците (54.3%) можеме да го дефинираме како *закрепнување*, зашто во двете последователни процени тие веќе не ги задоволувале дијагностичките критериуми за ПТСР. Кај другата половина испитаници постојат флукутации во актуелизирањето и дистрибуцијата на посттрауматските симптоми. Во состојба на *ремисија* се наоѓаат 17.4% од испитаниците, зашто при првите две процени ги задоволувале критериумите за ПТСР, но не и при последното интервју. Кај 10.9% е утврден *релапс*, односно повторна појава на ПТСР по период на ремисија, а *хронична траекторија на ПТСР* постои кај 17.4% од испитаниците, односно кај оние кои при трите процени континуирано ги задоволувале критериумите за ПТСР.



Слика 1. Траектории на ПТСР

Покрај проверката на траекториите базирана на присуството, односно отсуството на дијагнозата сегашно ПТСР, како надополнување е извршена и проверка на индивидуалните патеки на развој на испитаниците во однос на општата истакнатост на посттрауматските симптоми. Утврдувањето на индивидуални траектории во однос на текот и промените на посттрауматската симптоматологија е исклучително вредно, но со оглед на бројот на испитаниците и бројот на спроведени процени, оваа анализа (growth mixed modeling) има повеќе илустративна улога, а во диференцијалната и предиктивната анализа ќе бидат вклучени траекториите проценети во однос на дијагнозата ПТСР.

Во анализата на мешани модели на патеки на развој беа користени вкупните, а не просечните скоровите на испитаниците добиени на скалата IES-R, како во сите останати статистички постапки, за да се овозможи поголема интраиндивидуална и интериндивидуална варијабилност на траекториите. Како најсоодветен се издвои моделот со четири латентни класи, односно траектории (График 1): *хронична симптоматологија, умерено влошување на симптомите, драстично влошување на симптомите и закрепнување.*

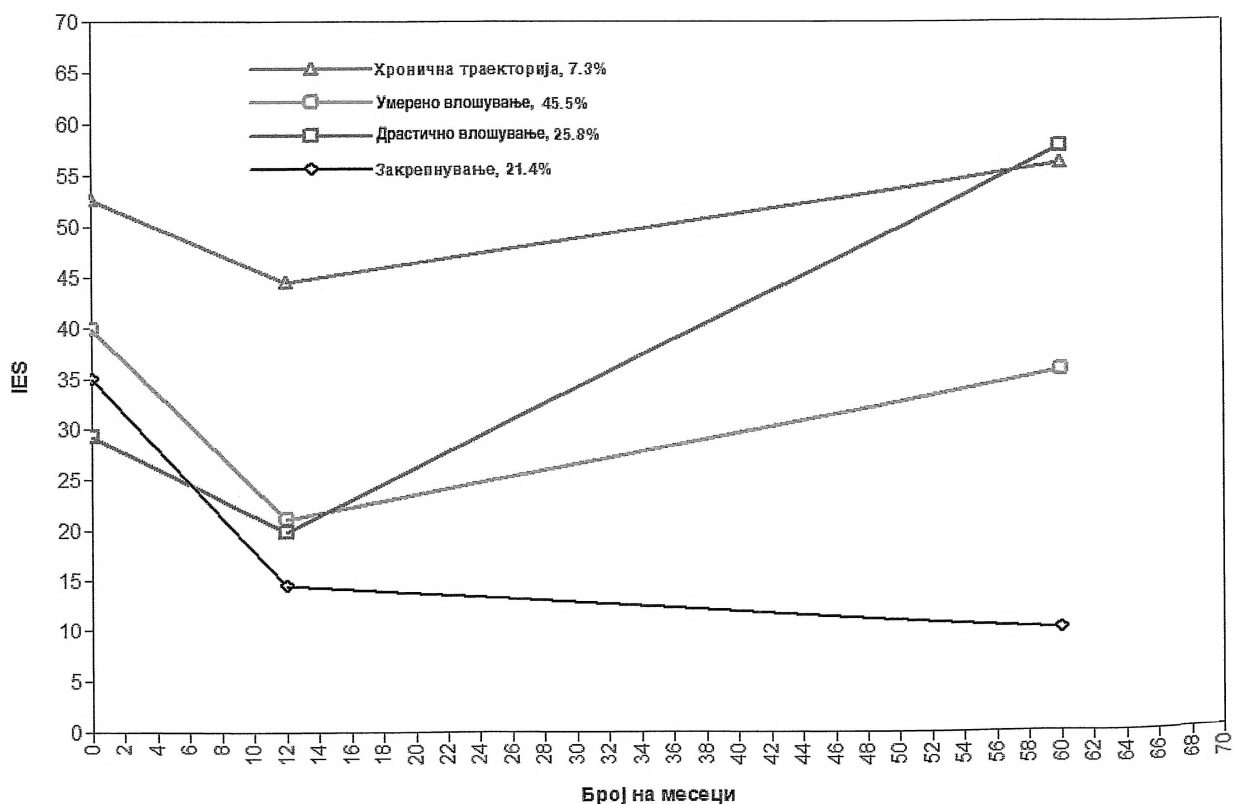


График 1. Траектории на промени на посттрауматските симптоми

Најголем дел од испитаниците (45.5%) припаѓаат на траекторијата *умерено влошување* (влошување 1), каде се бележи пад во истакнатоста на симптомите и повторно интензивирање до степен близок на почетното ниво. Кај четвртина од испитаниците (25.8%) постои *значајно зголемување на интензитетот на посттрауматските симптоми* (влошување 2), кое е речиси двојно повисоко од нивото проценето во првиот наврат. *Закрепнување*, односно континуирано намалување на истакнатоста на симптомите е утврдено кај секој петти испитаник (21.4%), а *хроничен тек* со нагласени посттрауматски реакции постои кај 7.3% од испитаниците.

Претходно беа презентирани промените во менталното здравје и квалитетот на животот кај целата група испитаници при трите процени, но за појасен увид во поврзаноста меѓу поединечните траектории на ПТСР и другите посттрауматски последици во психосоцијалното функционирање на испитаниците, ќе бидат презентирани и споредбите на истите индикатори, но овој пат меѓу испитаниците со различни траектории на ПТСР, како и промените при трите процени за секоја поединечна траекторија.

Првата група споредби се однесува на промените во истакнатоста на поединечните посттрауматски стресни реакции проценети со IES-R за секоја одделна траекторија на ПТСР (Табели 58, 59 и 60). Значајни флукуации во истакнатоста на симптомите на преплашеност, избегнување и зголемена вознемиреност се утврдени кај траекторијата *закрепнување*, кај која при првата и последната процена испитаниците доживувале значајно поистакнати симптоми во споредба со втората процена ($F(1,45)=10.72$, $p<0.001$ за преплавување; $F(1,45)=19.44$, $p<0.001$ за избегнување и $F(1,45)=9.84$, $p<0.001$ за зголемена вознемиреност).

Слични се наодите и за траекторијата *релапс* во однос на симптомите на преплавување и избегнување ($F(1,45)=6.19$, $p<0.05$ и $F(1,45)=7.12$, $p<0.05$). Кај хроничната траекторија и траекторијата *ремисија* не се утврдени значајни разлики меѓу трите процени.

Табела 58. Значајност на разлики во истакнатоста на симптомите на преплавеност при трите процени кај испитаници со различна траекторија на ПТСР

ТРАЕКТОРИИ НА ПТСР	ПРЕПЛАВЕНОСТ M ₁ (SD ₁)	ПРЕПЛАВЕНОСТ M ₂ (SD ₂)	ПРЕПЛАВЕНОСТ M ₃ (SD ₃)	F	Sig	Post hoc
Хронично ПТСР	2.23 (0.35)	1.77 (0.29)	2.45 (0.26)	2.86	0.091	-
Релапс	1.90 (0.35)	1.00 (0.38)	2.75 (0.26)	6.19	0.041*	2 < 1,3
Ремисија	2.00 (0.36)	2.16 (0.26)	1.16 (0.41)	1.12	0.355	-
Закрепнување	1.78 (0.17)	0.72 (0.10)	1.46 (0.20)	10.72	0.000**	2 < 1,3

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Табела 59. Значајност на разлики во истакнатоста на симптомите на избегнување при трите процени кај испитаници со различна траекторија на ПТСР

ТРАЕКТОРИИ НА ПТСР	ИЗБЕГНУВАЊЕ M ₁ (SD ₁)	ИЗБЕГНУВАЊЕ M ₂ (SD ₂)	ИЗБЕГНУВАЊЕ M ₃ (SD ₃)	F	Sig	Post hoc
Хронично ПТСР	1.91 (0.88)	1.18 (0.86)	1.79 (1.04)	3.25	0.069	-
Релапс	1.30 (0.22)	0.42 (0.06)	2.05 (0.57)	7.12	0.034*	2 < 1,3
Ремисија	0.98 (0.22)	1.16 (0.32)	0.78 (0.30)	0.49	0.617	-
Закрепнување	1.68 (0.15)	0.50 (0.12)	1.35 (0.17)	19.44	0.000**	2 < 1,3

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Табела 60. Значајност на разлики во истакнатоста на симптомите на зголемена вознемиреност при трите процени кај испитаници со различна траекторија на ПТСР

ТРАЕКТОРИИ НА ПТСР	ВОЗНЕМИРНОСТ M ₁ (SD ₁)	ВОЗНЕМИРНОСТ M ₂ (SD ₂)	ВОЗНЕМИРНОСТ M ₃ (SD ₃)	F	Sig	Post hoc
Хронично ПТСР	1.92 (0.35)	1.65 (0.36)	2.58 (0.24)	3.72	0.051	-
Релапс	1.50 (0.64)	0.83 (0.42)	2.63 (0.18)	4.93	0.060	-
Ремисија	1.83 (0.45)	1.92 (0.30)	1.81 (0.39)	0.04	0.959	-
Закрепнување	1.47 (0.21)	0.51 (0.12)	1.60 (0.20)	9.84	0.000**	2 < 1,3

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Увидот во промените во посттрауматската симптоматологија ќе го надополниме и со графички приказ на овие наоди (Графици 2, 3 и 4), каде јасно се гледа дека најголеми флукуации во истакнатоста на симптомите доживувале испитаниците кај кои постои релапс, додека кај испитаниците кои се во ремисија посттрауматските симптомите имале стабилен тек на манифестација, без значајни флукуации. Иако не е утврдена значајна разлика, при третата процена кај хроничната траекторија постои тенденција

на зголемување на истакнатоста на сите групи симптоми и тоа до степен кој го надминува нивото што било утврдено при првата процена.

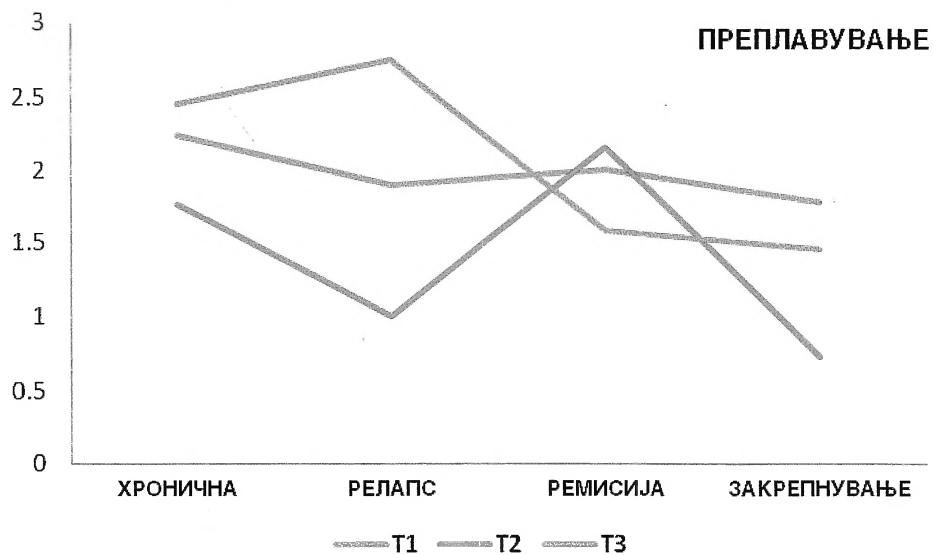


График 2. Истакнатост на симптомите на преплавеност при трите процени кај испитаници со различна траекторија на ПТСР

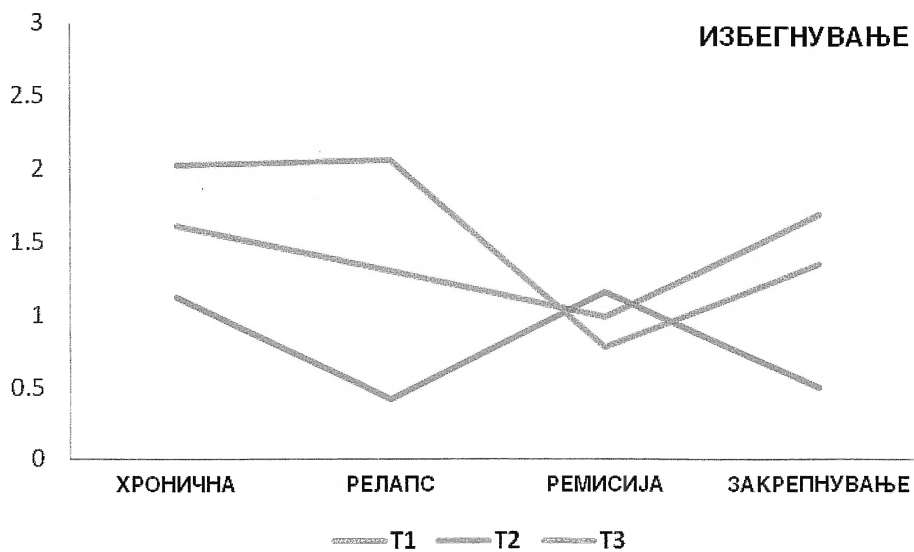


График 3. Истакнатост на симптомите на избегнување при трите процени кај испитаници со различна траекторија на ПТСР

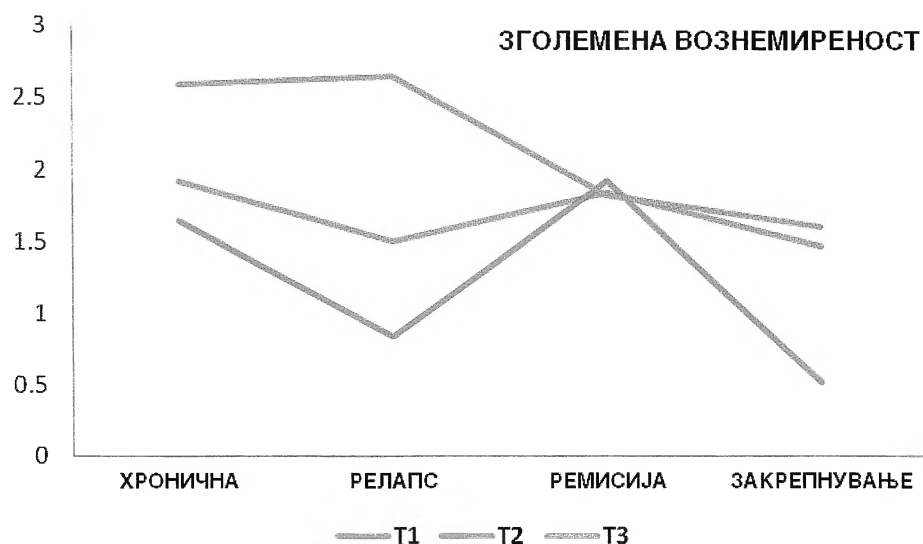


График 4. Истакнатост на симптомите на зголемена вознемиреност при трите процени кај испитаници со различна траекторија на ПТСП

Втората група споредби се однесува на промените во истакнатоста на психопатолошките симптоми проценети со BSI за секоја поединечна траекторија на ПТСП (Табела 61). Значајни промени во општата истакнатост на симптомите е утврдена само кај две траектории. Имено, кај испитаниците со хронично ПТСП постои значајно зголемување на истакнатоста на проблемите со менталното здравје при последната процена во однос на првите две процени ($F(1,45)=9.70$, $p<0.05$). Кај испитаниците, пак, кои закрепнале постојат значајни варијации во симптомите при трите процени. Најистакнати проблеми тие доживуваат при последното интервју, а најмалку истакнати при втората процена ($F(1,45)=10.90$, $p<0.01$).

Табела 61. Значајност на разлики во општата истакнатост на проблемите со менталното здравје при трите процени кај испитаници со различна траекторија на ПТСП

ТРАЕКТОРИИ НА ПТСП	BSI $M_1(SD_1)$	BSI $M_2(SD_2)$	BSI $M_3(SD_3)$	F	Sig	Post hoc
Хронично ПТСП	0.99 (0.18)	0.96 (0.17)	2.03 (0.22)	9.70	0.002*	1,2 < 3
Релапс	0.69 (0.25)	0.71 (0.20)	1.90 (0.43)	4.99	0.083	-
Ремисија	0.58 (0.28)	1.73 (0.24)	1.35 (0.30)	0.46	0.555	-
Закрепнување	0.81 (0.10)	0.47 (0.08)	1.26 (0.14)	10.90	0.000**	2 < 1 < 3

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

Третата група споредби се однесува на промените во квалитетот на животот проценети со MANSA (Табела 62). Единствена значајна промена е

утврдена кај испитаниците кои се во состојба на релапс, кои доживуваат пад во задоволството од животот при последната процена во споредба со претходната ($F(1,45)=6.60$, $p<0.05$).

Табела 62. Значајност на разлики во квалитетот на животот при трите процени кај испитаници со различна траекторија на ПТСР

ТРАЕКТОРИИ НА ПТСР	MANSA M ₁ (SD ₁)	MANSA M ₂ (SD ₂)	MANSA M ₃ (SD ₃)	F (1,45)	Sig	Post hoc
Хронично ПТСР	3.25 (0.36)	3.17 (0.27)	3.30 (0.42)	0.07	0.894	-
Релапс	4.18 (0.17)	4.89 (0.33)	3.88 (0.26)	6.60	0.020*	3 < 2
Ремисија	4.39 (0.38)	4.03 (0.35)	4.56 (0.32)	1.76	0.216	-
Закрепнување	4.21 (0.16)	4.46 (0.16)	4.60 (0.21)	2.71	0.082	-

* $p<0.05$

Последната група споредби се однесува на разликите во менталното здравје и квалитетот на животот меѓу четирите траектории на ПТСР (Табела 63). Кога станува збор за поединечните посттравматски симптоми, значајни разлики во нивната истакнатост се утврдени при втората и третата процена меѓу сите траектории, но *post hoc* тестовите открија значајни разлики меѓу паровите траектории само при втората процена и тоа единствено во однос на симптомите на преплавување ($F(3,42)=12.25$, $p<0.01$) и зголемена вознемиреност ($F(3,42)=9.14$, $p<0.01$).

На пример, испитаниците со хронично ПТСР и оние кои актуелно се во ремисија доживувале значајно поистакнати симптоми на преплавување од испитаниците кои при втората процена постепено почнале да закрепнуваат. Исто така, при второто интервју испитаниците кои актуелно се во ремисија се соочувале со значајно поистакнати инструзивни симптоми од испитаниците кои актуелно се во состојба на релапс. Симптомите на зголемена вознемиреност при втората процена биле значајно поистакнати кај испитаниците со хронично ПТСР и оние кои се сега во ремисија во споредба со испитаниците кои закрепнале.

Во однос на останатите проблеми со менталното здравје, не се утврдени значајни разлики меѓу паровите поединечни траектории на ПТСР, иако севкупните разлики меѓу траекториите се значајни при втората и третата процена ($F(3,42)=4.32$, $p<0.05$ и $F(3,42)=3.35$, $p<0.05$).

Табела 63. Значајност на разлики во процените на менталното здравје и квалитетот на животот меѓу испитаниците со различна траекторија на ПТСР при трите процени

Варијабли	Процена	Хронично ПТСР (1)	Релапс (2)	Ремисија (3)	Закрепнување (4)	F (3,42)	Sig	Post hoc
Преплавување	1	1.61 (0.28)	1.90 (0.35)	2.00 (0.36)	1.68 (0.17)	0.55	0.651	-
	2	1.12 (0.27)	1.00 (0.38)	2.16 (0.26)	0.72 (0.10)	12.25	0.000**	4 < 1,3 2 < 3
	3	2.02 (0.16)	2.75 (0.26)	1.16 (0.41)	1.46 (0.20)	4.22	0.011*	-
Избегнување	1	1.91 (0.88)	1.30 (0.22)	0.98 (0.22)	1.68 (0.15)	2.19	0.104	-
	2	1.18 (0.86)	0.42 (0.06)	1.16 (0.32)	0.50 (0.12)	3.52	0.023*	-
	3	1.79 (1.04)	2.05 (0.57)	0.78 (0.30)	1.35 (0.17)	3.76	0.018*	-
Вознемиреност	1	1.92 (0.35)	1.50 (0.64)	1.83 (0.45)	1.47 (0.21)	0.46	0.710	-
	2	1.65 (0.36)	0.83 (0.42)	1.92 (0.30)	0.51 (0.12)	9.14	0.000**	4 < 1,3
	3	2.58 (0.24)	2.63 (0.18)	1.81 (0.39)	1.60 (0.20)	3.22	0.032*	-
IES-R	1	1.92 (0.27)	1.57 (0.31)	1.58 (0.28)	1.66 (0.15)	0.36	0.781	-
	2	1.50 (0.25)	0.74 (0.24)	1.73 (0.24)	0.58 (0.10)	10.39	0.000**	4 < 1,3 2 < 3
	3	2.33 (1.16)	2.46 (0.31)	1.35 (0.30)	1.46 (0.16)	5.00	0.005**	-
BSI	1	0.99 (0.18)	0.69 (0.25)	0.58 (0.28)	0.81 (0.10)	1.02	0.394	-
	2	0.96 (0.17)	0.71 (0.20)	1.73 (0.24)	0.47 (0.08)	4.32	0.010*	-
	3	2.03 (0.22)	1.90 (0.43)	1.35 (0.30)	1.26 (0.14)	3.35	0.028*	-
MANSA	1	3.25 (0.36)	4.18 (0.17)	4.39 (0.38)	4.21 (0.16)	2.98	0.042*	-
	2	3.17 (0.27)	4.89 (0.33)	4.03 (0.35)	4.46 (0.16)	6.20	0.001**	1 < 2,4
	3	3.30 (0.42)	3.88 (0.26)	4.56 (0.32)	4.60 (0.21)	3.72	0.018*	1 < 4

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Забелешка. IES-R=просечен скор на Ревидираниот инвентар за влијание на настанот при првата (1), втората (2) и третата (3) процена; BSI=просечен скор на Краткиот инвентар на симптоми при првата (1), втората (2) и третата (3) процена; MANSA=просечен скор на Манчестерскиот краток прашалник за процена на квалитетот на животот при првата (1), втората (2) и третата (3) процена

Испитаниците со различни траектории на ПТСР се разликуваат значајно и во однос на субјективната процена на квалитетот на животот при трите интервјуа, но post hoc анализата покажа дека меѓу поединечните парови траектории разликите се значајни само при последните две процени ($F(3,42)=6.20$, $p < 0.01$ и $F(3,42)=3.72$, $p < 0.05$). Имено, испитаниците со хронично ПТСР во овие два наврати го проценуваат квалитетот на својот живот значајно пониско од испитаниците кои закрепнале, а при втората процена и од испитаниците кои актуелно доживуваат релапс

За подобра прегледност овие наоди се прикажани и графички (Графици 5, 6 и 7), каде е јасно воочлива сличноста на посттрауматскиот спектар на реакции кај сите испитаници при првата процена, по што следува диференцирање на два

тека на промени. Имено при втората процена, од една страна, постои сличност во истакнатоста на трите типа реакции меѓу испитаниците со хронично ПТСР и оние кои подоцна влегуваат во ремисија, а од друга страна и меѓу испитаниците кои во тој период се во процес на закрепнување, иако подоцна текот на посттравматскиот одговор кај дел од нив се менува, односно доживуваат релапс.

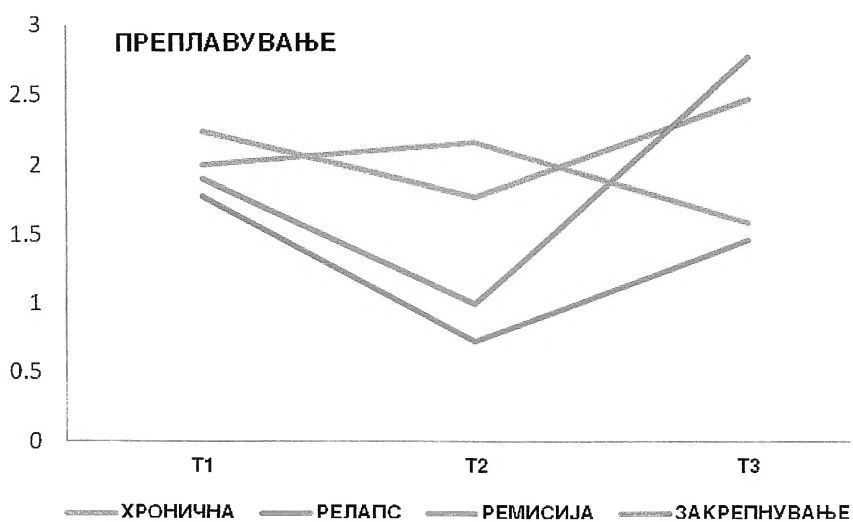


График 5. Разлики во истакнатоста на симптомите на преплавување меѓу испитаници со различна траекторија на ПТСР при трите процени

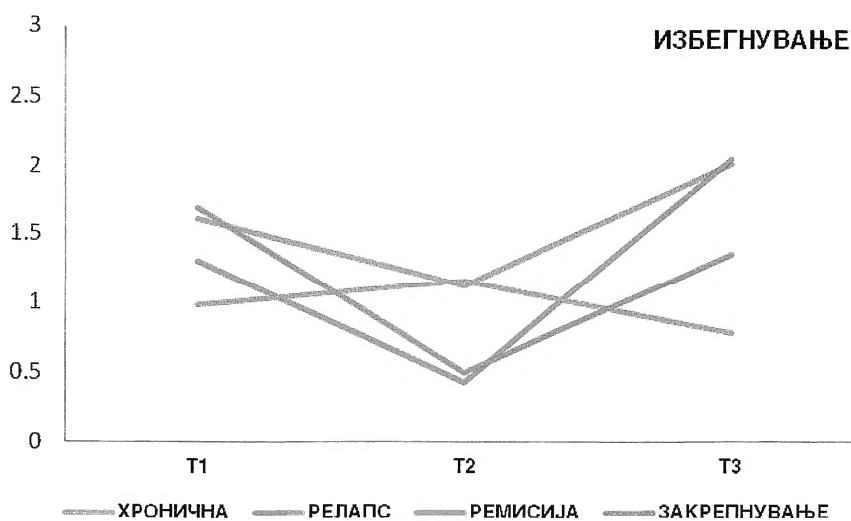


График 6. Разлики во истакнатоста на симптомите на избегнување меѓу испитаници со различна траекторија на ПТСР при трите процени

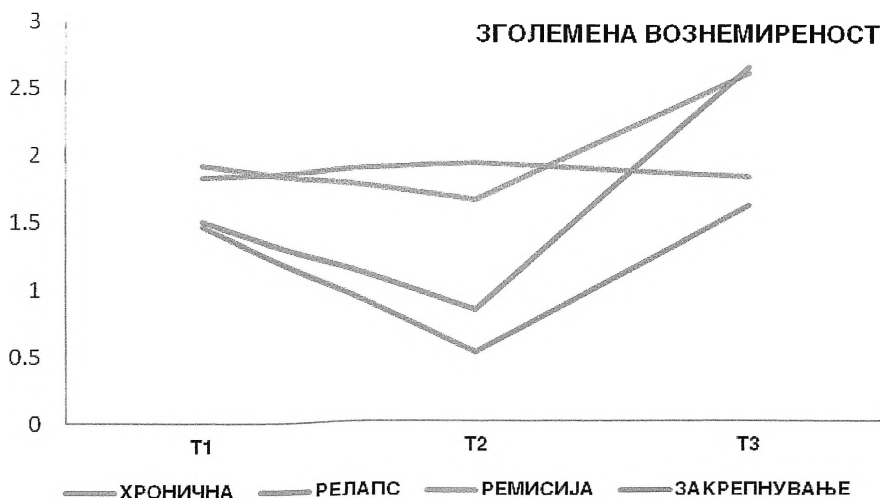


График 7. Разлики во истакнатоста на симптомите на зголемена вознемирност меѓу испитаници со различна траекторија на ПТСР при трите процени

При третата проценка повторно постојат сличности меѓу траекториите, но овојпат слични се посттравматските одговори на испитаниците со хронична траекторија и со релапс, од една страна и одговорите на испитаниците кои закрепнале и оние кои сега се во ремисија. Ваквите промени во истакнатоста на посттравматските симптоми кај поединечните групи испитаници всушност се поклопуваат со траекториите дефинирани според присуството, односно отсуството на ПТСР како дијагноза.

ПРЕДИКТИВНА АНАЛИЗА

Една од основните цели на овој труд е да се провери дали одредени социодемографски варијабли, бројот и видот на доживевани трауматски настани, и проблемите со менталното здравје претставуваат фактори на ризик за траекторијата на ПТСР.

Предиктивната моќ на варијаблите возраст, пол, образование, работен статус, присилна миграција, број на доживевани трауми, истакнатост на проблеми со ментално здравје и коморбидитет беше проверена со примена на бинарни логистички регресивни анализи.

Потенцијалните предиктор-варијабли кои се на номинално и ординално ниво беа трансформирани во тнр. *dummy* варијабли², додека како зависна варијабла во анализите беа користени траекториите на ПТСР, при што поради бројот на испитаниците четирите траектории беа соединети во две: *закрепнување* и *долготрајно ПТСР*. Втората категорија ги опфаќа траекториите во кои постојат флукуации во актуелизирањето на симптомите и на присуството на ПТСР. Бинарните логистички регресивни анализи беа изведени според симултаниот модел (*enter*), поради ограничувањата што ги наметнува бројот на испитаниците.

За процена на предиктивната моќ на варијаблите и нивна определба како фактори на ризик, покрај значајноста на *B* коефициентите, предвид ќе бидат земени и вредностите на R^2 и на количникот $\text{Exp}(B)$, како показатели за *големината на ефектот*. Во литературата се наведуваат различни податоци за толкувањето на значајноста на овие показатели. Во овој труд ќе ги употребиме сугестиите на Фергусон (Ferguson, 2009), како најсоодветни за истражувањата во клиничката психологија. Според нив, *препорачан минимален ефект* за R^2 изнесува .04, *умерен* е над .25, а *силен ефект* е над .64. За $\text{Exp}(B)$ *препорачаниот минимален ефект* изнесува 2, *умерен* е над 3, а *силен ефект* е над 4, секако проверувајќи го и опсегот на *CI*. Важно е да се напомене дека се препорачува сугестиите за толкување на значајноста да не се применуваат ригидно, туку да се поврзуваат со специфичниот контекст на истражувањето. Поради тоа, како фактори на ризик ќе бидат одредени оние варијабли чија поврзаност со исходот од посттравматското закрепнување ќе упатува на најмалку умерена големина на ефектот проценета со двата претходно наведени показатели.

Првата проверка се однесува на предиктивната моќ на социодемографските варијабли (Табела 64). Ниту една од овие варијабли поединечно не се покажа како значаен предиктор за траекторијата долготрајно ПТСР, додека како група социодемографските варијабли објаснуваат само 3% од разликите во двете траектории ($R^2=.033$), односно R^2

² Варијаблата *пол* е трансформирана во варијабла *жени* (каде 1=жени, а 0=мажи); варијаблата *возраст* е трансформирана во варијабла *над 45 години* (каде 1=возраст над 45 години, а 0=сите други возрастни категории); варијаблата *образование* е трансформирана во варијабла *без или со ниско образование* (каде 1=без или ниско образование, а 0=сите други категории образование); варијаблата *работен статус* е трансформирана во варијабла *невработени* (каде 1=невработени, а 0=сите други категории работен статус); варијаблата *статус за време на конфликтот* е трансформирана во варијабла *раселување* (каде 1=внатрешно раселени и бегалци, а 0=не го напуштиле домот) итн.

не ја надминува вредноста за минимален ефект. Дополнително и вредностите на $\text{Exp}(B)$ не се значајни.

Табела 64. Регресивна анализа на социодемографски варијабли како предиктори на траекторијата на ПТСР

ВАРИЈАБЛА	B	SEB	Wald	Sig	Exp(B)
Жени	.51	.79	.42	.518	1.67
Повозрасни од 45 години	.36	.64	.31	.578	1.43
Без или со ниско образование	-.44	.91	.23	.633	.66
Невработени	.58	.75	.60	.439	1.79

Оттука би можеле да заклучиме дека истражувањето не ја потврди хипотезата H_2 : Женскиот пол, повисоката возраст, пониското образование и невработеноста се претрауматски фактори на ризик за хроничен тек на посттрауматско закрепнување.

Раселувањето како сложена воена траума не се покажа дека е значаен предиктор за текот на ПТСР, но процената на предиктивната моќ на бројот на доживевани трауми во различен период од животот покажа дека, спротивно од очекуваното, испитаниците кои доживеале помал број трауми до моментот на првата процена биле изложени на повисок ризик за долготрајно ПТСР (Табела 65).

Табела 65. Регресивна анализа на трауматските искуства како предиктори на траекторијата на ПТСР

ВАРИЈАБЛА	B	SEB	Wald	Sig	Exp(B)	R ²
Раселување	1.08	.65	2.78	.096	2.954	.083
Вкупно доживени трауми-1	-.61	.28	4.88	.027*	.542	.235
Вкупно доживени траума-2	.09	.91	.01	.918	1.099	.235
Вкупно доживени траума-3	-.02	.33	.00	.943	.977	.235

* $p < 0.05$

Забелешка. Вкупно доживевани трауми=вкупен број на доживевани трауми при првата (1), втората (2) и третата (3) процена

Вкупно доживеаниот број на трауми до тој момент од животот на испитаниците објаснува околу 24% од варијансата во траекториите на ПТСР. Кога беа додадени вкупниот број на доживеани трауми во следните две процени, предиктивната моќ на моделот не се подобри.

Тоа значи дека истражувањето не ги потврди хипотезите X_3 : *Раселувањето е перитрауматски фактор на ризик за хроничен тек на посттрауматско закрепнување* и X_4 : *Изложеноста на поголем број трауми во текот на животот е поврзана со хроничен тек на посттрауматско закрепнување*

Проверката на предиктивната моќ на посттрауматските стресни реакции при трите процени покажа дека поистакнатата посттрауматска симптоматологија при втората и третата процена се значаен предиктор за долготрајно ПТСР (Табела 66).

Табела 66. Регресивна анализа на истакнатоста на посттрауматските стресни реакции при трите процени како предиктори на траекторијата на ПТСР

ВАРИЈАБЛА	B	SEB	Wald	Sig	Exp(B)	R ²
IES-R ₁	.09	.41	.06	.815	1.101	.002
IES-R ₂	2.14	.70	9.25	.002**	8.507	.399
IES-R ₃	1.22	.54	5.00	.025*	3.381	.520

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Забелешка. IES-R=просечен скор на Ревидираниот инвентар за влијание на настанот при првата (1), втората (2) и третата (3) процена

Притоа повисока е предиктивната моќ на степенот на истакнатост на посттрауматските симптоми при втората процена во споредба со последната процена. Имено, поистакнатите посттрауматски симптоми при втората процена можат да објаснат околу 40% од варијансата на траекториите на ПТСР ($R^2=.399$, $p < 0.01$), додека со внесување на просечната истакнатост на посттрауматските стресни реакции при третата процена, предиктивната моќ на моделот се зголеми за 12% ($R^2=.520$, $p < 0.05$). При двете процени вредноста на R^2 упатува на умерен ефект. Покрај тоа, значајни се и вредностите на $Exp(B)$ за двете последователни процени ($Exp(B)=8.51$ [95% CI 2.14-33.81] и $Exp(B)=3.38$ [95% CI 1.16-9.82]). Притоа, $Exp(B)$ при втората процена укажува на силен ефект, а при третата на умерен ефект.

Во однос на предиктивната моќ на истакнатоста на различните групи психопатолошки симптоми (Табела 67), регресивната анализа покажа дека само поистакнатите проблеми со менталното здравје при втората процена го зголемуваат ризикот за траекторија на долготрајно ПТСР.

Табела 67. Регресивна анализа на истакнатоста на проблемите со менталното здравје при трите процени како предиктори на траекторијата на ПТСР

ВАРИЈАБЛА	B	SEB	Wald	Sig	Exp(B)	R ²
BSI ₁	.58	.57	1.03	.309	1.790	.030
BSI ₂	2.92	1.18	6.16	.013*	18.552	.291
BSI ₃	.99	.51	3.81	.051	2.712	.386

* $p < 0.05$

Забелешка. BSI=просечен скор на Краткиот инвентар на симптоми при првата (1), втората (2) и третата (3) процена

Притоа истакнатоста на психопатолошките симптоми објаснува околу 30% од варијансата во траекториите на ПТСР, што упатува на умерен ефект. Кога во моделот беше внесена и општата истакнатост на овие симптоми при последната процена, неговата предиктивна моќ се зголеми за околу 9%, иако оваа процена поединечно не е значаен предиктор. Во овој случај утврдена е и значајна вредност на Exp(B) при втората процена (Exp(B)=18.55 [95% CI 1.85-186.18], која укажува на силен ефект.

Табела 68. Регресивна анализа на коморбидитетот на менталните растројства како предиктор на траекторијата на ПТСР

ВАРИЈАБЛА	B	SEB	Wald	Sig	Exp(B)	R ²
Коморбидитет ₁	-.12	.60	.04	.845	.889	.001
Коморбидитет ₂	3.46	1.17	8.70	.003**	31.761	.369
Коморбидитет ₃	2.22	.85	6.88	.009**	9.208	.528

** $p < 0.01$

Забелешка. Коморбидитет=присуство на коморбидитет меѓу најмалку две ментални растројства при првата (1), втората (2) и третата (3) процена

Конечно, регресивната анализа покажа дека постоењето на коморбидитет меѓу најмалку две ментални растројства при втората и третата процена е значаен предиктор за долготрајно ПТСР (Табела 68). Коморбидитетот при втората процена објаснува 37% од варијансата во траекторијата на ПТСР, додека со внесување на варијаблата коморбидитет

при третата процена предиктивната моќ на моделот се зголеми на 53%. Во двата случаи станува збор за умерен ефект според вредноста на R^2 . Вториот показател за процена на ризикот од хроничен тек на закрепнувањето е значаен за двете последователни процени ($\text{Exp}(B)=31.76$ [95% CI 3.19-316.03] и $\text{Exp}(B)=31.76$ [95% CI 1.75-48.37] и укажува на силен ефект.

Оттука може да заклучиме дека истражувањето делумно ја потврди хипотезата H_5 : *Поголемата истакнатост на посттрауматските реакции, на проблемите со менталното здравје и коморбидитетот се поврзани со хроничен тек на посттрауматско закрепнување.*

ДИСКУСИЈА

Основната цел на ова проспективно истражување беше да се утврдат особеностите на процесот на посттрауматско закрепнување кај лица со долготраен посттрауматски стрес во присуство наспроти отсуство на ПТСР, односно да се споредат последиците на план на ментално здравје и квалитет на живот кај лица со хронично посттрауматско стресно растројство и лица со долготраен посттрауматски стрес, но без ПТСР, како и да се определат факторите што се поврзани со различни траектории на посттрауматска адаптација. Добиените наоди ќе бидат дискутирани поединечно за секоја од специфичните цели на истражувањето.

ПОСТТРАУМАТСКО ЗАКРЕПНУВАЊЕ ВО ПРИСУСТВО НАСПРОТИ ОТСУСТВО НА ПТСР

Особености на трауматизацијата. Проучувањето на особеностите на трауматизацијата кај двете групи испитаници - оние со хронично посттрауматско стресно растројство и оние со долготраен посттрауматски стрес, но без ПТСР - упатува на разлики во профилот, пред сè, на доживеаната воена трауматизација, но и во степенот на вознемиреност што го предизвикале трауматските искуства. Наодите одат во насока на досегашните емпириски сознанија дека кај лицата со ПТСР се утврдува историја на поистакната трауматизација (Kessler et al., 2005a, Darves-Bornoz et al., 2008). Имено, речиси половина од испитаниците со ПТСР во текот на животот доживеале четири или повеќе трауми, во споредба со третина од испитаниците од другата група. Иако периодот на конфликтот бил период на најинтензивна трауматизација - наод што е, исто така, утврден во повеќе истражувања (на пример, Murthy, 2007; Rosner et al., 2003; Basoglu et al., 2005) - сепак испитаниците со ПТСР доживеале поголем број трауматски искуства во тој период во споредба со другата група испитаници (во просек три наспроти два трауматски настани).

Во однос на природата на доживеаните трауматски настани, во периодите пред и по воениот конфликт се издвојува еден настан што го доживеале најголем број испитаници од двете групи - ненадејна и неочекувана смрт на близок човек, која не е последица на насилство, додека за време на воениот конфликт спектарот на трауматизација е многу поширок. Најчесто доживеана траума од страна на испитаниците од двете групи е гранатирањето, односно бомбардирањето (на него биле изложени речиси сите испитаници), додека следна најчесто доживувана траума е раселувањето.

Притоа испитаниците со ПТСР во значајно поголем степен биле принудени да ги напушат своите домови во споредба со испитаниците со долготраен посттравматски стрес.

Другите настани кои за време на конфликтот ги доживеале поголем процент испитаници со ПТСР се настани во кои на нив лично или на некој близок им бил директно загрозен животот, а тоа се сведоштво на напад, убиство или смрт на друго лице, опсада, дознавање за убиство или смрт на блиско лице како последица на насилство, исчезнување или киднапирање на член на семејството или пријател и мачење. Испитаниците со долготрајни посттравматски стресни реакции, пак, во поголем процент од испитаниците со ПТСР ги доживеале следните трауматски искуства за време на конфликтот: учество во борба, немање храна или вода, експлозија на мина и друга застрашувачка ситуација (ненаведена во листата) во која им бил загрозен животот.

Покрај истоветноста на контекстот во кој се одвивала трауматизацијата, кога ќе се земат предвид погоре наведените наоди почнуваат да се насетуваат зачетоци на две патеки на посттравматска адаптација, кои повеќе години подоцна се јасно дефинирани - хронично посттравматско растројство наспроти долготраен посттравматски стрес. Првиот потенцијален фактор на ризик кој одовде се издвојува спаѓа во групата на перитравматски фактори кои ја зголемуваат веројатноста за дисфункционален посттравматски одговор, а тоа е степенот на директна загрозеност на животот или загубата на блиска личност во околности на насилство (Vogt, King & King, 2007; Ford, 2009a; Breslau et al., 1998; Breslau, 2009).

Понатаму во сите три периоди од животот (пред, за време и по конфликтот) најголем дел од двете групи испитаници доживеале највисок степен на субјективно проценета вознемиреност поврзана со трауматизацијата, но во согласност со особеностите на трауматизацијата за време на конфликтот повеќекратно е зголемен процентот на испитаници што доживеале највисок степен на вознемиреност во тој најкраток временски период. Притоа, испитаниците со ПТСР доживувале повисок степен на вознемиреност во споредба со испитаниците со долготрајни посттравматски стресни реакции, што е во согласност со досегашните сознанија за негативното влијание на зголемената вознемиреност врз текот на посттравматската адаптација (Peleg & Shalev, 2006).

Важно е да се напомене и дека меѓу првата и втората процена, повеќекратно се намалува процентот на испитаници што доживеале највисок степен на вознемиреност. Оваа тенденција за прогресивно намалување на вознемиреноста е утврдена во повеќе проспективни студии за кои известуваат Пелег и Шалев (Peleg & Shalev, 2006).

Ментално здравје. Споредбата на последиците на план на ментално здравје кај двете групи испитаници при двете процени укажа на поистакнати и посложени последици кај испитаниците со хронично ПТСР, иако кај двете групи испитаници е утврдено присуство на голем број психопатолошки симптоми при двете процени. При првата процена испитаниците со ПТСР доживувале двојно поголем број симптоми од испитаниците со долготрајни посттравматски стресни реакции, а кај нив е утврден и двојно повисок индекс на општа истакнатост на симптомите. Сепак кај двете групи испитаници симптомите предизвикувале мала и приближно еднакво изразена вознемиреност.

Покрај тоа, при првата процена кај испитаниците со ПТСР речиси сите поединечни психопатолошки димензии се значајно поистакнати во споредба со другата група испитаници. Значајни разлики во истакнатоста на симптомите меѓу двете групи испитаници не се утврдени единствено во однос на интерперсоналната сензитивност и параноидните доживувања, што упатува на заклучокот дека проективниот став кон околината и квалитетот на интерперсоналните интеракции не се одлучувачки за природата на посттравматскиот одговор четири години по воената трауматизација. Од друга страна параноидните симптоми се најистакнат проблем со менталното здравје кај испитаниците со долготраен посттравматски стрес и ја дефинираат доминантната позиција на себедоживување и доживување на сигурноста на светот на овие испитаници, која можеби има и улогата на фактор на заштита на нивното ментално здравје.

При втората процена, испитаниците со ПТСР повторно доживуваат двојно поголем број симптоми, кај нив е двојно повисок индексот на општа изразеност на симптомите, а поистакнат е и степенот на вознемиреност што го предизвикуваат симптомите, иако е низок и кај двете групи испитаници. Овој пат, значајни разлики се утврдени во истакнатоста на сите поединечни психопатолошки категории.

Земени во целост, наодите укажуваат на послаби капацитети за посттравматска адаптација кај испитаниците со ПТСР во споредба со другата група испитаници. Покрај тоа, обемот на актуелната симптоматологија кај двете групи испитаници, а особено кај испитаниците со еднаш

дијагностицирано ПТСР, независно од нивната моќ да се справат со нив, ги поткрепува ставовите на повеќе автори (на пример, Wilson, 2004).дека посттравматскиот одговор многу често ги напушта рамките на класичниот концепт за ПТСР и вклучува поширок опсег на психолошки последици

Посттравматски стресни реакции. Споредбата на особеностите и промените во посттравматските стресни реакции кај двете групи испитаници потврди дека при првата процена присуството на ПТСР е проследено со значајно поистакнати симптоми на преплашеност, додека кај испитаниците со долготраен посттравматски стрес се поистакнати симптомите на избегнување, кои во овој период кај нив може да имаат заштитна функција.

При последователната процена кај испитаниците со ПТСР биле поистакнати трите групи симптоми, а утврдена е и значајна разлика во просечната истакнатост на актуелните посттравматски симптоми, која овој пат е тројно повисока кај испитаниците со ПТСР.

Наодите се во склад со досегашните емпириски и теоретски сознанија. Трансформацијата на посттравматските реакции како да има логичен след кој од една страна може да води во хроничен тек со сериозни последици на план на менталното здравје и квалитетот на живот - преплашеност проследена со наизменични обиди за избегнување на интрузивните трауматски содржини и зголемување на интензитетот на посттравматските симптоми, или од друга страна да води до хроничен тек со поограничен обем на последици - избегнување кое е проследено со општ одбранбен став и дифузна вознемиреност предизвикана од трауматизацијата, но која не го попречува значајно секојдневното животно функционирање.

Избегнувањето на потсетници на трауматското искуство, како метод за справување со доживувањата поврзани со трауматизацијата, е елемент присутен во сите претходно презентирани теоретски модели на посттравматското стресно растројство. Улогата на избегнувањето повеќето автори ја проценуваат како исклучително важна во одржувањето на посттравматската симптоматологија, но со оглед на истакнатоста на овие реакции при првата процена кај испитаниците кои не страдаат од ПТСР, не би можеле да ја дефинираме природата на симптомите на избегнување како патолошка, туку повеќе како палијативна во тој момент од процесот на нивната посттравматска адаптација.

Преваленција на ментални растројства и коморбидитет. Сериозна пречка за процесот на посттравматско закрепнување во присуство на ПТСР, како и во повеќе претходни истражувања, се потврди дека е и

коморбидитетот (Kessler et al., 2005b, Howgego et al., 2005, Duke & Vasterling, 2005, Zlotnick et al., 1999). Имено, при двете процени испитаниците со ПТСР биле изложени на повисок ризик за појава на коморбидитет од најмалку две ментални растројства во споредба со испитаниците од другата група.

Најчести ментални растројства кај двете групи испитаници при првата процена се дистимијата и суицидалноста, што во контекст на концепциите на Вилсон (Wilson, 2004), повторно е потврда за сложената природа на посттравматските одговори независно од степеност на дисфункционалност до кој доведуваат. Кај испитаниците со ПТСР, покрај тоа, значајно повисока е стапката на преваленција на тешка депресивна епизода и на панично растројство. Наспроти тоа, кај испитаниците со долготрајни посттравматски стресни реакции повисока е стапката на преваленција на генерализирано анксиозно растројство, што е во склад со претходно наведените наоди за постоење на поистакната дифузна вознемиреност кај оваа група испитаници.

Во однос на животната преваленција на ментални растројства, речиси половина од испитаниците со долготраен посттравматски стрес во одреден период од животот задоволувале критериуми за дијагностицирање на посттравматското стресно растројство. Кај испитаниците со ПТСР, пак, повисоки стапки на животна преваленција се бележат само за панично растројство и рекурентна депресија.

При последователната процена кај испитаниците со ПТСР се намалува стапката на коморбидитет. Кај двете групи овој пат преовладуваат анксиозните растројства, додека кај испитаниците со ПТСР сега е повеќекратно повисока стапката на растројства на расположението во однос на другата група испитаници.

Утврдено е значајно намалување на стапката на преваленција на сегашно ПТСР кај испитаниците кај кои било дијагностицирано ПТСР во првиот наврат, како и намалување на стапката на суицидалност кај двете групи испитаници, додека преваленцијата на генерализираното анксиозно растројство е зголемена. Кај испитаниците со дијагностицирано ПТСР при првата процена и во овој наврат е често присуството на тешко депресивно растројство.

Коморбидитет од барем едно анксиозно и едно депресивно растројство е утврден кај повеќе од половина од испитаниците со ПТСР во споредба со само неколкумина испитаници од другата група.

Ваквите наоди зборуваат за преплетувањето на афективната и анксиозната компонента во процесот на посттравматска адаптација, при што

депресивниот елемент се чини дека е посилено врзан за хроничен и дисфункционален одговор на трауматизацијата, додека анксиозната компонента е покарактеристична за долготрајна, но релативно функционална адаптација.

Квалитет на живот. Присуството на ПТСР, во согласност со претходни емпириски наоди, се потврди дека е поврзано со понизок квалитет на живот (d'Ardenne et al., 2005; Schnurr et al., 2006; Johansen et al., 2007; Priebe et al., 2009). Имено при двете процени испитаниците со ПТСР во споредба со испитаниците со долготраен посттрауматски стрес се помалку задоволни од неколку области во својот живот: бројот и квалитетот на пријателствата, активностите со кои се ангажираат во слободното време, физичкото и менталното здравје.

При првата процена поголем е и процентот на испитаници со долготраен посттрауматски стрес од испитаници со ПТСР кои изјавиле дека имаат близок пријател и дека се сретнале со пријател во последната недела, што е во склад со наодите од процената на субјективните показатели.

Тоа значи дека кај испитаниците со ПТСР е ограничен обемот на социјална поддршка како важен фактор на заштита на менталното здравје, наод што го потврдува присуството на овој фактор во групата посттрауматски фактори на ризик (Vogt, King & King, 2007; Keane, Marx and Sloan, 2009). Субјективно незадоволство на испитаниците со ПТСР од сопственото здравје е во склад со претходно дискутираните разлики во последиците на план на ментално здравје поврзани со трауматизацијата, додека незадоволството од активностите со кои го исполнуваат слободното време може да се поврзе и со присуството на депресивен афект кај нив.

При двете процени испитаниците од двете групи изјавиле дека се најзадоволни од односите со луѓето со кои живеат, односно односите со семејството, а најмалку се задоволни од работниот статус и финансиската состојба. Последното е во склад со објективните наоди за вработеноста и финансиската состојба на испитаниците.

Од овој сегмент на дискусијата можеме да заклучиме дека истражувањето ја поддржа во целост хипотезата H_1 , која гласи: *Лицата со хронично ПТСР доживуваат поистакнати посттрауматски симптоми, поистакнати проблеми со менталното здравје и имаат понизок квалитет на живот од лицата со долготраен посттрауматски стрес, но без ПТСР.*

ДОЛГОТРАЕН ПОСТТРАУМАТСКИ СТРЕС, МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ И КВАЛИТЕТ НА ЖИВОТ

Во овој дел подетално ќе бидат дискутирани особеностите на закрепнувањето кај испитаниците кои доживуваат долготрајни посттравматски стресни реакции во отсуство на ПТСР.

Истражувањето, пред сè, покажа дека кај мал број од овие испитаници може да се зборува за присуство на парцијално ПТСР, што е чест посттравматски одговор меѓу трауматизираните лица (Norris & Slone, 2007). Имено, при првата процена речиси половина од овие испитаници го задоволувале дијагностичкиот критериум B (присуство на најмалку еден од пет симптоми на преплашеност), додека критериумот C (присуство на најмалку три од седум симптоми на избегнување) и критериумот D (присуство на најмалку два од пет симптоми на зголемена вознемиреност) го задоволуваат значајно помал број испитаници.

При последователната процена значаен број од испитаниците со долготрајни посттравматски реакции сè уште го задоволувале критериумот B, додека критериумот C го задоволувале само мал процент испитаници. Најголем процент од испитаниците во овој наврат го задоволувале критериумот D, во кој спаѓаат симптоми кои не се исклучиво одраз на посттравматски стрес, така што при втората процена за присуство на парцијално ПТСР може да зборуваме кај многу помал процент испитаници.

Во однос на истакнатоста на поединечните стресни реакции, при втората процена кај овие испитаници е утврден значаен пад во истакнатоста на трите групи симптоми, што е во склад со претходни наоди за прогресивно опаѓање на интензитетот на симптоматологијата (Peleg & Shalev, 2006; Green et al., 1994). Една година по првото интервју посттравматските реакции кај испитаниците веќе не предизвикуваат клинички значајна вознемиреност, туку низок степен на дистрес.

Утврдена е и значајна промена во констелацијата на посттравматската тријада на симптоми. При првата процена кај овие испитаници најистакнати биле симптомите на избегнување, иако во умерен степен, додека најмалку биле истакнати симптомите на зголемена вознемиреност. При втората процена најистакнати биле симптомите на преплашеност, но тие предизвикувале ниска вознемиреност кај испитаниците, а најмалку истакнати биле симптомите на избегнување. Во период од една година кај овие испитаници доаѓа до своевидно „истрошување“ на интензитетот на

симптомите и нивно постепено згаснување, наспроти зајакувањето на капацитетите за посттрауматска адаптација.

Утврдени се етнички разлики во однос на истакнатоста на само една група симптоми. Имено, во двата наврати испитаниците етнички Македонци доживуваат значајно поистакнати симптоми на зголемена вознемиреност од испитаниците етнички Албанци. Овој наод ќе биде дискутиран подолу во контекст на другите проблеми со менталното здравје, зашто симптомите на зголемена вознемиреност не се исклучиво поврзани со посттрауматското страдање.

Наспроти очекувањата, раселувањето не се издвои како перитрауматски фактор на ризик за посериозен посттрауматски одговор. Напротив, испитаниците кои останале во своите домови за време на конфликтот, при втората процена доживуваат значајно повисок степен на истакнатост на посттрауматски реакции, како и значајно поистакнати симптоми на преплавеност од испитаниците кои биле раселени, иако станува збор за ниска истакнатост на симптомите. Тоа зборува во прилог на подолготрајната интрузивна природа на доживувањата поврзани со живот во воени услови наспроти природата на искуствата поврзани со присилната миграција.

Возраста и образованието како потенцијални претрауматски фактори на ризик не се утврди дека се значајно поврзани со актуелниот посттрауматски стрес при двете процени. Само вкупниот број доживевани трауми се издвои како фактор на ризик што е значајно поврзан со истакнатоста на посттрауматските реакции, но единствено при првата процена, што упатува на заклучокот дека со текот на времето се намалува ефектот од квантитетот на доживеваната трауматизација.

Не е утврдена значајна поврзаност меѓу двете процени на степенот на истакнатост на посттрауматскиот стрес, но утврдена е значајна поврзаност меѓу симптомите на посттрауматскиот стрес и останатите групи психопатолошки симптоми, при што во вториот наврат коефициентот на корелација е двојно повисок. Тоа значи дека текот на појавата и интензитетот на посттрауматските симптоми кај испитаниците не е стабилен, но дека тие се неодвоив дел од целокупниот посттрауматски одговор.

Во однос на структурата на проблемите со менталното здравје, при првата процена кај испитаниците се најистакнати симптомите на параноидност, соматизација и анксиозност, а најслабо се истакнати симптомите на фобична анксиозност и психотицизам. При втората процена кај испитаниците се најслабо истакнати симптомите на интерперсонална

сензитивност и психотицизам, додека најистакнати се симптомите на анксиозност, соматизација и опсесивност-компулсивност. Значаен пад во истакнатоста при втората процена е утврден само кај симптомите на интерперсонална сензитивност и параноидна идеација, како и во степенот на општа истакнатост на сите симптоми. Тоа значи дека одбранбениот став во однос на другите и воопшто светот како опасно место за живот веќе не е потребен и се напушта. Во контекст на теоретските модели за ПТСР, ова би можело да укажува на процес на усогласување или корекција на постоечките шеми и уверувања, структурите на страв и/или когнитивните искривувања, што води до постепен процес на закрепнување.

Утврдени се и неколку лесно препознатливи констелации на симптоми. На пример, симптомите на анксиозност се најсилно поврзани со симптомите на соматизација, опсесивност-компулсивност, хостилност и параноидност. Депресивните симптоми се најсилно поврзани со симптомите на опсесивност-компулсивност и психотичност. Психотичната идеација при првата процена е значајно поврзана само со симптомите на депресивност и параноидност, додека при втората процена е значајно поврзана со сите групи симптоми, освен со симптомите на параноидност.

Како фактори на ризик за повисока општа истакнатост на симптоми поврзани со менталното здравје се издвоија повисоката возраст (само при втората процена), бројот на доживевани трауми пред конфликтот (при првата процена) и бројот на доживевани трауми по конфликтот (при двете процени). И во однос на овие симптоми истражувањето покажа дека постоењето на претходна историја на трауматизација не води нужно до долготраен посттравматски одговор. Напротив, актуелните трауматски искуства се позначајни фактори за текот на посттравматската адаптација, како што известуваат и други автори (на пример, Vogt, King & King, 2007)

Во однос на половите разлики значајно е да се напомене дека кај жените се утврдени поистакнати симптоми на соматизација, опсесивност-компулсивност и анксиозност при првата процена, додека при втората процена, кај мажите се поистакнати симптомите на хостилност. Жените при првата процена доживувале и поголем број психопатолошки симптоми, но не се утврдени полови разлики во степенот на општа истакнатост на проблемите со менталното здравје при двете процени. Препознатливи се варијациите во профилот на психичкото страдање кај мажите и кај жените, односно тенденцијата за интернализација на доживувањата кај жените, наспроти екстернализацијата кај мажите (Keane et al., 2004), но генерално женскиот пол

не се издвојува како значаен перитрауматски фактор на ризик за поистакнати проблеми со менталното здравје.

Во двата наврати, утврдени се и етнички разлики во истакнатоста на поединечни психопатолошки симптоми. Имено, кај етничките Македонци во споредба со етничките Албанци се поставени симптомите на анксиозност и на параноидна идеација, што може да се поврзе со субјективната перцепција на исходот од конфликтот. Во вториот наврат кај етничките Македонци е утврден и повисок степен на истакнатост на симптомите на соматизација и на фобична анксиозност, како и значајно повисок степен на вознемиреност предизвикана од симптомите.

Во однос на квалитетот на живот, во двата наврати испитаниците изјавиле дека се најзадоволни од односите со семејството и со луѓето со кои живеат, бројот и квалитетот на пријателствата, сексуалниот живот и менталното и физичкото здравје. Најмалку задоволни се од работниот статус и финансиската состојба. Варијации меѓу двете процени се утврдени само во однос на три области од животот. При втората проценка се значајно позадоволни од финансиската состојба, што е во согласност со реално повисоките приходи на испитаниците во тој период, но истовремено помалку се задоволни од активностите со кои го исполнуваат слободното време и од семејните односи. Покрај наведените варијации во процените на задоволството од одделни области од животот, сепак може да се забележи дека блиските интерперсонални односи се важен фактор што го определува квалитетот на животот во целина.

Како фактори на ризик за низок квалитет на живот се издвоија поголемиот број доживевани трауми во периодот по конфликтот, како и воопшто во текот на животот, но само при втората проценка. Тоа значи дека трауматизацијата има негативно кумулативно влијание врз квалитетот на живот, наод што се сретнува и во други истражувања (на пример, d'Ardenne et al., 2005, Priebe et al., 2009).

Истакнатоста на психопатолошките симптоми, исто така, е поврзана со понизок квалитет на живот во двата наврати, при што понискиот квалитет на живот е фактор на ризик за подолготрајна истакнатост на психопатолошки симптоми. Покрај тоа, истакнатоста на посттрауматските стресни реакции е исто така поврзана со низок квалитетот на живот, но само при втората проценка.

Во однос на половите разлики, при првата проценка жените се позадоволни од односите со луѓето со кои живеат во споредба со мажите,

додека при втората процена жените се значајно позадоволни од мажите во однос на личната безбедност.

Утврден е понизок степен на задоволство од животот кај етничките Македонци во споредба со етничките Албанци. Во двата наврати испитаниците етнички Албанци биле значајно позадоволни од испитаниците етнички Македонци во однос на бројот и квалитетот на нивните пријателства, личната безбедност, односите со луѓето со кои живеат и односите со семејството. При втората процена, испитаниците етнички Албанци биле значајно позадоволни од испитаниците етнички Македонци во однос на квалитетот на животот во целина, финансиската состојба, сместувањето, физичкото здравје и менталното здравје.

Раселувањето, исто така, се потврди дека е поврзано со одделни аспекти од задоволството од животот. Имено, испитаниците кои не ги напуштиле домовите за време на конфликтот, при првата процена биле значајно позадоволни од својата лична безбедност и од односите со луѓето со кои живеат.

ХРОНИЧНО ПОСТТРАУМАТСКО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО, МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ И КВАЛИТЕТ НА ЖИВОТ

Воведот во специфичностите на текот на посттравматската адаптација на испитаниците со хронично ПТСР ќе го започнеме со прегледот на особеностите на трауматизацијата што тие ја доживеале.

Овие испитаници во текот на животот, во просек, доживеале по пет трауматски настани, при што најголемиот број трауми (во просек три) ги доживеале за време на конфликтот. Во периодот по конфликтот тие, во просек, доживеале поголем број трауми во однос на периодот пред конфликтот, иако тој за најголемиот број од испитаниците бил значајно подолг во однос на периодот по конфликтот. Споредено по одделни временски интервали кога се спроведувани процените, за испитаниците најстресен бил четиригодишниот период пред третата процена, а најмалку стресен бил периодот пред втората процена. Во склад со досегашните сознанија тоа значи дека претходната историја на трауматизација може да го зголеми ризикот за доживување последователни трауматски искуства кај лица со хроничен посттравматски одговор.

Споредбата на природата на доживеаните трауматски искуства открива дека единствен трауматски настан што при трите процени го доживеале најголем број испитаници е ненадејна и неочекувана смрт на близок човек, при што при третата процена се зголемува бројот на испитаници

што се соочиле со загуба на блиско лице. Овој наод делумно може да се објасни и со процесот на стареење на примерокот, но претставува важен фактор кој дополнително ги намалува капацитетите за адаптација, особено што со ваква загуба се соочиле речиси третина од испитаниците (Vogt, King & King, 2007).

Во периодот пред конфликтот само неколкумина испитаници изјавиле дека доживеале сериозна несреќа, пожар или експлозија, додека останатите неколку настани што се издвојуваат во овој период ги доживеале многу мал процент испитаници.

Особеностите на трауматизацијата кај овие испитаници за време на конфликтот беа претходно дискутирани, додека по конфликтот, во периодот пред третата процена два настани се издвојуваат како најчесто доживевани, иако од помал процент испитаници: болест опасна за животот и лоша здравствена состојба без можност за лекување. Сите други доживевани трауматски искуства во текот на деветте години по завршувањето на конфликтот ги доживеале многу помал број испитаници.

Преваленција на ПТСР и други ментални растројства, посттрауматски и други симптоми. Во однос на флукуациите во интензитетот на посттрауматската симптоматологија, утврдено е дека секој шести испитаник од оваа група при трите процени континуирано ги задоволувал критериумите за сегашно ПТСР, а само кај 11% од испитаниците се бележи целосно закрепнување од ПТСР.

Во согласност со претходни емпириски наоди (на пример, Vojvoda et al., 2008), утврдено е и опаѓање на стапката на преваленција на сегашно ПТСР на ниво на целата група испитаници, при што 35% ги задоволувале дијагностичките критериуми при втората процена, а 28% при третата процена. Преваленцијата на минато ПТСР, од друга страна, се зголемува при последователните процени - од 35% при втората на 41% при третата процена.

Кај голем дел од испитаниците при двете последователни процени утврдена е и можност за постоење на парцијално ПТСР. Имено половина од испитаниците во последователните процени ги задоволуваат критериумите B (присуство на најмалку еден од пет симптоми на преплашеност) и C (присуство на најмалку три од седум симптоми на избегнување), додека критериумот D го задоволуваат околу две третини од испитаниците при втората процена и над три четвртини при третата процена.

Ваквите наоди ја подржуваат концепцијата за варијабилниот тек на ПТСР и можноста за негова реактуелизација во различни животни периоди

(McFarlane & Yehuda, 1996; Ford, 2009b). Во прилог на ова зборува и наодот дека кај испитаниците со ПТСР се утврдени и значајни варијации во истакнатоста на поединечните групи посттрауматски реакции при трите процени. Најнизок степен на истакнатост на трите типа посттрауматски реакции испитаниците доживувале при втората процена, додека при првата и последната процена доживувале приближно ист степен на истакнатост на посттрауматските симптоми, што е во согласност и со обемот и карактеристиките на доживеаните трауматски искуства во тие два периоди.

При првите две процени кај испитаниците биле најистакнати симптомите на преплашеност, а најмалку истакнати биле симптомите на избегнување. При последната процена кај испитаниците доминирале симптомите на зголемена вознемиреност, а најмалку истакнати се уште биле симптомите на избегнување. Дополнително трите групи реакции се силно меѓусебно поврзани при трите процени. Најсилна е поврзаноста меѓу симптомите на преплавување и симптомите на зголемена вознемиреност. При првата процена најслабо се поврзани симптомите на избегнување и симптомите на зголемена вознемиреност, додека при следните две процени коефициентот на корелација е речиси двојно поголем. Ваквите констелации ја поткрепуваат и улогата на секоја група реакции како одговор на трауматизацијата. Во согласност со теоретските концепции за ПТСР, доминантното присуство на интрузивните потсетници и зголемувањето на вознемиреноста помагаат да се разбере хроничниот и дисфункционален тек на посттрауматска адаптација кај овие испитаници.

Како претрауматски и перитрауматски фактори на ризик за поистакнати симптоми на посттрауматски стрес кај овие испитаници се издвоија повисоката возраст (само при првата процена), пониското образование (само при третата процена) и поголемиот број доживевани трауматски настани по конфликтот (само при втората процена). Од друга страна, при втората процена како фактор на заштита се издвои поголемиот број доживевани трауми пред конфликтот. Овој наод упатува на заклучок дека претходна историја на трауматизација може да поттикне развој на резилентност, но во услови кога отсуствува актуелна трауматизација.

Во согласност со очекувањата и досегашните сознанија, при трите процени е утврдена и значајна поврзаност меѓу истакнатоста на посттрауматските стресни реакции и другите психопатолошки симптоми, при што поистакнатите проблеми со менталното здравје при првата процена се фактор на ризик за поистакнати посттрауматски симптоми и при втората процена. Овој наод може да се објасни и со пократкиот временски интервал

меѓу првата и втората процена. Од друга страна, при трите процени не е утврдена значајна поврзаност меѓу истакнатоста на посттрауматските реакции, што е потврда за варијабилниот тек на посттрауматските одговори, кој е уште понагласен во присуство на ПТСР.

Ограничените капацитети за закрепнување кај овие испитаници се дополнително оптоварени со присуството на висока стапка на коморбидитет при трите процени. Притоа со текот на времето се зголемува процентот на испитаници кај кои е утврдено коморбидитет од три или повеќе ментални растројства. Тенденцијата на усложнување на коморбидитетот не е прогресивна, но при последната процена е присутна кај третина од испитаниците.

Меѓу најпревалентните растројства при трите процени, тренд на намалување на стапката на преваленција се бележи кај суицидалните тенденции и дистимијата, додека опаѓање следено со повишување е утврдено кај паничното растројство и растројството на расположение со психотични симптоми. Континуирано зголемување на стапката на актуелна преваленција е утврдено кај тешкото депресивно растројство и кај генерализираното анксиозно растројство. Првото е воедно и најпревалентно при последната процена.

Стапката на коморбидитет меѓу двете најпревалентни групи растројства, исто така, бележи тренд на повеќекратно намалување и повторно зголемување при третата процена. Наспроти тоа, со текот на времето се намалува процентот на испитаници кои задоволуваат критериуми само за едно или повеќе анксиозни растројства, додека се зголемува процентот на испитаници кои задоволуваат критериуми само за едно или повеќе депресивни растројства.

Ваквите наоди, исто така, се поткрепа за сложената природа и тек на посттрауматските одговори, кои често го надминуваат опсегот на ПТСР и се испреплетуваат со компоненти на афективни и анксиозни растројства, што значајно ја намалува можноста за закрепнување, дури и во услови на соодветен психолошки третман.

Профилот на менталното здравје проценет на ниво на поединечни психопатолошки симптоми кај овие испитаници, исто така, претрпува значајни варијации во трите временски интервали. Со текот на времето се зголемува бројот на психопатолошки симптоми кои ги доживуваат испитаниците со ПТСР, додека општата истакнатост на симптомите значајно се намалила пред втората процена, а потоа повторно се зголемила при последната процена, дури до степен повисок од истакнатоста проценета во првиот наврат.

Во однос на поединечните групи симптоми, при третата процена кај речиси сите димензии е утврдено значајно зголемување на истакнатоста во споредба со претходните две процени. При трите процени кај испитаниците се најистакнати симптомите на соматизација, опсесивност-компулсивност, анксиозност и депресивност, иако не по тој редослед во сите наврати, но јасно го отсликуваат доминантниот профил на психолошко страдање. Најмалку истакнати при сите процени се симптомите на психотицизам.

При трите процени, покрај тоа, неколку групи симптоми се издвојуваат во однос на нивната заемна поврзаност, што зборува во прилог на варијабилниот тек и состав на проблемите поврзани со менталното здравје. На пример, сосем логично симптомите на анксиозност при трите процени се најсилно поврзани со симптомите на фобична анксиозност, опсесивно-компулсивните симптоми и соматските симптоми. При последната процена во овој кластер на симптоми се приклучуваат и депресивните симптоми. Симптомите на депресивност, од друга страна, при сите три процени се најсилно поврзани со симптомите на психотицизам, додека при втората процена се силно поврзани и со симптомите на опсесивност-компулсивност и параноидност, а при третата и со интерперсоналната сензитивност и фобичната анксиозност. Тоа значи дека депресивниот афект со текот на времето ги менува најблиските „придружници“, иако во трите наврати станува збор за различни искривувања во процесот на мислење, интерперсонална дисфункционалност и елементи на страв.

Единствен фактор на ризик за поистакнати психопатолошки симптоми се потврди дека е само ниското образование (при третата процена). Додека при втората процена вкупниот број доживевани трауматски искуства се издвои како фактор на заштита на менталното здравје. Кумулативниот ефект на траумите во период на послаба трауматизација во овој случај како да води до консолидирање на капацитетите за адаптација.

Утврдена е и значајна позитивна поврзаност меѓу степенот на истакнатост на симптомите при првата и втората процена, што може да се објасни со пократкиот временски интервал меѓу овие две процени.

Квалитет на живот. Истражувањето покажа дека процените на задоволството од животот кај испитаниците со ПТСР се стабилни. Општата процена на квалитетот на животот во трите наврати кај нив е мешана (ниту се задоволни, ниту се незадоволни). Во последователните процени е утврдено значајно зголемување на задоволството само од неколку области во животот. При третата процена испитаниците искажале поголемо задоволство во однос на претходните две процени само кога станува збор за личната безбедност и

сексуалниот живот. Од активностите во слободното време и односите со семејството биле позадоволни при третата во споредба само со втората процена. При третата процена, од друга страна, изразиле помало задоволство од своето физичко здравје, во споредба со втората процена. Единствена област од животот од која при втората процена биле позадоволни во споредба со првата е финансиската состојба.

При трите процени испитаниците се најмалку задоволни од својот работен статус и финансиската состојба (главно се незадоволни), додека при првите две процени се најзадоволни од односите со луѓето со кои живеат и со членовите на семејството (главно се задоволни). При последната процена во групата на највисоко оценети субјективни показатели на квалитетот на животот се приклучува и сексуалниот живот (многу се задоволни). Висок процент испитаници во трите наврати изјавиле дека имаат близок пријател и дека се сретнале со пријател последната недела пред процената. Ниту еден од испитаниците во текот на деветте години по конфликтот не бил жртва на физичко насилство, ниту бил обвинет за криминално дело.

Како фактори на ризик за понизок квалитет на живот се издвоија повисоката возраст (само при третата процена) и поголемиот број доживевани трауми по конфликтот (само при третата процена). Фактори на заштита за повисок квалитет на живот, пак, се утврди дека се повисокото образование (само при третата процена) и поголемиот број доживевани воени трауми (при првата и втората процена). Последниот наод иако навидум контрадикторен со очекувањата, може да го протолкуваме низ призма на променета перцепција на вредноста на одделни аспекти од животот и последователно повисоко субјективно задоволство од нив по доживевана трауматизација поврзана со потреба од делумна или целосна реконструкција на базичните претпоставки и верувања за себе, за меѓучовечките односи и за своето место во светот.

Квалитетот на животот кај испитаниците со ПТСР се покажа дека е најсилно поврзан со истакнатоста на психопатолошките симптоми, и релативно послабо со истакнатоста на посттравматските стресни реакции. Истакнатоста на психопатолошките симптоми се издвои како фактор на ризик за низок квалитет на живот при секоја последователна процена, додека истакнатите посттравматски доживувања при првата процена се поврзани со пониско задоволство од животот само при втората процена.

ТРАЕКТОРИИ НА ПТСР

Проверката на траектории базирана на присуство, односно отсуство на дијагнозата сегашно ПТСР покажа дека процесот на посттравматска адаптација кај повеќе од половина од испитаниците кои при првата процена ги задоволувале критериумите за ПТСР можеме да го дефинираме како *закрепнување*, зашто во двете последователни процени веќе не ги задоволувале дијагностичките критериуми за ова растројство. Кај другата половина испитаници постојат флукуации во појавата и дистрибуцијата на посттравматските симптоми. Во состојба на *ремисија* се наоѓа секој шести испитаник, кој при првите две процени ги задоволувал критериумите за ПТСР, но не и при последната. Кај секој десетти испитаник е утврден *релапс*, односно повторна појава на ПТСР по период на ремисија, а *хронична траекторија* на ПТСР постои кај секој шестти испитаник, односно кај оние кои при трите процени континуирано ги задоволувале критериумите за ПТСР. За слични траектории известуваат и други автори (Yehuda et al., 2009; Bonanno et al., 2012; Boscarino & Adams, 2009)

При проверката на индивидуалните патеки на развој (Muthen & Muthen, 2010) во однос на општата истакнатост на посттравматските симптоми, исто така, се издвоија четири траектории. Речиси половина од испитаниците припаѓаат на траекторијата *умерено влошување*, каде се бележи пад во истакнатоста на симптомите и повторно интензивирање до степен близок на почетното ниво. Кај четвртина од испитаниците постои *значајно зголемување на интензитетот на посттравматските симптоми*, кое е речиси двојно повисоко од нивото проценето во првиот наврат. *Закрепнување*, односно континуирано намалување на истакнатоста на симптомите е утврдено кај секој петти испитаник, а *хроничен тек* со нагласени посттравматски реакции постои кај 7.3% од испитаниците. Со оглед на бројот на испитаниците и бројот на спроведени процени оваа анализа има само илустративна вредност, така што понатаму ќе бидат дискутирани наодите од диференцијалната и предиктивната анализа поврзани со траекториите проценети во однос на дијагнозата ПТСР.

Значајни флукуации во истакнатоста на трите групи посттравматски симптоми се утврдени кај траекторијата *закрепнување*, кај која при првата и последната процена испитаниците доживувале значајно поистакнати симптоми во споредба со втората процена. Тоа значи дека овие испитаници со текот на времето навистина станале резилентни и успеале да се справат со посттравматските последици и покрај нивното континуирано присуство.

Слични се наодите и за траекторијата релапс во однос на симптомите на преплавување и избегнување, што значи дека кај овие испитаници релапсот се должи токму на реактуелизирањето на посттрауматската симптоматологија во периодот пред третата процена.

Кај испитаниците кои се во ремисија не се утврдени значајни разлики во истакнатоста на симптомите при трите процени, што упатува на заклучокот дека актуелното подобрување на нивната состојба не е поврзано со интензитетот на симптоматологијата, туку може да станува збор за постепен развој на резилентност.

Истовремено значајни разлики не се утврдени ниту кај хроничната траекторија, што оди во прилог на сознанијата дека континуираното и нагласено присуство на трите групи посттрауматски симптоми дополнително ги ограничува веќе намалените капацитети за закрепнување.

Кога станува збор за истакнатоста на останатите психопатолошки симптоми, значајни промени се утврдени само кај две траектории. Кај испитаниците со хроничен тек на посттрауматска адаптација постои значајно зголемување на истакнатоста на проблемите со менталното здравје при последната процена во однос на првите две процени, што е во склад со континуирано нарушениот тек на закрепнување со кој тие се соочуваат. Од друга страна, испитаниците кои закрепнале доживуваат најистакнати проблеми при последната процена, а најмалку истакнати при втората процена, што е дополнителен аргумент за резилентноста која успеале да ја развијат во текот на претходните години.

Во однос на квалитетот на животот, единствена значајна промена е утврдена кај испитаниците кои се во состојба на релапс. Тие доживуваат пад во задоволството од животот при последната процена во споредба со претходната, наод кој може да помогне да се разбере нивната актуелна состојба.

Проверката на разликите во процените на менталното здравје меѓу испитаниците со различна траекторија на ПТСР укажа на варијации единствено кај симптомите на преплавеност и зголемена вознемиреност, и тоа само при втората процена. Овие симптоми биле поистакнати кај испитаниците со хронично ПТСР и оние во ремисија во споредба со испитаниците кои при втората процена постепено почнале да закрепнуваат. Тоа ги потврдува и теоретски претпоставки и емпириските сознанија дека побрзото повлекување на инструзивната симптоматологија и на вознемиреноста го олеснува почетокот и текот на процесот на закрепнување.

Од друга страна, наодот дека при втората процена испитаниците кои актуелно се во ремисија се соочувале со значајно поистакнати инструзивни симптоми од испитаниците кои актуелно се во состојба на релапс, упатува на послабите капацитети на втората група испитаници да се справат со послабо истакнатата посттравматска симптоматологија.

Во однос на другите проблеми со менталното здравје, не се утврдени значајни разлики меѓу паровите поединечни траектории на ПТСР, што значи дека општата истакнатост на психопатолошките симптоми од различен вид не е директно поврзана со појавата и развојот на одделна траекторија на ПТСР.

Истражувањето покажа и дека траекториите на ПТСР се поврзани со разлики во квалитетот на животот. Испитаниците со хронично ПТСР при последните две процени го проценуваат квалитетот на својот живот значајно пониско од испитаниците кои закрепнале, а при втората процена и од испитаниците кои актуелно доживуваат релапс. Овој наод всушност само ги потврдува досегашните сознанија дека хроничното ПТСР е фактор на ризик за долготрајно понизок квалитет на живот.

Проверката на предиктивната моќ на социодемографските варијабли покажа дека ниту една од овие варијабли поединечно не е значаен предиктор за траекторијата долготрајно ПТСР, додека како група социодемографските варијабли објаснуваат само 3% од разликите во двете траектории (долготрајно ПТСР наспроти закрепнување).

Оттука би можеле да заклучиме дека истражувањето не ја потврди хипотезата H_2 : *Женскиот пол, повисоката возраст, пониското образование и невработеноста се преттравматски фактори на ризик за хроничен тек на посттравматско закрепнување.*

Раселувањето како сложена воена траума не се покажа дека е значаен предиктор за текот на ПТСР, додека процената на предиктивната моќ на бројот на доживевани трауми во различен период од животот, спротивно од очекуваното, покажа дека испитаниците кои доживеале помал број трауми до моментот на првата процена биле изложени на повисок ризик за долготрајно ПТСР. Вкупниот број доживевани трауми до тој момент од животот на испитаниците објаснува околу 24% од варијансата во траекториите на ПТСР.

Тоа значи дека испитаниците кои во периодот до првата процена не успеале да развијат соодветен репертоар на стратегии за справување со последиците од дотогаш доживеваните трауматски настани, биле поранливи на ефектите од идните стресни или трауматски искуства.

Оттука истражувањето не ги потврди хипотезите X_3 : *Раселувањето е перитрауматски фактор на ризик за хроничен тек на посттрауматско закрепнување* и X_4 : *Изложеноста на поголем број трауми во текот на животот е поврзана со хроничен тек на посттрауматско закрепнување*

Проверката на предиктивната моќ на посттрауматските стресни реакции при трите процени покажа дека поистакнатата посттрауматска симптоматологија при втората и третата процена се значаен предиктор за долготрајно ПТСР. Притоа поистакнатите посттрауматски симптоми при втората процена можат да објаснат околу 40% од варијансата на траекториите на ПТСР, додека со внесување на просечната истакнатост на посттрауматските стресни реакции при третата процена, предиктивната моќ на моделот се зголеми за 13%. Всушност периодот на втората процена се издвои како одлучувачки за понатамошниот тек на посттрауматската адаптација.

Во однос на предиктивната моќ на истакнатоста на психопатолошките симптоми, регресивната анализа покажа дека само поистакнатите проблеми со менталното здравје при втората процена го зголемуваат ризикот за траекторија на долготрајно ПТСР. Притоа истакнатоста на психопатолошките симптоми објаснува околу 30% од варијансата во траекториите на ПТСР. Кога во моделот беше внесена и општата истакнатост на овие симптоми при последната процена, неговата предиктивна моќ се зголеми за околу 9%, иако оваа процена поединечно не е значаен предиктор. Ова значи дека присуството и интензитетот на различни видови психопатолошки симптоми учествува во дефинирањето на текот на адаптацијата во насока на закрепнување или пролонгиран дисфункционален посттрауматски одговор, но не е одлучувачки фактор за варијациите во поединечните траектории при присуство на ПТСР.

Конечно, истражувањето покажа дека постоењето на коморбидитет меѓу најмалку две ментални растројства при втората и третата процена е значаен предиктор за долготрајно ПТСР. Коморбидитетот при втората процена објаснува 37% од варијансата во траекторијата на ПТСР, додека со внесување на варијаблата коморбидитет при третата процена предиктивната моќ на моделот се зголеми на 53%.

Оттука може да заклучиме дека истражувањето делумно ја потврди и хипотезата X_5 : *Поголемата истакнатост на посттрауматските реакции, на проблемите со менталното здравје и коморбидитетот се поврзани со хроничен тек на посттрауматско закрепнување.*

ИМПЛИКАЦИИ И ОГРАНИЧУВАЊА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Ова истражување е прва проспективна студија за текот и промените во посттравматските последици кај лица со долготраен посттравматски стрес поврзан со воениот конфликт од 2001 година во Македонија.

Наодите потврдуваат дека процесот на адаптација по кумулирана трауматизација е сложен и има варијабилен тек за голем дел од трауматизираните лица. Иако половина од испитаниците кај кои четири години по конфликтот е дијагностицирано ПТСР, една година потоа влегуваат во процес на закрепнување кој опстојува уште четири години подоцна, другата половина испитаници се соочуваат со циклуси на наизменично повлекување и реактуелизација на симптомите или пак континуирано се животно дисфункционални.

Тоа значи дека во процесот на адаптација до одреден момент последиците се слични за сите лица изложени на приближно идентичен контекст на воена трауматизација. Но од еден момент понатаму поголема улога во текот на закрепнувањето почнуваат да играат посттравматските околности, личносните предиспозиции, претходната историја на справување со стресни животни искуства, нарушеното ментално здравје, објективните и субјективните околности на животот итн.

Во контекст на обемот и сложеноста на посттравматските последици, констелацијата на симптоми што ја предлагаат Вилсон и соработниците (Wilson et al., 2001, според Wilson, 2004), а кои укажуваат на трауматска повреда на структурата на личноста, јасно се препознаваат кај испитаниците со хроничен тек на посттравматски одговор: деморализираност, дисфорија и егзистенцијален сомнеж во смислата на животот; срам, недоверба, загуба на самопочитувањето и чувство на вина; безнадежност, беспомошност; хронични чувства на несигурност и ранливост, депресивност; егзистенцијално исчекување, страв, очај, бесмисленост; мизантропски верувања, гледиште дека светот не е безбеден, не е предвидлив и не заслужува доверба.

Од друга страна, ваквите трансформации водат до пасивна животна позиција кај овие испитаници, што одговара на описот на оваа состојба што го даваат истите автори: отуѓување (социјално, емоционално, личносно, културно и духовно); недоверба, воздржаност, резервираност при социјални средби; рамнодушност, изолација, повлекување и чувство на празнина; загуба на задоволство од животот, загуба на способност за уживање; губење на капацитетот за поврзување со други луѓе; анксиозност поради напуштање или загуба на блиско лице.

Се поставува прашањето дали после речиси една деценија од доживувањето на колективна воена трауматизација може да се промени текот на посттрауматскиот одговор? Од една страна, промените кои се јавиле на сите нивоа на животно функционирање веќе се цврсто вкоренети, а од друга страна хроничната посттрауматска адаптација се пролонгира во присуство на тековни животни стресори и ограничени можности за задоволување на базичните животни потреби.

Несомнено дека на надминувањето на долготрајните последици од трауматизацијата влијае и процесот на конструирање на значењето на доживеаната траума, кој се одвива паралелно на индивидуално и на колективно ниво (Ursano, Fullerton & McCaughey, 2001). Конструирањето на значењето е резултат на интеракција меѓу минатото и сегашниот контекст, така што значењето на трауматскиот настан се менува со текот на времето како што постојано се менува психосоцијалниот контекст на трауматизираното лице. Но кога ќе ги земеме предвид психосоцијалните услови на живот на трауматизираните лица вклучени во ова истражување, кои за еден дел од нив се релативно неменливи, а непогодни, додека за друг прогресивно се влошуваат, можностите за конструирање на значење на траумата кое ќе има позитивно влијание врз процесот на закрепнување стануваат минимални, особено кога ќе се соочат со конфузното конструирање на значењето на конфликтот на колективно ниво.

Дополнително, Силове (Silove, 2007) наведува дека во случаи на колективна трауматизација се случува нарушување во пет психосоцијални сфери: 1) безбедност, 2) интерперсонална поврзаност, 3) правда, 4) одржување улоги и идентитети, и 5) зачувување на социјалната кохерентност и егзистенцијалната смисла од аспект на политиката, религијата, духовноста и културата. Тоа значи дека индивидуалните траектории на посттрауматска адаптација се поврзани со колективните траектории. Кога едно општество е загрозувано на колективно ниво, тоа се обидува да ги заштити институциите кои ги одржуваат претходно наведените сфери на социјално функционирање или да ги возобнови доколку се уништени. На индивидуално ниво, заканите за одржувањето на овие сфери активираат посттрауматски одговори чија функција е преживување и адаптација, но обележјата на одговорот се детерминирани од културата на која припаѓа трауматизираното лице.

Оттука произлегува дека во овој момент можеби се понеопходни интервенции на ниво на колективните траектории на посттрауматска адаптација. Во тој контекст важни се разликите во долготрајното посттрауматското страдање кои постојат кај трауматизираните лица од

македонска и албанска етничка припадност, зашто се под влијание на колективните посттрауматски траектории. Дополнително, од етнокултурен аспект важно е да се напомене и дека строгото придржување до критериумите за дијагноза може да води и до превидување на синдроми специфични за одредена култура и на соматизираниот дистрес (Norris & Slone, 2007, Marsella, 2010), кој се покажа дека е чест посттрауматски симптом кај испитаниците.

Во однос на разликите во посттрауматските одговори при присуство наспроти отсуство на ПТСР важно е да се препознае улогата на избегнувањето како симптом на посттрауматски стрес, но и како механизам на справување. На пример, Тиет и соработниците (Tiet et al., 2006), утврдиле дека когнитивното избегнување како механизам на справување е предиктор за понагласени симптоми на ПТСР кои, пак, се предиктор за понагласено бихевиорално избегнување, како механизам на справување. Примената на когнитивно избегнување, кое е слично на симптомите на избегнување на трауматските потсетници и отапеноста на чувствата, е подобар предиктор за одржувањето на симптоматологијата на ПТСР, зашто одрекувањето на сериозноста на одреден проблем и обидот да не се размислува за него може да води до зајакнување на инструзивните сеќавања на траумата. Покрај тоа, когнитивното избегнување води и до потиснување на чувствата, особено на лутината, без разрешување на тагата што лежи во нејзината основа. Постепено ваквиот начин на справување со траумата може да доведе до нарушување на интерперсоналните односи, поради неконтролирани испади на лутина.

Тоа значи дека кај трауматизираните лица кои актуелно не задоволуваат критериуми за ПТСР избегнувањето може да има заштитна функција одреден период, но далекусежно може да го отежне и усложни процесот на нивното закрепнување.

Меѓу ограничувањата на ова истражување, пред сè, се отсуството на процена на сите значајни варијабли непосредно по трауматизацијата, што го ограничува увидот во текот на адаптацијата од самиот почеток, како и осипувањето на примерокот испитаници со ПТСР, што ја намалува можноста за генерализација на наодите.

За подобро разбирање на механизмите кои водат до закрепнување наспроти хронична дисфункционалност пожелно е спроведување на неструктурирани или полуструктурирани интервјуа, како и процена на други

релевантни варијабли кои не се вклучени во оваа студија (на пример, личносни предиспозиции и посттрауматски раст).

Дополнително важно е и подетално да се проучи обемот на влијание на посттрауматските животни околности во поттикнувањето или попречувањето на текот на оптимална посттрауматска адаптација.

ЛИТЕРАТУРА

- d'Ardenne, P., Capuzzo, N., Fakhoury, W., Jankovic-Gavrilovic, J. Priebe, S. (2005). Subjective Quality of Life and Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (1), 62-65
- Araya, M., Chotai, J., Komproe, I.H., de Jong, J. (2007). Effect of trauma on Quality of life as mediated by mental distress and moderated by coping and social support among postconflict displaced Ethiopians. *Quality of Life Research*, 16, 915–927
- Basoglu, M., Livanou, M., Crnobaric, C., Franciškovic, T., Suljic, E., Đuric, D., Vranešić, M. (2005). Psychiatric and Cognitive Effects of War in Former Yugoslavia: Association of Lack of Redress for Trauma and Posttraumatic Stress Reactions. *JAMA*, 294 (5), 580-590
- Bergner, R. (2009). Trauma, Exposure and World Reconstruction. *American Journal of Psychotherapy*, 63(3), 267-282
- Bonanno, G. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events?, *American Psychologist*, 59(1), 20–28
- Bonanno, G. & Mancini, A. (2008). The Human Capacity to Thrive in the Face of Potential Trauma. *Pediatrics*, 121(2), 369-375
- Bonanno, G., Mancini, A., Horton, J., Powell, T., Leardmann, C., Boyko, E., Wells, T., Hooper, T., Gackstetter, G., Smith, T.; Millennium Cohort Study Team. (2012). Trajectories of trauma symptoms and resilience in deployed U.S. military service members: prospective cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 200(4), 317-323
- Boscarino, J. & Adams, R. (2009). PTSD onset and course following the World Trade Center disaster: findings and implications for future research. *Social Psychiatry Epidemiology*, 44, 887–898
- Braš, M., Milunović, V., Boban, B., Brajković, L., Benković, V., Đorđević, V. and Polašek, O. (2011). Quality of life in Croatian Homeland war (1991-1995) veterans who suffer from post-traumatic stress disorder and chronic pain. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 56-64
- Breslau, B. (2009). The Epidemiology of Trauma, PTSD and Other Posttrauma Disorders. *Trauma, Violence & Abuse*, 10, 198-210
- Breslau, N., Kessler, R., Chilcoat, H., Schultz, L., Davis, G., Andreski, P. (1998). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55 (7), 626-632
- Breslau, N., Chilcoat, H., Kessler, R. & Davis, G. (1999). Previous Exposure to Trauma and PTSD Effects of Subsequent Trauma: Results from the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry*, 156 (6), 902–907

- Brewin, C. (2007). Remembering and Forgetting. Во книгата: Friedman, M., Keane, T. & Resick, P. (Ed.) *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York: The Guilford Press
- Brewin, C., Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670–686.
- Brewin, C., Holmes, E. (2003). Psychological Theories of Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339–376
- Bronner, M., Peek, N., de Vries, M., Bronner, A., Last, B., Grootenhuis, M. (2009). A Community-Based Survey of Posttraumatic Stress Disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (1), 74–78
- Buckley, T., Green, B. & Schnurr, P. (2004). Trauma, PTSD and Physical Health: Clinical Issues. Во книгата: Wilson, J. & Keane, T. (Ed.) *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: The Guilford Press
- Cahill, S. & Foa, E. (2007). Psychological theories of PTSD. Во книгата: Friedman, M., Keane, T. & Resick, P. (Ed.) *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York: The Guilford Press
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological Bulletin*, 130, 228–260.
- Darves-Bornoz, J., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J., Kovess-Masfety, V., Lepine, J., Nachbaur, G., Negre-Pages, L., Vilagut, G., Gasquet, I. (2008). Main Traumatic Events in Europe: PTSD in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey. *Journal of Traumatic Stress*, 21 (5), 455–46
- DePrince, A. & and Freyd, J. (2007). Trauma-induced Dissociation. Во книгата: Friedman, M., Keane, T. & Resick, P. (Ed.) *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York: The Guilford Press
- Derogatis, L.R. & Melisaratos, N. (1983). Brief Symptom Inventory: An introduction report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605
- deRoos-Cassini, T., Mancini, A., Rusch, M., Bonanno, G. (2010). Psychopathology and resilience following traumatic injury: a latent growth mixture model analysis. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 1-11
- Dickstein, B, Suvak, M., Litz, B. and Adler, A. (2010). Heterogeneity in the Course of Posttraumatic Stress Disorder: Trajectories of Symptomatology. *Journal of Traumatic Stress*, 23(3), 331–339
- Ditlevsen, D. & Elklit, A. (2010). The combined effect of gender and age on post-traumatic stress disorder: do men and women show differences in the lifespan distribution of the disorder? *Annals of General Psychiatry*, 9, 32-44
- Duke, L. & Vasterling, J. (2005). Epidemiological and Methodological Issues in Neuropsychological Research on PTSD. Во книгата: Vasterling, J. & Brewin, C. (Ed.). *Neuropsychology of PTSD: Biological, Cognitive, and Clinical Perspectives*. York: The Guilford Press

- Ehlers, A. & Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *Lancet*, 365, 1309–1314.
- Ferguson, C. (2009). An Effect Size Primer: A Guide for Clinicians and Researchers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 532–538.
- Foa, E. & Jaycox, L. (1999). Cognitive-Behavioral theory and treatment of posttraumatic stress disorder. Во книгата: Spiegel, D. (Ed.). *Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E. & Kozak, J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
- Foa, E. & Rothbaum, B. (1998). Theoretical Basis for PTSD and Its Treatment. Во книгата: *Treating the Trauma of Rape: Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Ford, J. (2008). War Trauma. Во книгата: Gilbert, R., Elhai, J., Ford, J. (Ed.). *The Encyclopedia of Psychological Trauma*. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Ford, J. (2009a). Etiology of Traumatic Stress Disorders. Во книгата: Ford, J. *Posttraumatic Stress Disorder: Science and Practice*. Burlington: Academic Press
- Ford, J. (2009b). The Impact of Psychological Trauma. Во книгата: Ford, J. *Posttraumatic Stress Disorder: Science and Practice*. Burlington: Academic Press
- Frans, O., Rimmo, P.A., Aberg, I., Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta psychiatrica scandinavica*, 111, 291–299.
- Friedman, M., Resick, P., Bryant, R. and Brewin, C. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression & Anxiety*, 28, 750-769.
- Friedman, M., Resick, P., Bryant, R., Strain, J., Horowitz, M. and Spiegel, D. (2011). Classification of Trauma and Stressor-Related Disorders in DSM-5. *Depression & Anxiety*, 28, 750-769.
- Friedman, M., Resick, P. & Keane, T. (2007). PTSD: Twenty-five years of progress and challenges. Во книгата: Friedman, M., Keane, T. & Resick, P. (Ed.) *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York: The Guilford Press
- Galatzer-Levy, I., Madan, A., Neylan, T., Henn-Haase, C., Marmar, C. (2011). Peritraumatic and trait dissociation differentiate police officers with resilient versus symptomatic trajectories of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 24(5), 557-565

- Ginzburg, K. & Solomon, Z. (2011). Trajectories of stress reactions and somatization symptoms among war veterans: a 20-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 41(2), 353-362
- Ginzburg, K., Solomon, Z., Koifman, B., Keren, G., Roth, A., Kriwisky, M., Kutz, I., David, D., Bleich, A. (2003). Trajectories of posttraumatic stress disorder following myocardial infarction: a prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(10), 1217-1223.
- Green, B., Grace, M., Vary, M., Kramer, T., Gleser, G., Leonard, A. (1994). Children of disaster in the second decade: a 17-year follow-up of Buffalo Creek survivors. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(1), 71-9
- Halligan, S. & Yehuda, R. (2000). Risk Factors for PTSD. *PTSD Research Quarterly*, 11 (3), 1-7
- Hamid, A. & Musa, S. (2010). Mental health problems among internally displaced persons in Darfur. *International Journal of Psychology*, 45(4), 278–285
- Harman, R. & Lee, D. (2010). The Role of Shame and Self-Critical Thinking in the Development and Maintenance of Current Threat in Post-Traumatic Stress Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 13–24
- Hinton, D. & Lewis-Fernandez, R. (2011). The Cross-Cultural Validity of Posttraumatic Stress Disorder: Implications for DSM-5. *Depression & Anxiety*, 28, 783-801.
- Hobfoll, S., Palmieri, P., Johnson, R., Canetti-Nisim, D., Hall, B. and Galea, S. (2009). Trajectories of Resilience, Resistance, and Distress During Ongoing Terrorism: The Case of Jews and Arabs in Israel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 138-148
- Howgego, I., Owen, C., Meldrum, L., Yellowlees, P., Dark, F. and Parslow, R. (2005). Posttraumatic stress disorder: An exploratory study examining rates of trauma and PTSD and its effect on client outcomes in community mental health. *BMC Psychiatry*, 5, 21-38
- Janoff-Bulman, R. (1992). Our fundamental assumptions. Во книгата: Janoff-Bulman, R. *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Johansen, V., Wahl, A., Eilertsen, D., Weisaeth, L. and Hanestad, B. (2007). The predictive value of post-traumatic stress disorder symptoms for quality of life: a longitudinal study of physically injured victims of non-domestic violence. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 26-37
- Johnson, H. & Thompson, A. (2007). The Development and Maintenance of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review, *Clinical Psychology Review*, 28(1), 36-47
- Kazantzis, N., Flett, R., Long, N., MacDonald, C., Millar, M. and Clark, B. (2009). Traumatic Events and Mental Health in the Community: a New Zealand Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(1), 35-49

- Keane, T., Marx, B. and Sloan D. (2009). Post-Traumatic Stress Disorder: Definition, Prevalence and Risk Factors. Во книгата: Shiromani, P., Keane, T. and LeDoux, J. (Ed.) *Post-Traumatic Stress Disorder: Basic Science and Clinical Practice*. New York: Humana Press.
- Keane, T., Brief, D., Pratt, E., Miller, Mark. (2004). Assessment of PTSD and its Comorbidities in Adults. Во книгата: Wilson, J. & Keane, T. (Ed.) *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: The Guilford Press
- Kessler, R. Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., Walters, E. (2005a). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-4 Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6) 593-602.
- Kessler, R. Chiu, T.W., Demler, O., Jin, R., Walters, E. (2005b). Prevalence, Severity and Comorbidity of 12-Month DSM-4 Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6) 617-627.
- Kilpatrick, D., Veronen, L. & Best, C. (1985). Factors predicting psychological distress among rape victims. Во книгата: Figley, C. (Ed.), *Trauma and its wake*. New York: Brunner/Mazel.
- Kimerling, R., Ouimette, P. & Weitlauf, J. (2007). Gender issues in PTSD. Во книгата: Friedman, M., Keane, T. & Resick, P. (Ed.) *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York: The Guilford Press
- Kimerling, R., Prins, A., Westrup, D. & Lee, T. (2004). Gender Issues in the Assessment of PTSD. Во книгата: Wilson, J. & Keane, T. (Ed.) *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: The Guilford Press
- Kira, I., Lewandowski, L., Templin, T., Ramaswamy, V., Ozkan, B. and Mohanesh, J. (2008). Measuring Cumulative Trauma Dose, Types, and Profiles Using a Development-Based Taxonomy of Traumas. *Traumatology*, 14, 62-87
- Lee, D. & Turner, S. (1997). Cognitive-behavioural models of PTSD. Во книгата: Black, D., Newman, M., Harris-Hendriks, J. and Mezey, G. (Ed.). *Psychological Trauma: A Developmental Approach*. London: The Royal College of Psychiatrists
- Lie, B. (2002). A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 415-425
- Lunney, C. & Schnurr, P. (2007). Domains of Quality of Life and Symptoms in Male Veterans Treated for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 955-964
- Maercker, S., Forstmeier, B., Wagne, H., Glaesmer, E. (2008). Post-traumatic stress disorder in Germany. *Der Nervenarzt*, 79 (5), 577-586
- Marsella, A. (2010). Ethnocultural Aspects of PTSD: An Overview of Concepts, Issues, and Treatments. *Traumatology*, 16, 17-26

- McCann, L. & Pearlman, L. (1990). The disruption of psychological needs and related cognitive schemas. Во книгата: McCann, L. & Pearlman, L. *Psychological Trauma and the Adult Survivor: Theory, Therapy, and Transformation*. New York: Brunner-Routledge.
- McFarlane, A & Hinton, D. (2009). Ethnocultural issues. Во книгата: Nutt, D., Stein, M. & Zohar, J. (Ed.). *Posttraumatic Stress Disorder: Diagnosis, Management, and Treatment*. London: Informa UK
- McFarlane, A. & Yehuda, R. (1996). Resilience, Vulnerability and the Course of Posttraumatic Reactions. Во книгата: van der Kolk, B., McFarlane, A. & Weisaeth, L. (Ed.) *Traumatic Stress: The effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York: Guilford Press.
- McGuigan, K. & Shevlin, M. (2010). Longitudinal Changes in Posttraumatic Stress in Relation to Political Violence (Bloody Sunday). *Traumatology*, 16(1), 1–6
- McLaughlin, K., Berglund, P., Gruber, M., Kessler, R., Sampson, N. and Zaslavsky, A. (2011). Recovery from PTSD following Hurricane Katrina. *Depression and Anxiety*, 28, 439–446
- Monson, C., Friedman, M. & La Bash, H. (2007). A psychological history of PTSD. Во книгата: Friedman, M., Keane, T. & Resick, P. (Ed.) *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York: The Guilford Press
- Murthy, S. (2007). Mass violence and mental health – Recent epidemiological findings. *International Review of Psychiatry*, 19(3), 183–192
- Muthén, L.K. & Muthén, B.O. (2010). *Mplus User's Guide*. Sixth Edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén
- Наумова, К. (2008). *Трауматските искуства, менталното здравје и квалитетот на живот кај лицата кои доживеале воени стресови*. Необјавен магистерски труд. Универзитет „Св.Кирил и Методиј“.
- Neria, Y., Olfson, M., Gameroff, M. , DiGrande, L., Wickramaratne, P., Gross, R., Pilowsky, D., Neugebauer, R., Manetti-Cusa, J., Lewis-Fernandez, R., Lantigua, R., Shea, S., Weissman, M. (2010). Long-Term Course of Probable PTSD After the 9/11 Attacks: A Study in Urban Primary Care. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 474–482
- Norris, F. & Hamblen, J. (2004). Standardized Self-Report Measures of Civilian Trauma and PTSD. Во книгата: Wilson, J. & Keane, T. (Ed.) *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: The Guilford Press
- Norris, F. & Slone, L. (2007). The Epidemiology of Trauma and PTSD. Во книгата: Friedman, M., Keane, T. & Resick, P. (Ed.) *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York: The Guilford Press
- Norris, F., Tracy, M. and Galea, S. (2009). Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Social Science & Medicine*, 68, 2190-2198

- O'Donnell, M., Elliott, P., Lau, W., Creamer, M. (2007a). PTSD symptom trajectories: from early to chronic response. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 601–606
- O'Donnell, M., Elliott, P., Wolfgang, B., Creamer, M. (2007b). Posttraumatic Appraisals in the Development and Persistence of Posttraumatic Stress Symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 20(2), 173–182.
- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., Gersons, B. (2007). Gender differences in Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Bulletin*, 133 (2), 183-204
- Orcutt, H., Erickson, D. and Wolfe, J. (2004). The Course of PTSD Symptoms Among Gulf War Veterans: A Growth Mixture Modeling Approach. *Journal of Traumatic Stress*, 17(3), 195–202
- Parry-Jones, W. (1997). Concepts, causes and magnitude of population displacement. Во книгата: Black, D., Newman, M., Harris-Hendriks, J. and Mezey, G. (Ed.). *Psychological Trauma: A Developmental Approach*. London: The Royal College of Psychiatrists
- Peleg, T., & Shalev, A. (2006). Longitudinal Studies of PTSD: Overview of Findings and Methods. *CNS Spectrum*, 11(8), 589-602.
- Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S., Wittchen, H-U. (2000). Traumatic events and Post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46-59
- Peters, L., Issakidis, C., Slade, T., Andrews, G. (2006). Gender Differences in the Prevalence of DSM-4 and ICD-10 PTSD. *Psychological Medicine*, 36, 81-89
- Porter, M. & Haslam, N. (2001). Forced Displacement in Yugoslavia: A Meta-Analysis of Psychological Consequences and Their Moderators. *Journal of Traumatic Stress*, 14 (4), 817-834
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., Evans, S. (1999). Application of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Psychiatry*, 45, 7-12
- Priebe, S., Jankovic Gavrilovic, J., Schützwohl, M., Galeazzi, G.M., Lecic-Tosevski, D., Ajdukovic et al. (2004). Study of long-term clinical and social outcomes after war experiences in Ex-Yugoslavia - Methods of the 'CONNECT' Project. *Psychiatry Today*, 36, 111-122.
- Priebe, S., Matanov, A., Janković-Gavrilović, J., McCrone, P., Ljubotina, D., Knežević, K., Kučukalić, A., Frančičković, F., Schützwohl, M. (2009). Consequences of Untreated Posttraumatic Stress Disorder Following War in Former Yugoslavia: Morbidity, Subjective Quality of Life, and Care Costs. *Croatian Medical Journal*, 50, 465-75
- Resick, P. & Miller, M. (2009). Posttraumatic Stress Disorder: Anxiety or Traumatic Stress Disorder? *Journal of Traumatic Stress*, 22 (5), 384–390
- Resick, P. & Schnicke, M. (1993). Information Processing Theory and Relevant Treatments. Во книгата: *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage.

- Ringdal, G., Ringdal, K., Simkus, A. (2008). War Experiences and War-related Distress in Bosnia and Herzegovina Eight Years after War. *Croatian Medical Journal*, 49, 75-86
- Rosner, R., Powell, S. & Butollo, W. (2003). Posttraumatic Stress Disorder three years after the siege of Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (1), 41-55
- Saigh, P. & Bremner, D. (1999). The History of Posttraumatic Stress Disorder. В книгата: Saigh, P. & Bremner, D. (Ed.) *Posttraumatic Stress Disorder: comprehensive text*. Boston: Allyn and Bacon.
- Schnurr, P., Friedman, M. & Bernardy, N. (2002). Research on Posttraumatic Stress Disorder: Epidemiology, Pathophysiology and Assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (8), 877-889
- Schnurr, P., Hayes., A., Lunney, C., McFall, M. Udoo, M. (2006). Longitudinal Analysis of the Relationship Between Symptoms and Quality of Life in Veterans Treated for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (4), 707-713
- Schnurr, P. & Lunney, C. (2008). Exploration of gender differences in how quality of life relates to posttraumatic stress disorder in male and female veterans. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 45(3), 383-394
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, G.C. (1998). Mini - International Neuropsychiatric Interview: The development and validation of a structured diagnostic interview for DSM-4 and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- Silove, D. (2007). Adaptation, Ecosocial Safety Signals and the Trajectory of PTSD. В книгата: Kirmayer, L., Lemelson, R. & Barad, M. (Ed.). *Understanding Trauma: Integrating Biological, Clinical, and Cultural Perspectives*. New York: Cambridge University Press.
- Sledjeski, E., Speisman, B. and Dierker, L. (2008). Does number of lifetime traumas explain the relationship between PTSD and chronic medical conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R). *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 341-349
- Solomon, Z., Horesh, D., Ein-Dor, T. (2009). The longitudinal course of posttraumatic stress disorder symptom clusters among war veterans. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(6), 837-843
- Solomon, Z. & Mikulincer, M. (2006). Trajectories of PTSD: A 20-Year Longitudinal Study. *American Journal of Psychiatry*, 163, 659-666
- Solomon, Z., Horesh, D., Ein-Dor, T., Ohry, A. (2012). Predictors of PTSD trajectories following captivity: A 35-year longitudinal study. *Psychiatry Research*, doi:10.1016/j.psychres.2012.03.035
- Speed, N., Engdahl, B., Schwartz, J., Eberly, R. (1989). Posttraumatic stress disorder as a consequence of the POW experience. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(3), 147-153

- Sveen, J., Ekselius, L., Gerdin, B., Willebrand, M. (2011). A prospective longitudinal study of posttraumatic stress disorder symptom trajectories after burn injury. *Journal of Trauma*, 71(6), 1808-1815.
- Summerfield, D. (1997). The impact of war and atrocity on civilian populations. Во книгата: Black, D., Newman, M., Harris-Hendriks, J. and Mezey, G. (Ed.). *Psychological Trauma: A Developmental Approach*. London: The Royal College of Psychiatrists
- Tiet, Q., Rosen, C., Cavella, S., Moos, R., Finney, J., Yesavage, J. (2006). Coping, Symptoms, and Functioning Outcomes of Patients With Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 799-811
- Tilomas, E., Saumier, D., Brunet, A. (2012). Peritraumatic Distress and the Course of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Meta-Analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 122-129
- Tolin, D. & Foa, E. (2006). Sex Differences in Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A Quantitative Review of 25 Years of Research. *Psychological Bulletin*, 132 (6), 959-992
- Tolin, D. & Breslau, N. (2007). Sex differences in risk of PTSD. *PTSD Research Quarterly*, 18 (2), 1-8
- van der Kolk, B. (2007). The history of trauma in psychiatry. Во книгата: Friedman, M., Keane, T. & Resick, P. (Ed.) *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York: The Guilford Press
- Vogt, D., King, D. & King, L. (2007). Risk pathways for PTSD. Во книгата: Friedman, M., Keane, T. & Resick, P. (Ed.) *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York: The Guilford Press
- Vojvoda, D., Weine, S., McGlashan, T., Becker, D., Southwick, S. (2008). Posttraumatic stress disorder symptoms in Bosnian refugees 3 1/2 years after resettlement. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 45(3), 421-426
- Weathers, F. & Keane, T. (2007). The Criterion A Problem Revisited: Controversies and Challenges in Defining and Measuring Psychological Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 20(2), 107-121
- Weiss, D. (2004). The Impact of Event Scale-Revised. Во книгата: Wilson, J. & Keane, T. (Ed.) *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: The Guilford Press
- Wilson, J. (2004). PTSD and Complex PTSD: Symptoms, Syndromes, and Diagnoses. Во книгата: Wilson, J. & Keane, T. (Ed.) *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: The Guilford Press
- Wilson, J. & Moran, T. (2004). Forensic/Clinical Assessment of Psychological Trauma and PTSD in Legal Settings. Во книгата: Wilson, J. & Keane, T. (Ed.) *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: The Guilford Press

- Ursano, R., Fullerton, C. and Mccaughey, B. (2001). Trauma and disaster. В книгата: Ursano, R., Mccaughey, B., Fullerton, C. (Ed.) *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster: The Structure of Human Chaos*. New York: Cambridge University Press
- Yehuda, R., Schmeidler, J., Labinsky, E., Bell, A., Morris, A., Zemelman, S., Grossman, R. (2009). Ten-year follow-up study of PTSD diagnosis, symptom severity and psychosocial indices in aging holocaust survivors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 25–34
- Young, A. (1995). *The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton: Princeton University Press.
- Yule, W., Bolton, D., Udwin, O., Boyle, S., O'Ryan, D. and Nurrish, J. (2000). The Long-term Psychological Effects of a Disaster Experienced in Adolescence I: The Incidence and Course of PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (4), 503-511
- Zlotnick, C., Warshaw, M., Shea, I. Allsworth, J. Pearstein, T. and Keller, M. (1999). Chronicity In Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Predictors of Course of Comorbid PTSD in Patients with Anxiety Disorders. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 89-100

РЕЗИМЕ

Ова истражување е прв обид за проспективно следење во период од пет години на текот и промените во посттравматските последици кај лица со долготраен посттравматски стрес поврзан со воениот конфликт од 2001 година во Македонија.

Истражувањето вклучува три процени на менталното здравје и квалитетот на живот кај лица со посттравматско стресно растројство (ПТСР) и две процени кај лица со долготраен посттравматски стрес, но без ПТСР. Иницијалната процена е спроведена во рамки на проектот CONNECT (Priebe et al., 2004) во 2005 година, при што беа идентификувани 126 лица, од кои кај 54 беше утврдено присуство на ПТСР, а кај 72 беше утврдено присуство на клинички значаен посттравматски стрес, иако не ги задоволуваа дијагностичките критериуми за ПТСР. Првата последователна процена се спроведе во 2006 година, а втората последователна процена се спроведе во 2010 година, односно девет години по завршувањето на воениот конфликт и ги вклучуваше само лицата кај кои во иницијалната студија беше утврдено присуство на сегашно ПТСР.

Прибирањето на податоците е вршено со повеќе инструменти: прашалник за социодемографски податоци, прашалник за процена на вид и степен на трауматизација, две скали и едно структурирано клиничко интервју за процена на менталното здравје, и еден прашалник за процена на квалитетот на животот. При обработката на прибраните податоци применети се постапки на дескриптивна, диференцијална, корелациска и регресивна анализа, како и лонгитудинално моделирање на развојни патеки.

Наодите потврдуваат дека процесот на адаптација по кумулирана трауматизација е сложен и има варијабилен тек за голем дел од трауматизираните лица. Кај лицата со ПТСР постои историја на поистакната трауматизација, како и поистакнати и посложени последици на план на менталното здравје. Наодите укажуваат на послаби капацитети за посттравматска адаптација кај испитанците со ПТСР во споредба со испитаниците со долготрајни посттравматски стресни реакции, но без присуство на ПТСР. Дополнителна пречка за процесот на посттравматско закрепнување во присуство на ПТСР е коморбидитетот од најмалку две ментални растројства. Присуството на ПТСР, покрај тоа, се потврди дека е поврзано и со понизок квалитет на живот.

Истражувањето покажа дека кај мал број од испитаниците кои доживуваат долготрајни посттравматски стресни реакции во отсуство на

ПТСР, може да се зборува за присуство на парцијално ПТСР, иако при втората процена кај овие испитаници е утврден значаен пад во истакнатоста на трите групи посттрауматски симптоми. Кај овие испитаници се утврдени етнички разлики во однос на истакнатоста на дел од проблемите со менталното здравје и квалитетот на живот. Фактори на ризик за поистакнати проблеми со менталното здравје во оваа група се повисоката возраст и бројот на доживевани трауми, додека фактори на ризик за понизок квалитет на живот се бројот на доживевани трауми и истакнатоста на посттрауматските и другите психопатолошки симптоми. Раселувањето, од една страна, се издвои како фактор на заштита на менталното здравје, а од друга како фактор на ризик за низок квалитет на живот.

Во однос на специфичностите на текот на посттрауматската адаптација на испитаниците со хронично ПТСР, истражувањето утврди опаѓање на стапката на преваленција на сегашно ПТСР при трите процени, иако кај голем дел од нив при двете последователни процени е утврдена можност за постоење на парцијално ПТСР. Кај овие испитаници се утврдени и значајни варијации во истакнатоста на поединечните групи посттрауматски реакции при трите процени.

Како претрауматски и перитрауматски фактори на ризик за поистакнати симптоми на посттрауматски стрес во оваа група се издвоија повисоката возраст, пониското образование и поголемиот број доживевани трауматски настани. При трите процени е утврдена значајна поврзаност меѓу истакнатоста на посттрауматските стресни реакции и другите психопатолошки симптоми. Не се утврдени варијации во задоволството од живот при трите процени, кое овие испитаници го проценуваат како мешано (ниту се задоволни ниту се незадоволни од животот).

Утврдени се четири траектории на ПТСР: *закрепнување* - кај повеќе од половина од испитаниците, *ремисија* - кај секој шести испитаник, *релапс* - кај секој десетти испитаник, и *хронична траекторија* на ПТСР - кај секој шести испитаник. Како значајни предиктори за траекторијата хронично ПТСР се издвоија помалиот број доживевани трауми при првата процена, како и поистакнатата посттрауматска симптоматологија и постоењето на коморбидитет при втората и третата процена.

Со оглед на временската дистанца и општествените околности кои ја следат воената трауматизација наодите ја нагласуваат потребата за интервенции на ниво на колективните траектории на посттрауматска адаптација, во чиј контекст се развиваат и менуваат индивидуалните траектории на посттрауматско закрепнување.

ПРИЛОЗИ

sd01.	Идентификациски број на испитаникот	
sd02.	Датум на интервјуирање	
sd03.	Пол	1=Машки 2=Женски
sd04.	Возраст:	
sd05.	Етничко потекло/националност	1=Албанец 2=Босанец [а. Бошњак; б. бос. Хрват; в. бос. Србин] 3=Црногорец 4=Хрват 5=Македонец 6=Србин 7=друго (наведете)
sd06.	Дали за време на воениот конфликт:	1=учествувавте активно во борби 2=не учествувавте активно во борби
sd07.	Дали за време на воениот конфликт:	1=останавте дома 2=бевте внатрешно раселено лице 3=бевте бегалец
sd08.	Каков е вашиот легален статус?	1=домицил 2=повратник 3=бегалец 4=внатрешно раселено лице 5=друго (наведете)
sd09.	Колку време ви беше потребно да го добиете тој статус (ако статусот е сигурен или ако е повратник, по колку години се вратил)?	
sd10.	Од која земја/регион сте дојдени? (ако е бегалец/ВРЛ)	
sd11.	Која година сте дошле?	
sd12.	Колку вкупно години образование имате?	
sd13.	Работен статус:	1=вработен 2=ученик/студент 3=пензионер 4=невработен 5=друго (наведете)
Ако е вработен, постави ги прашањата 14 и 15, а ако не, веднаш премини на прашањето 16		
sd14.	Занимање:	
sd15.	Колку часови неделно работите?	
sd16.	Колку изнесуваат вкупните месечни примања во вашето домаќинство? (интервјуерот да го пресмета и да го впише износот во евра)	
sd17.	Колку членови има вашето домаќинство?	
sd18.	Колку од нив се деца на возраст под 18 години?	
sd19.	Колку деца имате? (ако има деца)	

sd20.	Брачен статус:	1=женет/мажена 2=неженет/немажена 3=разведен/а, одвоен/а 4=вдовец/вдовица 5=вонбрачна заедница 6=друго (наведете)
sd21. до sd26.	Со кого живеете? (може да заокружите повеќе одговори)	21=живеам сам/а 22=со сопружник, партнер/ка 23=со родителите 24=со дете/деца под 18 год 25=со дете/деца над 18 год. 26=друго (наведете)
sd27.	Во какви станбени услови живеете моментално?	1=во сопствена куќа/стан (или куќа/стан на сопружникот) 2=во куќа/стан на партнерот/ката 3=како потстанар во куќа/стан 4=кај родителите 5=кај пријатели 6=во колективен центар 7=во привремено сместување обезбедено од државата 8=друго (наведете)

sd01.	Идентификациски број на испитаникот	
sd02.	Датум на интервјуирање	
sd08.	Каков е вашиот легален статус?	1=домицил (не припаѓа на ни една друга категорија) 2=повратник 3=внатрешно раселено лице 4=бегалец 5=државјанство (ако претходно бил/а бегалец) 6=добил/а азил 7=бара азил 8=друго (наведете)
sd09.	Колку време ви беше потребно да го добиете тој статус (ако статусот е сигурен или ако е повратник, по колку години се вратил)?	
sd12.	Колку вкупно години образование имате?	
sd13.	Работен статус:	1=вработен 2=ученик/студент 3=пензионер 4=невработен 5=друго (наведете)
Ако е вработен, постави ги прашањата 14 и 15, а ако не, веднаш премини на прашањето 16		
sd14.	Занимање:	
sd15.	Колку часови неделно работите?	
sd16.	Колку изнесуваат вкупните месечни примања во вашето домаќинство? (вклучувајќи финансиска помош за станарина, храна и сл.) (интервјуерот да го пресмета и да го впише износот во евра)	
sd17.	Колку членови има вашето домаќинство?	
sd18.	Колку од нив се деца на возраст под 18 години?	
sd19.	Колку деца имате? (ако има деца)	
sd20.	Брачен статус:	1=женет/мажена 2=неженет/немажена 3=разведен/а, одвоен/а 4=вдовец/вдовица 5=вонбрачна заедница 6=друго (наведете)
sd21. до sd26.	Со кого живеете? (може да заокружите повеќе одговори)	21=живеам сам/а 22=со сопружник, партнер/ка 23=со родителите 24=со дете/деца под 18 год 25=со дете/деца над 18 год. 26=друго (наведете)
sd27.	Во какви станбени услови живеете моментално?	1=во сопствена куќа/стан (или куќа/стан на сопружникот) 2=во куќа/стан на партнерот/ката 3=како потстанар во куќа/стан 4=кај родителите 5=кај пријатели 6=во колективен центар 7=во привремено сместување обезбедено од државата 8=друго (наведете)

sd01.	Идентификациски број на испитаникот	
sd02.	Датум на интервјуирање	
sd12.	Колку вкупно години образование имате?	
sd13.	Работен статус:	1=вработен 2=ученик/студент 3=пензионер 4=невработен 5=друго (наведете)
Ако е вработен, постави ги прашањата 14 и 15, а ако не, веднаш премини на прашањето 16		
sd14.	Занимање:	
sd15.	Колку часови неделно работите?	
sd16.	Колку изнесуваат вкупните месечни примања во вашето домаќинство? (вклучувајќи финансиска помош за станарина, храна и сл.) (интервјуерот да го пресмета и да го впише износот во евра)	
sd17.	Колку членови има вашето домаќинство?	
sd18.	Колку од нив се деца на возраст под 18 години?	
sd19.	Колку деца имате? (ако има деца)	
sd20.	Брачен статус:	1=женет/мажена 2=неженет/немажена 3=разведен/а, одвоен/а 4=вдовец/вдовица 5=вонбрачна заедница 6=друго (наведете)
sd21. до sd26.	Со кого живеете? (може да заокружите повеќе одговори)	21=живеам сам/а 22=со сопружник, партнер/ка 23=со родителите 24=со дете/деца под 18 год 25=со дете/деца над 18 год. 26=друго (наведете)
sd27.	Во какви станбени услови живеете моментално?	1=во сопствена куќа/стан (или куќа/стан на сопружникот) 2=во куќа/стан на партнерот/ката 3=како потстанар во куќа/стан 4=кај родителите 5=кај пријатели 6=во колективен центар 7=во привремено сместување обезбедено од државата 8=друго (наведете)

		LS6bwy3	LS6bwd3	LS6bws3		LS6dwy3	LS6dwd3	LS6dww3	LS6dws3		LS6awy3	LS6awd3	LS6aww3	LS6aws3
		најстресен				најстресен		НЕ ДА			најстресен		НЕ ДА	
7. Затворање (како цивилен или воен затвореник, како заложник итн.).	LS7bwno	првпат	LS7bwd1	LS7bws1	LS7dwno	првпат	LS7dwd1	LS7dww1	LS7dws1	LS7awno	првпат	LS7awd1	LS7aww1	LS7aws1
		последен пат	LS7bwd2	LS7bws2		последен пат	LS7dwd2	LS7dww2	LS7dws2		последен пат	LS7awd2	LS7aww2	LS7aws2
		најстресен	LS7bwd3	LS7bws3		најстресен	LS7dwd3	LS7dww3	LS7dws3		најстресен	LS7awd3	LS7aww3	LS7aws3
8. Болест опасна за живот.	LS8bwno	првпат	LS8bwd1	LS8bws1	LS8dwno	првпат	LS8dwd1	LS8dww1	LS8dws1	LS8awno	првпат	LS8awd1	LS8aww1	LS8aws1
		последен пат	LS8bwd2	LS8bws2		последен пат	LS8dwd2	LS8dww2	LS8dws2		последен пат	LS8awd2	LS8aww2	LS8aws2
		најстресен	LS8bwd3	LS8bws3		најстресен	LS8dwd3	LS8dww3	LS8dws3		најстресен	LS8awd3	LS8aww3	LS8aws3
9. Ненадејна и неочекувана смрт на близок човек, која не била последица на насилство.	LS9bwno	првпат		LS9bws1	LS9dwno	првпат		LS9dww1	LS9dws1	LS9awno	првпат		LS9aww1	LS9aws1
		последен пат		LS9bws2		последен пат		LS9dww2	LS9dws2		последен пат		LS9aww2	LS9aws2
		најстресен		LS9bws3		најстресен		LS9dww3	LS9dws3		најстресен		LS9aww3	LS9aws3
10. Немање храна или вода.	LS10bwno	првпат	LS10bwd1	LS10bws1	LS10dwno	првпат	LS10dwd1	LS10dww1	LS10dws1	LS10awno	првпат	LS10awd1	LS10aww1	LS10aws1
		последен пат	LS10bwd2	LS10bws2		последен пат	LS10dwd2	LS10dww2	LS10dws2		последен пат	LS10awd2	LS10aww2	LS10aws2
		најстресен	LS10bwd3	LS10bws3		најстресен	LS10dwd3	LS10dww3	LS10dws3		најстресен	LS10awd3	LS10aww3	LS10aws3
11. Лоша здравствена состојба без можност за лекување.	LS11bwno	првпат	LS11bwd1	LS11bws1	LS11dwno	првпат	LS11dwd1	LS11dww1	LS11dws1	LS11awno	првпат	LS11awd1	LS11aww1	LS11aws1
		последен пат	LS11bwd2	LS11bws2		последен пат	LS11dwd2	LS11dww2	LS11dws2		последен пат	LS11awd2	LS11aww2	LS11aws2
		најстресен	LS11bwd3	LS11bws3		најстресен	LS11dwd3	LS11dww3	LS11dws3		најстресен	LS11awd3	LS11aww3	LS11aws3
12. Немање засолниште (за време на борбени дејства, гранатирање, бомбардирање)					LS12dwno	првпат	LS12dwd1	LS12dww1	LS12dws1					
						последен пат	LS12dwd2	LS12dww2	LS12dws2					
						најстресен	LS12dwd3	LS12dww3	LS12dws3					
13. Протерани од дома поради закана со насилство (на пр. етничко чистење).					LS13dwno	првпат		LS13dww1	LS13dws1	LS13awno	првпат	LS13awd1	LS13aww1	LS13aws1
						последен пат		LS13dww2	LS13dws2		последен пат	LS13awd2	LS13aww2	LS13aws2
						најстресен		LS13dww3	LS13dws3		најстресен	LS13awd3	LS13aww3	LS13aws3

Настан	Колку пати	Кога	Траење	Стрес 0 – 4	Колку пати	Кога	Траење	Поврзано со конфликтот	Стрес 0 – 4	Колку пати	Кога	Траење	Поврзано со конфликтот	Стрес 0 – 4
14. Учество во борба (воена акција).					LS14dwno	LS14dwy1	LS14dwd1	LS14dwwr1	LS14dws1				НЕ	ДА
						LS14dwy2	LS14dwd2	LS14dwwr2	LS14dws2				НЕ	ДА
						LS14dwy3	LS14dwd3	LS14dwwr3	LS14dws3				НЕ	ДА
15. Гранатирање или бомбардирање (воздушен напад).					LS15dwno	LS15dwy1	LS15dwd1	LS15dwwr1	LS15dws1				НЕ	ДА
						LS15dwy2	LS15dwd2	LS15dwwr2	LS15dws2				НЕ	ДА
						LS15dwy3	LS15dwd3	LS15dwwr3	LS15dws3				НЕ	ДА
16. Експлозија на мина.					LS16dwno	LS16dwy1	LS16dwd1	LS16dwwr1	LS16dws1				НЕ	ДА
						LS16dwy2	LS16dwd2	LS16dwwr2	LS16dws2				НЕ	ДА
						LS16dwy3	LS16dwd3	LS16dwwr3	LS16dws3				НЕ	ДА
17. Опсада.					LS17dwno	LS17dwy1	LS17dwd1	LS17dwwr1	LS17dws1				НЕ	ДА
						LS17dwy2	LS17dwd2	LS17dwwr2	LS17dws2				НЕ	ДА
						LS17dwy3	LS17dwd3	LS17dwwr3	LS17dws3				НЕ	ДА
18. Тешка физичка повреда.	LS18bwno	LS18bwy1	LS18bwd1	LS18bws1	LS18dwno	LS18dwy1	LS18dwd1	LS18dwwr1	LS18dws1	LS18awno	LS18awy1	LS18awd1	LS18awwr1	LS18aws1
		LS18bwy2	LS18bwd2	LS18bws2		LS18dwy2	LS18dwd2	LS18dwwr2	LS18dws2		LS18awy2	LS18awd2	LS18awwr2	LS18aws2
		LS18bwy3	LS18bwd3	LS18bws3		LS18dwy3	LS18dwd3	LS18dwwr3	LS18dws3		LS18awy3	LS18awd3	LS18awwr3	LS18aws3
19. Сведок на напад, убиство или смрт на друго лице.	LS19bwno	LS19bwy1	LS19bwd1	LS19bws1	LS19dwno	LS19dwy1	LS19dwd1	LS19dwwr1	LS19dws1	LS19awno	LS19awy1	LS19awd1	LS19awwr1	LS19aws1
		LS19bwy2	LS19bwd2	LS19bws2		LS19dwy2	LS19dwd2	LS19dwwr2	LS19dws2		LS19awy2	LS19awd2	LS19awwr2	LS19aws2
		LS19bwy3	LS19bwd3	LS19bws3		LS19dwy3	LS19dwd3	LS19dwwr3	LS19dws3		LS19awy3	LS19awd3	LS19awwr3	LS19aws3
20. Дознавање за убиство или за смрт на блиско лице како последица на насилство.	LS20bwno	LS20bwy1		LS20bws1	LS20dwno	LS20dwy1		LS20dwwr1	LS20dws1	LS20awno	LS20awy1		LS20awwr1	LS20aws1
		LS20bwy2		LS20bws2		LS20dwy2		LS20dwwr2	LS20dws2		LS20awy2		LS20awwr2	LS20aws2
		LS20bwy3		LS20bws3		LS20dwy3		LS20dwwr3	LS20dws3		LS20awy3		LS20awwr3	LS20aws3

21. Исчезнување или киднапирање на член на семејството или на пријател.	LS21bwmo	LS21bwy1	LS21bwd1	LS21bws1	LS21dwno	првпат	LS21dwy1	LS21dwd1	LS21dwwr1	LS21dws1	LS21awno	првпат	LS21awy1	LS21awd1	LS21awwr1	LS21aws1
		LS21bwy2	LS21bwd2	LS21bws2		последен пат	LS21dwy2	LS21dwd2	LS21dwwr2	LS21dws2		последен пат	LS21awy2	LS21awd2	LS21awwr2	LS21aws2
		LS21bwy3	LS21bwd3	LS21bws3		најстресен	LS21dwy3	LS21dwd3	LS21dwwr3	LS21dws3		најстресен	LS21awy3	LS21awd3	LS21awwr3	LS21aws3
22. Мачење (нанесување физичка и психичка болка).	LS22bwmo	LS22bwy1	LS22bwd1	LS22bws1	LS22dwno	првпат	LS22dwy1	LS22dwd1	LS22dwwr1	LS22dws1	LS22awno	првпат	LS22awy1	LS22awd1	LS22awwr1	LS22aws1
		LS22bwy2	LS22bwd2	LS22bws2		последен пат	LS22dwy2	LS22dwd2	LS22dwwr2	LS22dws2		последен пат	LS22awy2	LS22awd2	LS22awwr2	LS22aws2
		LS22bwy3	LS22bwd3	LS22bws3		најстресен	LS22dwy3	LS22dwd3	LS22dwwr3	LS22dws3		најстресен	LS22awy3	LS22awd3	LS22awwr3	LS22aws3
23. Загубување.	LS23bwmo	LS23bwy1	LS23bwd1	LS23bws1	LS23dwno	првпат	LS23dwy1	LS23dwd1	LS23dwwr1	LS23dws1	LS23awno	првпат	LS23awy1	LS23awd1		LS23aws1
		LS23bwy2	LS23bwd2	LS23bws2		последен пат	LS23dwy2	LS23dwd2	LS23dwwr2	LS23dws2		последен пат	LS23awy2	LS23awd2		LS23aws2
		LS23bwy3	LS23bwd3	LS23bws3		најстресен	LS23dwy3	LS23dwd3	LS23dwwr3	LS23dws3		најстресен	LS23awy3	LS23awd3		LS23aws3
24. Киднапирање.	LS24bwmo	LS24bwy1	LS24bwd1	LS24bws1	LS24dwno	првпат	LS24dwy1	LS24dwd1	702.LS24dwwr1	LS24dws1	LS24awno	првпат	LS24awy1	LS24awd1	LS24awwr1	LS24aws1
		LS24bwy2	LS24bwd2	LS24bws2		последен пат	LS24dwy2	LS24dwd2	LS24dwwr2	LS24dws2		последен пат	LS24awy2	LS24awd2	LS24awwr2	LS24aws2
		LS24bwy3	LS24bwd3	LS24bws3		најстресен	LS24dwy3	LS24dwd3	LS24dwwr3	LS24dws3		најстресен	LS24awy3	LS24awd3	LS24awwr3	LS24aws3
25. Дали сте се нашле во некоја друга застрашувачка ситуација или во ситуација во која ви бил загрозен животот (независно дали тоа се случило за време на конфликтот или не). Опишете го тоа, наведете кога се случило и дали било поврзано со конфликтот:	LS25bwmo	LS25bwy1	LS25bwd1	LS25bws1	LS25dwno	првпат	LS25dwy1	LS25dwd1	LS25dwwr1	LS25dws1	LS25awno	првпат	LS25awy1	LS25awd1	LS25awwr1	LS25aws1
		LS25bwy2	LS25bwd2	LS25bws2		последен пат	LS25dwy2	LS25dwd2	LS25dwwr2	LS25dws2		последен пат	LS25awy2	LS25awd2	LS25awwr2	LS25aws2
		LS25bwy3	LS25bwd3	LS25bws3		најстресен	LS25dwy3	LS25dwd3	LS25dwwr3	LS25dws3		најстресен	LS25awy3	LS25awd3	LS25awwr3	LS25aws3
26. Дали сте се уплашиле или сте почувствувале дека животот ви бил во опасност поради тоа што сте биле сведок на некој од претходно наведените настани? Опишете го тоа, наведете кога се случило и дали било поврзано со конфликтот:	LS26bwmo	LS26bwy1	LS26bwd1	LS26bws1	LS26dwno	првпат	LS26dwy1	LS26dwd1	LS26dwwr1	LS26dws1	LS26awno	првпат	LS26awy1	LS26awd1	LS26awwr1	LS26aws1
		LS26bwy2	LS26bwd2	LS26bws2		последен пат	LS26dwy2	LS26dwd2	LS26dwwr2	LS26dws2		последен пат	LS26awy2	LS26awd2	LS26awwr2	LS26aws2
		LS26bwy3	LS26bwd3	LS26bws3		најстресен	LS26dwy3	LS26dwd3	LS26dwwr3	LS26dws3		најстресен	LS26awy3	LS26awd3	LS26awwr3	LS26aws3

РЕВИДИРАНА ЛИСТА НА ЖИВОТНИ СТРЕСОРИ (LSCL-R)

- втора процена -

За секој настан што го доживеал испитаникот, забележи колку пати го доживеал и во која година. Притоа, направи разлика меѓу настаните што биле поврзани и настаните што не биле поврзани со воениот конфликт. Ако настанот бил доживеан повеќепати, прашај кога е доживеан *првпат* и *последен пат*, и кога бил *најстресен*. Доколку станува збор за временски период, а не за засебен настан, означи го неговото траење во соодветната колона, а исто така означи и кога бил најстресен. На крајот, побарај од испитаникот да процени колку бил лично потресен во тоа време од настанот/настаните, со користење на следната скала од 0 до 4:

0 Ни малку 1 малку 2 умерено 3 многу 4 премногу, едвај издржав

Настан	Во последната година				
	Колку пати	Кога	Траење	Поврзано со конфликтот	Стрес 0 – 4
1. Сериозна несреќа, пожар или експлозија (на пр. индустриска, земјоделска, автомобилска, авионска несреќа или несреќа при пловење).	LS1awno	LS1awy1		LS1aww1	LS1aws1
		првпат		НЕ ДА	
		LS1awy2		LS1aww2	LS1aws2
2. Природна катастрофа (на пр. поплава, силен земјотрес).	LS2awno	LS2awy1			LS2aws1
		првпат			
		LS2awy2			LS2aws2
3. Напад (несексуален) од член на семејството или од некого што го познавате (на пр. физички напад, ограбување, бодeње, закана со вперено оружје, застрелување).	LS3awno	LS3awy1	LS3awd1	LS3aww1	LS3aws1
		првпат		НЕ ДА	
		LS3awy2	LS3awd2	LS3aww2	LS3aws2
4. Напад (несексуален) од непознато лице (на пр. физички напад, ограбување, бодeње, закана со вперено оружје, застрелување).	LS4awno	LS4awy1	LS4awd1	LS4aww1	LS4aws1
		првпат		НЕ ДА	
		LS4awy2	LS4awd2	LS4aww2	LS4aws2
5. Напад (сексуален) од член на семејството или од некого што го познавате (на пр. обид за силување или силување).	LS5awno	LS5awy1	LS5awd1	LS5aww1	LS5aws1
		првпат		НЕ ДА	
		LS5awy2	LS5awd2	LS5aww2	LS5aws2
6. Напад (сексуален) од непознато лице (на пр. обид за силување или силување).	LS6awno	LS6awy1	LS6awd1	LS6aww1	LS6aws1
		првпат		НЕ ДА	
		LS6awy2	LS6awd2	Z33.LS6aww2	LS6aws2
7. Затворање (како цивилен или воен затвореник, како заложник итн.).	LS7awno	LS7awy1	LS7awd1	LS7aww1	LS7aws1
		првпат		НЕ ДА	
		LS7awy2	LS7awd2	LS7aww2	LS7aws2
8. Болест опасна за живот.	LS8awno	LS8awy1	LS8awd1	LS8aww1	LS8aws1
		првпат		НЕ ДА	
		LS8awy2	LS8awd2	LS8aww2	LS8aws2
9. Ненадејна и неочекувана смрт на близок човек, која не била последица на	LS9awno	LS9awy1		LS9aww1	LS9aws1
		првпат		НЕ ДА	
		LS9awy2		LS9aww2	LS9aws2
		LS9awy3		LS9aww3	LS9aws3
		последен пат		НЕ ДА	
		најстресен		НЕ ДА	

Настан	Во последната година				
	Колку пати	Кога	Траење	Поврзано со конфликтот	Стрес 0 – 4
		LS9awy3 најстресен		LS9awwr3 НЕ ДА	LS9aws3
10. Немање храна или вода.	LS10awno	LS10awy1 првпат	LS10awd1	LS10awwr1 НЕ ДА	LS10aws1
		LS10awy2 последен пат	LS10awd2	LS10awwr2 НЕ ДА	LS10aws2
		LS10awy3 најстресен	LS10awd3	LS10awwr3 НЕ ДА	LS10aws3
11. Лоша здравствена состојба без можност за лекување.	LS11awno	LS11awy1 првпат	LS11awd1	LS11awwr1 НЕ ДА	LS11aws1
		LS11awy2 последен пат	LS11awd2	LS11awwr2 НЕ ДА	LS11aws2
		LS11awy3 најстресен	LS11awd3	LS11awwr3 НЕ ДА	LS11aws3
13. Протерани од дома поради закана со насилство (на пр. етничко чистење).	LS13awno	LS13awy1 првпат	LS13awd1	НЕ ДА	LS13aws1
		LS13awy2 последен пат	LS13awd2	НЕ ДА	LS13aws2
		LS13awy3 најстресен	LS13awd3	НЕ ДА	LS13aws3
28. Експлозија на мина.	LS28awno	LS28awy1 првпат	LS28awd1	НЕ ДА	LS28aws1
		LS28awy2 последен пат	LS28awd2	НЕ ДА	LS28aws2
		LS28awy3 најстресен	LS28awd3	НЕ ДА	LS28aws3
18. Тешка физичка повреда.	LS18awno	LS18awy1 првпат	LS18awd1	LS18awwr1 НЕ ДА	LS18aws1
		LS18awy2 последен пат	LS18awd2	LS18awwr2 НЕ ДА	LS18aws2
		LS18awy3 најстресен	LS18awd3	LS18awwr3 НЕ ДА	LS18aws3
19. Сведок на напад, убиство или смрт на друго лице.	LS19awno	LS19awy1 првпат	LS19awd1	LS19awwr1 НЕ ДА	LS19aws1
		LS19awy2 последен пат	LS19awd2	LS19awwr2 НЕ ДА	LS19aws2
		LS19awy3 најстресен	LS19awd3	LS19awwr3 НЕ ДА	LS19aws3
20. Дознавање за убиство или за смрт на блиско лице како последица на насилство.	LS20awno	LS20awy1 првпат		LS20awwr1 НЕ ДА	LS20aws1
		LS20awy2 последен пат		LS20awwr2 НЕ ДА	LS20aws2
		LS20awy3 најстресен		LS20awwr3 НЕ ДА	LS20aws3
21. Исчезнување или киднапирање на член на семејството или на пријател.	LS21awno	LS21awy1 првпат	LS21awd1	LS21awwr1 НЕ ДА	LS21aws1
		LS21awy2 последен пат	LS21awd2	LS21awwr2 НЕ ДА	LS21aws2
		LS21awy3 најстресен	LS21awd3	LS21awwr3 НЕ ДА	LS21aws3
22. Мачење (нанесување физичка и психичка болка).	LS22awno	LS22awy1 првпат	LS22awd1	LS22awwr1 НЕ ДА	LS22aws1
		LS22awy2 последен пат	LS22awd2	LS22awwr2 НЕ ДА	LS22aws2
		LS22awy3 најстресен	LS22awd3	LS22awwr3 НЕ ДА	LS22aws3
23. Загубување.	LS23awno	LS23awy1 првпат	LS23awd1		LS23aws1
		LS23awy2 последен пат	LS23awd2		LS23aws2
		LS23awy3 најстресен	LS23awd3		LS23aws3

Во последната година					
Настан	Колку пати	Кога	Траење	Поврзано со конфликтот	Стрес 0 – 4
24. Киднапирање.	LS24awno	LS24awy1	LS24awd1	LS24aww1	LS24aws1
		првпат		НЕ ДА	
		LS24awy2	LS24awd2	LS24aww2	LS24aws2
25. Дали сте се нашле во некоја друга застрашувачка ситуација или во ситуација во која ви бил загрозен животот (независно дали тоа се случило за време на конфликтот или не). Опишете го тоа, наведете кога се случило и дали било поврзано со конфликтот:	LS25awno	LS25awy1	LS25awd1	LS25aww1	LS25aws1
		првпат		НЕ ДА	
		LS25awy2	LS25awd2	LS25aww2	LS25aws2
26. Дали сте се уплашиле или сте почувствувале дека животот ви бил во опасност поради тоа што сте биле сведок на некој од претходно наведените настани? Опишете го тоа, наведете кога се случило и дали било поврзано со конфликтот:	LS26awno	LS26awy1	LS26awd1	LS26aww1	LS26aws1
		првпат		НЕ ДА	
		LS26awy2	LS26awd2	LS26aww2	LS26aws2
	LS24awno	LS24awy3	LS24awd3	LS24aww3	LS24aws3
		последен пат		НЕ ДА	
		најстресен		НЕ ДА	
	LS25awno	LS25awy3	LS25awd3	LS25aww3	LS25aws3
		последен пат		НЕ ДА	
		најстресен		НЕ ДА	
	LS26awno	LS26awy3	LS26awd3	LS26aww3	LS26aws3
		последен пат		НЕ ДА	
		најстресен		НЕ ДА	

РЕВИДИРАНА ЛИСТА НА ЖИВОТНИ СТРЕСОРИ (LSCL-R)

- трета процена -

За секој настан што го доживеал испитаникот, забележи колку пати го доживеал и во која година. Притоа, направи разлика меѓу настаните што биле поврзани и настаните што не биле поврзани со воениот конфликт. Ако настанот бил доживеан повеќепати, прашај кога е доживеан *првпат* и *последен пат*, и кога бил *најстресен*. Доколку станува збор за временски период, а не за засебен настан, означи го неговото траење во соодветната колона, а исто така означи и кога бил најстресен. На крајот, побарај од испитаникот да процени колку бил лично потресен во тоа време од настанот/настаните, со користење на следната скала од 0 до 4:

0 **Ни малку** 1 **малку** 2 **умерено** 3 **многу** 4 **премногу, едвај издржав**

Настан	Во последните четири години				
	Колку пати	Кога	Траење	Поврзано со конфликтот	Стрес 0 – 4
1. Сериозна несреќа, пожар или експлозија (на пр. индустриска, земјоделска, автомобилска, авионска несреќа или несреќа при пловење).	LS1awno	LS1awy1 првпат		LS1awr1 НЕ ДА	LS1aws1
		LS1awy2 последен пат		LS1awr2 НЕ ДА	LS1aws2
		LS1awy3 најстресен		LS1awr3 НЕ ДА	LS1aws3
2. Природна катастрофа (на пр. поплава, силен земјотрес).	LS2awno	LS2awy1 првпат			LS2aws1
		LS2awy2 последен пат			LS2aws2
		LS2awy3 најстресен			LS2aws3
3. Напад (несексуален) од член на семејството или од некогашно познато лице (на пр. физички напад, ограбување, бодене, закана со вперено оружје, застрелување).	LS3awno	LS3awy1 првпат	LS3awd1	LS3awr1 НЕ ДА	LS3aws1
		LS3awy2 последен пат	LS3awd2	LS3awr2 НЕ ДА	LS3aws2
		LS3awy3 најстресен	LS3awd3	LS3awr3 НЕ ДА	LS3aws3
4. Напад (несексуален) од непознато лице (на пр. физички напад, ограбување, бодене, закана со вперено оружје, застрелување).	LS4awno	LS4awy1 првпат	LS4awd1	LS4awr1 НЕ ДА	LS4aws1
		LS4awy2 последен пат	LS4awd2	LS4awr2 НЕ ДА	LS4aws2
		LS4awy3 најстресен	LS4awd3	LS4awr3 НЕ ДА	LS4aws3
5. Напад (сексуален) од член на семејството или од некогашно познато лице (на пр. обид за силување или силување).	LS5awno	LS5awy1 првпат	LS5awd1	LS5awr1 НЕ ДА	LS5aws1
		LS5awy2 последен пат	LS5awd2	LS5awr2 НЕ ДА	LS5aws2
		LS5awy3 најстресен	LS5awd3	LS5awr3 НЕ ДА	LS5aws3
6. Напад (сексуален) од непознато лице (на пр. обид за силување или силување).	LS6awno	LS6awy1 првпат	LS6awd1	LS6awr1 НЕ ДА	LS6aws1
		LS6awy2 последен пат	LS6awd2	233.LS6awr2 НЕ ДА	LS6aws2
		LS6awy3 најстресен	LS6awd3	LS6awr3 НЕ ДА	LS6aws3
7. Затворање (како цивилен или воен затвореник, како заложник итн.).	LS7awno	LS7awy1 првпат	LS7awd1	LS7awr1 НЕ ДА	LS7aws1
		LS7awy2 последен пат	LS7awd2	LS7awr2 НЕ ДА	LS7aws2
		LS7awy3 најстресен	LS7awd3	LS7awr3 НЕ ДА	LS7aws3
8. Болест опасна за живот.	LS8awno	LS8awy1 првпат	LS8awd1	LS8awr1 НЕ ДА	LS8aws1
		LS8awy2 последен пат	LS8awd2	LS8awr2 НЕ ДА	LS8aws2
		LS8awy3 најстресен	LS8awd3	LS8awr3 НЕ ДА	LS8aws3
9. Ненадејна и неочекувана смрт на близок човек, која не била последица на насилство.	LS9awno	LS9awy1 првпат		LS9awr1 НЕ ДА	LS9aws1
		LS9awy2 последен пат		LS9awr2 НЕ ДА	LS9aws2
		LS9awy3 најстресен		LS9awr3 НЕ ДА	LS9aws3
10. Немање храна или вода.	LS10awno	LS10awy1 првпат	LS10awd1	LS10awr1 НЕ ДА	LS10aws1
		LS10awy2 последен пат	LS10awd2	LS10awr2 НЕ ДА	LS10aws2

Частан	Во последните четири години				
	Колку пати	Кога	Траење	Поврзано со конфликтот	Стрес 0 – 4
		LS10awy3	LS10awd3	LS10awwr3	LS10aws3
		најстресен		НЕ ДА	
11. Лоша здравствена состојба без можност за лекување.	LS11awno	LS11awy1	LS11awd1	LS11awwr1	LS11aws1
		првпат		НЕ ДА	
		LS11awy2	LS11awd2	LS11awwr2	LS11aws2
		последен пат		НЕ ДА	
13. Протерани од дома поради закана со насилство (на пр. етничко чистење).	LS13awno	LS13awy3	LS13awd3	LS13awwr3	LS13aws3
		најстресен		НЕ ДА	
		LS13awy1	LS13awd1	LS13awwr1	LS13aws1
		првпат		НЕ ДА	
28. Експлозија на мина.	LS28awno	LS28awy2	LS28awd2	LS28awwr2	LS28aws2
		последен пат		НЕ ДА	
		LS28awy3	LS28awd3	LS28awwr3	LS28aws3
		најстресен		НЕ ДА	
18. Тешка физичка повреда.	LS18awno	LS18awy1	LS18awd1	LS18awwr1	LS18aws1
		првпат		НЕ ДА	
		LS18awy2	LS18awd2	LS18awwr2	LS18aws2
		последен пат		НЕ ДА	
23. Сведок на напад, убиство или смрт на друго лице.	LS19awno	LS19awy3	LS19awd3	LS19awwr3	LS19aws3
		најстресен		НЕ ДА	
		LS19awy1	LS19awd1	LS19awwr1	LS19aws1
		првпат		НЕ ДА	
24. Дознавање за убиство или за смрт на блиско лице како последица на насилство.	LS20awno	LS20awy2	LS20awd2	LS20awwr2	LS20aws2
		последен пат		НЕ ДА	
		LS20awy3	LS20awd3	LS20awwr3	LS20aws3
		најстресен		НЕ ДА	
25. Исчезнување или киднапирање на член на семејството или на пријател.	LS21awno	LS21awy1	LS21awd1	LS21awwr1	LS21aws1
		првпат		НЕ ДА	
		LS21awy2	LS21awd2	LS21awwr2	LS21aws2
		последен пат		НЕ ДА	
26. Мачење (нанесување физичка и психичка болка).	LS22awno	LS22awy3	LS22awd3	LS22awwr3	LS22aws3
		најстресен		НЕ ДА	
		LS22awy1	LS22awd1	LS22awwr1	LS22aws1
		првпат		НЕ ДА	
23. Загубување.	LS23awno	LS23awy2	LS23awd2	LS23awwr2	LS23aws2
		последен пат		НЕ ДА	
		LS23awy3	LS23awd3	LS23awwr3	LS23aws3
		најстресен		НЕ ДА	
24. Киднапирање	LS24awno	LS24awy1	LS24awd1	LS24awwr1	LS24aws1
		првпат		НЕ ДА	
		LS24awy2	LS24awd2	LS24awwr2	LS24aws2
		последен пат		НЕ ДА	
		LS24awy3	LS24awd3	LS24awwr3	LS24aws3
		најстресен		НЕ ДА	

<p>25. Дали сте се нашле во некоја друга застрашувачка ситуација или во ситуација во која ви бил загрозен животот (независно дали тоа се случило за време на конфликтот или не). Опишете го тоа, наведете кога се случило и дали било поврзано со конфликтот:</p>	LS25awno	LS25awy1	LS25awd1	LS25awwr1	LS25aws1
		првпат		НЕ ДА	
		LS25awy2	LS25awd2	LS25awwr2	LS25aws2
<p>26. Дали сте се уплашиле или сте почувствувале дека животот ви бил во опасност поради тоа што сте биле сведок на некој од претходно наведените настани? Опишете го тоа, наведете кога се случило и дали било поврзано со конфликтот:</p>	LS26awno	LS26awy1	LS26awd1	LS26awwr1	LS26aws1
		првпат		НЕ ДА	
		LS26awy2	LS26awd2	LS26awwr2	LS26aws2
		LS26awy3	LS26awd3	LS26awwr3	LS26aws3
		најстресен		НЕ ДА	

МЕЃУНАРОДНО НЕВРОПСИХИЈАТРИСКО ИНТЕРВЈУ (M.I.N.I.)

ОПШТИ УПАТСТВА

M.I.N.I. е конструиран како кратко структурирано интервју за главните психијатриски растројства од Оската I во DSM-IV¹ и ICD-10². Студиите за валидација и релијабилност се направени преку споредба на M.I.N.I. со SCID-P за DSM-III-R и CIDI (структурирано интервју за ICD-10 конструирано од Светската здравствена организација за интервјуери-нестручњаци). Резултатите на овие студии покажуваат дека M.I.N.I. има задоволителна висока валидност и релијабилност, и може да се задава за многу пократко време отколку другите горенаведени инструменти (во просек 18.7 мин±11.6 мин., Mdn. 15 мин.). Стручњаците од клиничката практика може да го користат по кратка обука, додека интервјуерите-нестручњаци имаат потреба од поопсежна обука.

ИНТЕРВЈУ:

За да биде интервјуто колку што е можно пократко, информирајте го испитаникот дека ќе правите клиничко интервју кое е построкутурирано од другите, со многу прецизни прашања за различни психолошки проблеми на кои треба да се одговара со ДА или НЕ.

ОПШТА СТРУКТУРА:

M.I.N.I. е поделено во **модули**, означени со букви. Секој модул се однесува на одредена дијагностичка категорија.

Во почетокот на секој дијагностички модул (со исклучок на модулот за психотични растројства) има прашања за селекција кои се однесуваат на главниот критериум и тие се **засенчени**.

На крајот од секој модул има дијагностичко поле (полиња) каде што се забележува дали се задоволени дијагностичките критериуми.

ПРАВИЛА:

Речениците напишани со « стандардни букви » треба да му се читаат на лицето што се интервјуира точно онака како што се напишани за да се стандардизира процената на дијагностичкиот критериум.

Речениците напишани со « ГОЛЕМИ БУКВИ » не треба да му се читаат на лицето што се интервјуира. Овие реченици се упатства за интервјуерот за бодирање на дијагностичките алгоритми.

Речениците напишани со « задебелени букви » го означуваат временскиот период на кој се однесува испитувањето. Интервјуерот треба да ги прочита и повтори овие реченици повеќе пати ако е потребно. При процената на одговорите треба да се земаат предвид само симптомите што се појавиле во наведениот временски период.

Одговорите над кои има стрелка (➔) означуваат дека не е задоволен еден од критериумите неопходни за дијагноза. Во тој случај интервјуерот да заокружи « **НЕ** » во сите дијагностички полиња и да премине на следниот модул.

Кога зборовите се разделени со *коса црта (/)*, интервјуерот треба да ги чита само оние симптоми за кои знае дека се присутни кај лицето што се интервјуира (на пример, прашања Н6).

Појаснувањата во загради (.....) се клинички примери за симптомите. Тие може да му се читаат на лицето што се интервјуира како дополнение на прашањето.

УПАТСТВА ЗА ПРОЦЕНА:

Сите прашања мора да се проценат. Процената се прави со заокружување на ДА или НЕ, десно од секое прашање. При кодирањето на одговорите, неопходно е да се примени клиничка процена на интервјуерот. За да се обезбеди точно кодирање на одговорите, интервјуерот треба да побара од испитаникот да наведе примери, секогаш кога е неопходно тоа. Интервјуерот треба да го охрабрува испитаникот да бара појаснување за секое прашање што не му е јасно.

Интервјуерот треба да биде сигурен дека при одговарањето испитаникот ја има предвид *секоја димензија* на прашањето (на пример, временскиот период, зачестеноста, јачината и/или алтернативите).

Во овој инструмент не смеат позитивно да се кодираат симптомите кои се последица на органско заболување, на злоупотреба на алкохол или на дрога. Прашања за такви симптоми содржи инструментот M.I.N.I. Plus.

¹ DSM-IV Diagnostic and Statistic Manual (Дијагностички и статистички прирачник)

² ICD-10 International Classification of Diseases (Меѓународна класификација на болести)

	МОДУЛИ	ПЕРИОД -прва процена-	ЗАДОВОЛУВА КРИТЕРИУМИ		DSM - IV	ICD - 10
miniA3S	ТЕШКА ДЕПРЕСИВНА ЕПИЗОДА (А)	Сегашна (2 недели)	ДА	НЕ	296.20-296.26 Единечна	F32.x
miniA4bS		Рекурентна	ДА	НЕ	296.30-296.36 Рекурентна	F33.x
miniA6S	ТДЕ СО МЕЛАНХОЛИЧНИ СИМПТОМИ (А)	Сегашна (2 недели)	ДА	НЕ	296.20-296.26 Единечна 296.30-296.36 Рекурентна	F32.x F33.x
miniB4S	ДИСТИМИЈА (В)	Сегашна (последните 2 год.)	ДА	НЕ	300.4	F34.1
miniCS1	СУИЦИДАЛНОСТ (С)	Сегашна (последниот месец)	ДА	НЕ		
miniCS2		Ризик: <input type="checkbox"/> низок <input type="checkbox"/> среден <input type="checkbox"/> висок				
miniD4bS	МАНИЧНА ЕПИЗОДА (D)	Сегашна Мината	ДА ДА	НЕ НЕ	296.00-296.06	F30.x-F31.9
miniD4aS	ХИПОМАНИЧНА ЕПИЗОДА (D)	Сегашна Мината	ДА ДА	НЕ НЕ	296.80-296.89	F31.8- F31.9/F34.0
miniE7S	ПАНИЧНО РАСТРОЈСТВО (Е)	Сегашно (последниот месец)	ДА	НЕ	00.01/300.21	F40.01-F41.0
miniE5S		Долготрајно	ДА	НЕ		
miniFS3	АГОРАФОБИЈА (F)	Сегашна	ДА	НЕ	300.22	F40.00
miniG4S	СОЦИЈАЛНА ФОБИЈА (G) (социјално анксиозно растројство)	Сегашна (последниот месец)	ДА	НЕ	300.23	F40.1
miniH6	ОПСЕСИВНО-КОМПУЛСИВНО РАСТРОЈСТВО (H)	Сегашно (последниот месец)	ДА	НЕ	300.3	F42.8
miniI6aS	ПОСТТРАУМАТСКО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО (I)	Сегашно (последниот месец)	ДА	НЕ	309.81	F43.1
miniI6bS		Долготрајно	ДА	НЕ		
miniJ2S	ЗАВИСНОСТ ОД АЛКОХОЛ (J)	Последните 12 месеци	ДА	НЕ	303.9	F10.2x
miniJ3S	ЗЛОУПОТРЕБА НА АЛКОХОЛ (J)	Последните 12 месеци	ДА	НЕ	305.00	F10.1
miniK2S	ЗАВИСНОСТ ОД СУПСТАНЦИИ (неалкохолни) (K)	Последните 12 месеци	ДА	НЕ	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
miniK3S	ЗЛОУПОТРЕБА НА СУПСТАНЦИИ (неалкохолни) (K)	Последните 12 месеци	ДА	НЕ	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
miniL11bS	ПСИХОТИЧНИ РАСТРОЈСТВА (L)	Долготрајни	ДА	НЕ	295.10-295.90/297.1/	F20.xx-F29
miniL12aS		Сегашни	ДА	НЕ	297.3/293.81/293.82/ 293.89/298.8/298.9	
miniL14S	РАСТРОЈСТВО НА РАСПОЛОЖЕНИЕТО СО ПСИХОТИЧНИ СИМПТОМИ (L)	Долготрајно	ДА	НЕ	296.24/296.34/296.44	F32.3/F33.3/
miniL13S		Сегашно	ДА	НЕ	296.24/296.34/296.44	F30.2/F31.2/F31.5/ F31.8/F31.9/F39
miniO3S	ГЕНЕРАЛИЗИРАНО АНКСИОЗНО РАСТРОЈСТВО (O)	Сегашно (последните 6 месеци)	ДА	НЕ	300.02	F41.1
miniP2S	АНТИСОЦИЈАЛНО РАСТРОЈСТВО НА ЛИЧНОСТА (P)	Долготрајно	ДА	НЕ	301.7	F60.2
miniR9S	СОМАТИЗАЦИСКО РАСТРОЈСТВО (R)	Долготрајно	ДА	НЕ	330.81	F45.0
miniR10S		Сегашно	ДА	НЕ		

	МОДУЛИ	ПЕРИОД -втора процена-	ЗАДОВОЛУВА КРИТЕРИУМИ	DSM - IV	ICD - 10
niniA3S	ТЕШКА ДЕПРЕСИВНА ЕПИЗОДА (А)	Сегашна (2 недели)	ДА НЕ	296.20-296.26 Единечна	F32.x
niniA4bS		Рекурентна	ДА НЕ	296.30-296.36 Рекурентна	F33.x
niniA6S	ТДЕ СО МЕЛАНХОЛИЧНИ СИМПТОМИ (А)	Сегашна (2 недели)	ДА НЕ	296.20-296.26 Единечна 296.30-296.36 Рекурентна	F32.x F33.x
niniB4S	ДИСТИМИЈА (В)	Сегашна (последните 2 год.)	ДА НЕ	300.4	F34.1
niniCS1	СУИЦИДАЛНОСТ (С)	Сегашна (последниот месец)	ДА НЕ		
niniCS2		Ризик: <input type="checkbox"/> низок <input type="checkbox"/> среден <input type="checkbox"/> висок			
niniD4bS	МАНИЧНА ЕПИЗОДА (D)	Сегашна Мината (последната година)	ДА НЕ ДА НЕ	296.00-296.06	F30.x-F31.9
niniD4aS	ХИПОМАНИЧНА ЕПИЗОДА (D)	Сегашна Мината (последната година)	ДА НЕ ДА НЕ	296.80-296.89	F31.8- F31.9/F34.0
niniE7S	ПАНИЧНО РАСТРОЈСТВО (Е)	Сегашно (последниот месец)	ДА НЕ	00.01/300.21	F40.01-F41.0
niniE5S		Долготрајно (последната година)	ДА НЕ		
niniFS3	АГОРАФОБИЈА (F)	Сегашна	ДА НЕ	300.22	F40.00
niniG4S	СОЦИЈАЛНА ФОБИЈА (G) (социјално анксиозно растројство)	Сегашна (последниот месец)	ДА НЕ	300.23	F40.1
niniH6	ОПСЕСИВНО-КОМПУЛСИВНО РАСТРОЈСТВО (H)	Сегашно (последниот месец)	ДА НЕ	300.3	F42.8
niniI6aS	ПОСТТРАУМАТСКО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО (I)	Сегашно (последниот месец)	ДА НЕ	309.81	F43.1
niniI6bS		Долготрајно (последната година)	ДА НЕ		
niniJ2S	ЗАВИСНОСТ ОД АЛКОХОЛ (J)	Последните 12 месеци	ДА НЕ	303.9	F10.2x
niniJ3S	ЗЛОУПОТРЕБА НА АЛКОХОЛ (J)	Последните 12 месеци	ДА НЕ	305.00	F10.1
niniK2S	ЗАВИСНОСТ ОД СУПСТАНЦИИ (неалкохолни) (K)	Последните 12 месеци	ДА НЕ	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
niniK3S	ЗЛОУПОТРЕБА НА СУПСТАНЦИИ (неалкохолни) (K)	Последните 12 месеци	ДА НЕ	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
niniL11bS	ПСИХОТИЧНИ РАСТРОЈСТВА (L)	Долготрајни (последната година)	ДА НЕ	295.10-295.90/297.1/ 297.3/293.81/293.82/ 293.89/298.8/298.9	F20.xx-F29
niniL12aS		Сегашни	ДА НЕ		
niniL14S	РАСТРОЈСТВО НА РАСПОЛОЖЕНИЕТО СО ПСИХОТИЧНИ СИМПТОМИ (L)	Долготрајно (последната година)	ДА НЕ	296.24/296.34/296.44	F32.3/F33.3/ F30.2/F31.2/F31.5/ F31.8/F31.9/F39
niniL13S		Сегашно	ДА НЕ	296.24/296.34/296.44	
niniO3S	ГЕНЕРАЛИЗИРАНО АНКСИОЗНО РАСТРОЈСТВО (O)	Сегашно (последните 6 месеци)	ДА НЕ	300.02	F41.1
niniR11s	СОМАТОФОРМНО РАСТРОЈСТВО (R)	Последната година	ДА НЕ		

	МОДУЛИ	ПЕРИОД -трета процена-	ЗАДОВОЛУВА КРИТЕРИУМИ		DSM - IV	ICD - 10
miniA3S	ТЕШКА ДЕПРЕСИВНА ЕПИЗОДА (А)	Сегашна (2 недели)	ДА	НЕ	296.20-296.26 Единечна	F32.x
miniA4bS		Рекурентна	ДА	НЕ	296.30-296.36 Рекурентна	F33.x
miniA6S	ТДЕ СО МЕЛАНХОЛИЧНИ СИМПТОМИ (А)	Сегашна (2 недели)	ДА	НЕ	296.20-296.26 Единечна 296.30-296.36 Рекурентна	F32.x F33.x
miniB4S	ДИСТИМИЈА (В)	Сегашна (последните 2 год.)	ДА	НЕ	300.4	F34.1
miniCS1	СУИЦИДАЛНОСТ (С)	Сегашна (последниот месец)	ДА	НЕ		
miniCS2		Ризик: <input type="checkbox"/> низок <input type="checkbox"/> среден <input type="checkbox"/> висок				
miniD4bS	МАНИЧНА ЕПИЗОДА (D)	Сегашна Мината (последни 4 години)	ДА ДА	НЕ НЕ	296.00-296.06	F30.x-F31.9
miniD4aS	ХИПОМАНИЧНА ЕПИЗОДА (D)	Сегашна Мината (последни 4 години)	ДА ДА	НЕ НЕ	296.80-296.89	F31.8- F31.9/F34.0
miniE7S	ПАНИЧНО РАСТРОЈСТВО (E)	Сегашно (последниот месец)	ДА	НЕ	00.01/300.21	F40.01-F41.0
miniE5S		Долготрајно (последни 4 години)	ДА	НЕ		
miniFS3	АГОРАФОБИЈА (F)	Сегашна	ДА	НЕ	300.22	F40.00
miniG4S	СОЦИЈАЛНА ФОБИЈА (G) (социјално анксиозно растројство)	Сегашна (последниот месец)	ДА	НЕ	300.23	F40.1
miniH6	ОПСЕСИВНО-КОМПУЛСИВНО РАСТРОЈСТВО (H)	Сегашно (последниот месец)	ДА	НЕ	300.3	F42.8
miniI6aS	ПОСТТРАУМАТСКО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО (I)	Сегашно (последниот месец)	ДА	НЕ	309.81	F43.1
miniI6bS		Долготрајно (последни 4 години)	ДА	НЕ		
miniJ2S	ЗАВИСНОСТ ОД АЛКОХОЛ (J)	Последните 12 месеци	ДА	НЕ	303.9	F10.2x
miniJ3S	ЗЛОУПОТРЕБА НА АЛКОХОЛ (J)	Последните 12 месеци	ДА	НЕ	305.00	F10.1
miniK2S	ЗАВИСНОСТ ОД СУПСТАНЦИИ (неалкохолни) (K)	Последните 12 месеци	ДА	НЕ	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
miniK3S	ЗЛОУПОТРЕБА НА СУПСТАНЦИИ (неалкохолни) (K)	Последните 12 месеци	ДА	НЕ	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
miniL11bS	ПСИХОТИЧНИ РАСТРОЈСТВА (L)	Долготрајни (последни 4 години)	ДА	НЕ	295.10-295.90/297.1/ 297.3/293.81/293.82/ 293.89/298.8/298.9	F20.xx-F29
miniL12aS		Сегашни	ДА	НЕ		
miniL14S	РАСТРОЈСТВО НА РАСПОЛОЖЕНИЕТО СО ПСИХОТИЧНИ СИМПТОМИ (L)	Долготрајно (последни 4 години)	ДА	НЕ	296.24/296.34/296.44	F32.3/F33.3/
miniL13S		Сегашно	ДА	НЕ	296.24/296.34/296.44	F30.2/F31.2/F31.5/ F31.8/F31.9/F39
miniO3S	ГЕНЕРАЛИЗИРАНО АНКСИОЗНО РАСТРОЈСТВО (O)	Сегашно (последните 6 месеци)	ДА	НЕ	300.02	F41.1
miniR11s	СОМАТОФОРМНО РАСТРОЈСТВО (R)	Последни четири години	ДА	НЕ		

А . ТЕШКА ДЕПРЕСИВНА ЕПИЗОДА

(➔ ЗНАЧИ: ЗАОКРУЖИ НЕ ВО СИТЕ ДИЈАГНОСТИЧКИ ПОЛИЊА И ПРЕМИНИ НА СЛЕДНИОТ МОДУЛ)

miniA1.	A1	Дали во последните две седмици речиси секојдневно бевте постојано депресивно расположен или потиштен?	НЕ	ДА
miniA2	A2	Дали во последните две седмици бевте помалку заинтересиран за повеќето работи или не можевте да уживате во работите во кои обично порано уживавте?	НЕ	ДА
miniAS1.		ДАЛИ A1 ИЛИ A2 СЕ КОДИРАНИ СО ДА?	➔ НЕ	ДА

A3 Во последните две седмици, кога се чувствувавте депресивно расположен или незаинтересиран:

miniA3a.	a.	Дали речиси секој ден ви беше намален или зголемен апетитот? Дали ви се намали или зголеми телесната тежина без да се обидувате намерно да го постигнете тоа? (на пр. зголемување/намалување телесна тежина $\pm 5\%$ или $\pm 3,5$ кг за време на еден месец, кај лице со 70 кг телесна тежина)? АКО СЕ ОДГОВОРИ СО ДА НА ЕДНО ОД ПРАШАЊАТА, ЗАОКРУЖИ ДА	НЕ	ДА*
miniA3b.	b.	Дали речиси секоја ноќ имавте проблеми со спиењето (тешко заспивање, будење среде ноќ, будење рано наутро или претерано долго спиење)?	НЕ	ДА
miniA3c.	c.	Дали речиси секој ден зборувавте или се движевте побавно од вообичаено; или, пак, бевте премногу раздвижен, немирн и не можевте да седите мирно на едно место?	НЕ	ДА*
miniA3d.	d.	Дали речиси секој ден се чувствувавте заморен или немавте енергија?	НЕ	ДА
miniA3e.	e.	Дали речиси секој ден се чувствувавте безвреден или имавте чувство на вина?	НЕ	ДА
miniA3f.	f.	Дали речиси секој ден имавте проблеми со концентрацијата или тешко донесувавте одлуки?	НЕ	ДА
miniA3g.	g.	Дали често помислувавте да се повредите себеси, или имавте чувство дека би можеле да се самоубиете, или посакувавте да сте мртви?	НЕ	ДА
miniA3S.		ДАЛИ 5 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ (A1 - A3) СЕ КОДИРАНИ СО ДА?	НЕ	ДА*

**ТЕШКА ДЕПРЕСИВНА
ЕПИЗОДА, СЕГАШНА**

АКО ИСПИТАНИКОТ ИМА СЕГАШНА ТЕШКА ДЕПРЕСИВНА ЕПИЗОДА,
ПРОДОЛЖИ СО А4, ВО СПРОТИВНО ПРЕМИНИ НА МОДУЛОТ В:

miniA4a.	A4	a. Дали во вашиот живот сте имале и други периоди што траеле две или повеќе седмици кога сте се чувствувале депресивен или незаинтересиран за повеќето работи, и сте ги имале повеќето проблеми за кои досега зборувавме?	НЕ	ДА
miniA4bS.		b. Дали некогаш ви се случило меѓу 2 депресивни епизоди да имате период од најмалку 2 месеца без депресија и без да изгубите интересирање за повеќето работи?	➔ НЕ	ДА

**ТЕШКА ДЕПРЕСИВНА
ЕПИЗОДА, РЕКУРЕНТНА**

* Ако испитаникот има тешка депресивна епизода, сегашна, заокружи ДА на соодветните прашања на следната страница.

ТЕШКА ДЕПРЕСИВНА ЕПИЗОДА СО МЕЛАНХОЛИЧНИ СИМПТОМИ (опциски)

(➔ ЗНАЧИ: ЗАОКРУЖИ НЕ ВО ДИЈАГНОСТИЧКОТО ПОЛЕ И ПРЕМИНИ НА СЛЕДНИОТ МОДУЛ)

АКО ИСПИТАНИКОТ ГИ ЗАДОВОЛУВА КРИТЕРИУМИТЕ ЗА ТЕШКА ДЕПРЕСИВНА ЕПИЗОДА, СЕГАШНА (А3=ДА), ПОСТАВИ ГИ СЛЕДНИВЕ ПРАШАЊА:

miniA5a.	A5 a.	Дали за време на најтешкиот период на сегашната депресивна епизода речиси целосно изгубивте способност да уживате во најголем дел од работите?	НЕ	ДА
miniA5b.	b.	Дали за време на најтешкиот период на сегашната депресивна епизода ја изгубивте способноста за реагирање на работите што претходно ви причинувале задоволство или ве орасположувале? АКО ОДГОВОРОТ Е НЕ: Дали барем привремено се орасположувате кога ќе ви се случи нешто добро?	НЕ	ДА
miniA5S.		ДАЛИ А5а ИЛИ А5b СЕ КОДИРАНИ СО ДА?	➔ НЕ	ДА

A6 Во последните две седмици, кога се чувствувавте депресивно расположен или незаинтересиран:

miniA6a.	a.	Дали чувството на депресивност беше различно од чувството што го имате кога ќе ви почине некој близок?	НЕ	ДА
miniA6b.	b.	Дали речиси секој ден обично наутро се чувствувавте полошо?	НЕ	ДА
miniA6c.	c.	Дали речиси секој ден се будевте барем 2 часа порано од вообичаено и потоа тешко заспивавте?	НЕ	ДА
miniA6d.	d.	ДАЛИ Е КОДИРАНО А3с СО ДА (ПСИХОМОТОРНА ЗАБАВЕНОСТ ИЛИ ВОЗНЕМИРЕНОСТ)	НЕ	ДА
miniA6e.	e.	ДАЛИ Е КОДИРАНО А3а СО ДА ЗА АНОРЕКСИЈА ИЛИ ЗА ГУБЕЊЕ ТЕЛЕСНА ТЕЖИНА?	НЕ	ДА
miniA6f.	f.	Дали имавте чувство на преголема вина или, пак, се обвинувавте себеси повеќе отколку што налагала ситуацијата?	НЕ	ДА
miniA6S.		ДАЛИ 3 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ НА А6 СЕ КОДИРАНИ СО ДА?		

НЕ ДА

**Тешка депресивна
епизода со
меланхолични
симптоми,
СЕГАШНА**

В. ДИСТИМИЈА

(➔ ЗНАЧИ: ЗАОКРУЖИ НЕ ВО ДИЈАГНОСТИЧКОТО ПОЛЕ И ПРЕМИНИ НА СЛЕДНИОТ МОДУЛ)

АКО СИМПТОМИТЕ НА ИСПИТАНИКОТ ГИ ЗАДОВОЛУВААТ КРИТЕРИУМИТЕ ЗА ТЕШКА ДЕПРЕСИВНА ЕПИЗОДА, ПРЕСКОКНИ ГО ОВОЈ МОДУЛ.

miniB1.	В1	Дали во последните две години, во поголемиот дел од времето, се чувствувавте тажен, потиштен или депресивен?	➔ НЕ	ДА
miniB2.	В2	Дали во тој период се има случено барем два или повеќе месеци да се чувствуваат навистина добро?	НЕ	➔ ДА
	В3	За време на овој период, кога во поголемиот дел од времето бевте депресивно расположен:		
miniB3a.	a.	Дали значајно ви се промени апетитот?	НЕ	ДА
miniB3b.	b.	Дали имавте проблеми со спиењето или, пак, спиевте премногу долго?	НЕ	ДА
miniB3c.	c.	Дали се чувствувавте заморен или немавте енергија?	НЕ	ДА
miniB3d.	d.	Дали ја изгубивте самодовербата?	НЕ	ДА
miniB3e.	e.	Дали имавте проблеми со концентрацијата или со донесувањето одлуки?	НЕ	ДА
miniB3f.	f.	Дали се чувствувавте безнадежно?	НЕ	ДА
miniB3x.		ДАЛИ 2 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ НА В3 СЕ КОДИРАНИ СО ДА?	➔ НЕ	ДА
miniB4S.	В4	Дали овие проблеми многу ве вознемируваа или ви ја намалија способноста за работа, за комуникација со другите луѓе или, пак, ви попречуваа на некаков друг начин?	НЕ	ДА

НЕ	ДА
ДИСТИМИЈА СЕГАШНА	

С. СУИЦИДАЛНОСТ

Дали во последниот месец:

					Поени
miniC1.	C1	Помислуваате дека е подобро да сте мртви или посакувате да сте мртви?	НЕ	ДА	1
miniC2.	C2	Сакавте да се повредите себеси?	НЕ	ДА	2
miniC3.	C3	Размислуваате за самоубиство?	НЕ	ДА	6
miniC4.	C4	Направивте план за самоубиство?	НЕ	ДА	10
miniC5.	C5	Се обидовте да се самоубиете?	НЕ	ДА	10

Дали некогаш во животот:

miniC6.	C6	Сте се обиделе да се самоубиете?	НЕ	ДА	4
---------	----	----------------------------------	----	----	---

miniCS1. ДАЛИ НАЈМАЛКУ 1 ОДГОВОР Е КОДИРАН СО **ДА**?

miniCS2. АКО Е КОДИРАН СО **ДА**, СОБЕРИ ГО ВКУПНИОТ БРОЈ ПОЕНИ ЗА ОДГОВОРИТЕ (C1-C6) КОДИРАНИ СО **ДА** И ОЗНАЧИ ГО НИВОТО НА РИЗИК ЗА САМОУБИСТВО НА СЛЕДНИОВ НАЧИН:

НЕ	ДА
РИЗИК ЗА САМОУБИСТВО СЕГАШЕН	
1-5 поени	низок <input type="checkbox"/>
6-9 поени	среден <input type="checkbox"/>
≥ 10 поени	висок <input type="checkbox"/>

D. (ХИПО)МАНИЧНА ЕПИЗОДА

(→ ЗНАЧИ: ЗАОКРУЖИ НЕ ВО СИТЕ ДИЈАГНОСТИЧКИ ПОЛИЊА И ПРЕМИНИ НА СЛЕДНИОТ МОДУЛ)

miniD1a.	D1 a.	Дали некогаш во вашиот живот имало период кога сте се чувствувале премногу "еуфорично" расположен, преполн со енергија или толку сигурен во себе што тоа довело да западнете во неволја или, пак, другите луѓе да помислат дека невообичаено се однесувате? (Не земајте ги предвид случаите кога сте биле под дејство на алкохол или дрога.)	НЕ	ДА
		АКО НА ИСПИТАНИКОТ НЕ МУ Е ЈАСНО ШТО ЗНАЧИ 'ЕУФОРИЧНО' РАСПОЛОЖЕНИЕ, ОБЈАСНЕТЕ МУ ГО ТОА НА СЛЕДНИОВ НАЧИН: 'Еуфорично' расположение значи: да се биде претерано добро расположен; да се има вишок енергија, намалена потреба од спиење, брзи мисли, наплив на идеи, зголемена продуктивност, мотивација и креативност или, пак, да се однесуваш импулсивно/неконтролирано.		
		АКО ОДГОВОРОТ Е НЕ, ЗАОКРУЖИ НЕ НА D1b: АКО ОДГОВОРОТ Е ДА, ПРАШАЈ:		
miniD1b.	b.	Дали моментално се чувствувате 'еуфорично' расположен или имате чувство дека сте преполн со енергија?	НЕ	ДА
miniD2a.	D2 a.	Дали некогаш ви се случило, во текот на неколку дена, да бидете постојано раздразлив поради што сте влегувале во расправи или физички пресметки или, пак, сте се развивувале на лица кои не се членови на вашето семејство? Дали вие самите или другите околу вас забележале дека сте биле пораздразлив или дека претерано сте реагирале во споредба со другите луѓе, дури и во ситуации кога сте сметале дека вашите реакции биле оправдани?	НЕ	ДА
		АКО ОДГОВОРОТ Е НЕ, ЗАОКРУЖИ НЕ НА D2b: АКО ОДГОВОРОТ Е ДА ПРАШАЈ:		
miniD2b.	b.	Дали во моментот чувствувате дека сте постојано раздразлив?	НЕ	ДА
miniDS1.		ДАЛИ D1a или D2a Е КОДИРАНО СО ДА?	→ НЕ	ДА
	D3	Ако е D1b или D2b = ДА: ИСПИТАЈ ЈА САМО СЕГАШНАТА ЕПИЗОДА, НО Ако е D1b и D2b = НЕ: ИСПИТАЈ ЈА ОНАА МИНАТА ЕПИЗОДА ШТО ИМА НАЈМНОГУ ИСТАКНАТИ СИМПТОМИ		
		Во периодите кога сте биле еуфорично расположен, преполн со енергија или раздразлив дали:		
miniD3a.	a.	Чувствувавте дека можете да направите нешто што другите не можат да направат или дека сте многу важна личност?	НЕ	ДА
miniD3b.	b.	Имавте потреба малку да спиеете (на пример, се чувствувавте одморен и само по неколку часа спиење)?	НЕ	ДА
miniD3c.	c.	Зборувавте премногу, без прекин или, пак, зборувавте толку брзо што другите тешко ве разбираа?	НЕ	ДА
miniD3d.	d.	Имавте брзи мисли кои постојано ви надоаѓаа?	НЕ	ДА
miniD3e.	e.	Премногу лесно се деконцентриравте така што дури и најмала ситница ви го одземаше вниманието?	НЕ	ДА
miniD3f.	f.	Бевте премногу активен или раздвижен поради што другите се загрижија за вас?	НЕ	ДА

miniD3g. g. Сакавте премногу да се впуштате во активности што ви причинуваат задоволство без да водите сметка за ризикот или последиците од нив (на пример, неконтролирано трошење пари, опасно возење или сексуална непромисленост)? НЕ ДА

miniD3x. ДАЛИ 3 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ НА D3 СЕ КОДИРАНИ СО ДА [ИЛИ 4 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ ВО СЛУЧАЈОТ КОГА D1a Е КОДИРАНО СО НЕ (ПРИ ПРОЦЕНАТА НА МИНАТАТА ЕПИЗОДА) ИЛИ ВО СЛУЧАЈОТ КОГА D1b Е КОДИРАНО СО НЕ (ПРИ ПРОЦЕНАТА НА СЕГАШНАТА ЕПИЗОДА)]? НЕ ДА

miniD4. D4 Дали овие симптоми траеле најмалку една седмица и дали ви предизвикале значајни проблеми дома, на работа, во односите со другите, или на училиште/факултет; или поради тие проблеми сте биле сместени во болница? НЕ ДА

ИСПИТУВАНАТА ЕПИЗОДА БЕШЕ:

↓ ↓

 ХИПОМАНИЧНА МАНИЧНА
 ЕПИЗОДА ЕПИЗОДА

miniD4aS. ДАЛИ D4 Е КОДИРАНО СО НЕ?

 ОЗНАЧИ ДАЛИ ЕПИЗОДАТА Е СЕГАШНА ИЛИ МИНАТА.

НЕ	ДА
ХИПОМАНИЧНА ЕПИЗОДА	
СЕГАШНА	<input type="checkbox"/>
МИНАТА	<input type="checkbox"/>

miniD4bS. ДАЛИ D4 Е КОДИРАНО СО ДА?

 ОЗНАЧИ ДАЛИ ЕПИЗОДАТА Е СЕГАШНА ИЛИ МИНАТА.

НЕ	ДА
МАНИЧНА ЕПИЗОДА	
СЕГАШНА	<input type="checkbox"/>
МИНАТА	<input type="checkbox"/>

E. ПАНИЧНО РАСТРОЈСТВО

(➔ ЗНАЧИ: ЗАОКРУЖИ НЕ НА E5, E6 И E7 И ПРЕМИНИ НА F1)

miniE1a.	E1 a.	Дали ви се случило повеќепати да имате напади/напливи на ненадејно чувство на анксиозност (вознемиреност, загриженост), страв или непријатност, дури и во ситуации во кои повеќето луѓе не би се чувствувале така?	➔ НЕ	ДА
miniE1b.	b.	Дали таквите напади станувале најсилни (кулминирале) во првите 10 минути?	➔ НЕ	ДА
miniE2.	E2	Дали некогаш се случило нападите да се јават ненадејно , непредвидливо и без никаква причина?	➔ НЕ	ДА
miniE3.	E3	Дали некогаш кога сте имале таков напад, следувал едномесечен или подолг период во кој сте биле постојано загрижен дека повторно ќе имате таков напад или, пак, сте биле загрижен за последиците од нападот?	НЕ	ДА
	E4	Во текот на најтешкиот напад на кој се сеќавате, дали:		
miniE4a.	a.	Срцето ви чукаше брзо и силно или ви прескокнуваше?	НЕ	ДА
miniE4b.	b.	Дланките ви се потеа или ви беа ладни и влажни?	НЕ	ДА
miniE4c.	c.	Треперевте или се тресевте?	НЕ	ДА
miniE4d.	d.	Дишевте брзо или тешко?	НЕ	ДА
miniE4e.	e.	Имавте чувство дека се задушувате или дека имате грутка во грлото?	НЕ	ДА
miniE4f.	f.	Чувствувавте болка, притисок или непријатност во градите?	НЕ	ДА
miniE4g.	g.	Имавте мачнина, стомачни тегоби или пролив?	НЕ	ДА
miniE4h.	h.	Имавте вртоглавица, нестабилен од, зашеметеност или несвестица?	НЕ	ДА
miniE4i.	i.	Нештата околу вас ви изгледаа чудни, нереални, далечни или непознати или, пак, имавте чувство како да сте надвор или одвоени од некои делови од телото или од целото тело?	НЕ	ДА
miniE4j.	j.	Се исплашивте дека губите контрола или дека полудувате?	НЕ	ДА
miniE4k.	k.	Се исплашивте дека умираете?	НЕ	ДА
miniE4l.	l.	Чувствувавте пецкање или трпнење во некои делови од телото?	НЕ	ДА
miniE4m.	m.	Ве облеваше топлина или студенило?	НЕ	ДА
miniE5S.	E5	ДАЛИ E3 И 4 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ НА E4 СЕ КОДИРАНИ СО ДА? АКО E5 Е КОДИРАНО СО ДА, ПРЕМИНИ НА E7.	НЕ	ДА <i>ПАНИЧНО РАСТРОЈСТ. ДОЛГОТРАЈ.</i>
miniE6S.	E6	АКО E E5=НЕ, ДАЛИ НЕКОЈ ОД ОДГОВОРИТЕ НА E4 Е КОДИРАН СО ДА? АКО Е КОДИРАН СО ДА, ПРЕМИНИ НА F1	НЕ	ДА <i>НАПАДИ СС ОГРАНИЧЕН СИМПТОМИ ДОЛГОТРАЈ</i>
miniE7S	E7	Дали ваквите напади во последниот месец се повторувале (двапати или повеќепати) по што сте биле постојано загрижен дека повторно ќе се јават?	НЕ	ДА <i>ПАНИЧНО РАСТРОЈСТЕ СЕГАШНО</i>

F. АГОРАФОБИЈА

miniF1. F1 Дали се чувствувате анксиозно (загрижено, вознемирено) или непријатно НЕ ДА
 на местата или ситуациите во кои може да имате напад на паника или
 појава на некои симптоми на напад на паника како оние за кои разговаравме
 пред малку; или на места каде што не би можело да ви се помогне
 или од кои тешко може да се побегне, на пример: кога сте на место каде
 што има многу луѓе; кога чекате во ред; кога сте сами далеку од дома или,
 пак, кога сте сами дома; кога поминувате преку мост; кога се возите со
 автобус, воз или автомобил?

АКО Е F1=НЕ, ЗАОКРУЖИ НЕ НА F2

miniF2. F2 Дали се плашите од вакви ситуации толку многу што морате да ги НЕ ДА
 избегнувате, или кога се соочувате со нив, се измачувате или АГОРАФОБИ
 имате потреба да бидете придружуван од некого? СЕГАШНА

miniFS1. ДАЛИ F2 (СЕГАШНА АГОРАФОБИЈА) Е КОДИРАНО СО НЕ
 и
 ДАЛИ E7 (СЕГАШНО ПАНИЧНО РАСТРОЈСТВО) Е КОДИРАНО
 СО ДА?

НЕ	ДА
ПАНИЧНО РАСТРОЈСТВО без агорафобија СЕГАШНО	

miniFS2. ДАЛИ F2 (СЕГАШНА АГОРАФОБИЈА) Е КОДИРАНО СО ДА
 и
 ДАЛИ E7 (СЕГАШНО ПАНИЧНО РАСТРОЈСТВО) Е КОДИРАНО
 СО ДА?

НЕ	ДА
ПАНИЧНО РАСТРОЈСТВО со агорафобија СЕГАШНО	

miniFS3 ДАЛИ F2 (СЕГАШНА АГОРАФОБИЈА) Е КОДИРАНО СО ДА
 и
 ДАЛИ E5 (ПАНИЧНО РАСТРОЈСТВО ДОЛГОТРАЈНО) Е
 КОДИРАНО СО НЕ?

НЕ	ДА
АГОРАФОБИЈА СЕГАШНА без историја на панично растројство	

G. СОЦИЈАЛНА ФОБИЈА (Социјално анксиозно растројство)

(→ ЗНАЧИ: ЗАОКРУЖИ НЕ ВО ДИЈАГНОСТИЧКОТО ПОЛЕ И ПРЕМИНИ НА СЛЕДНИОТ МОДУЛ)

miniG1.	G1	Дали во последниот месец се плашевте или ви беше непријатно кога некој ве гледаше, или кога бевте во центар на внимание или, пак, се плашевте дека ќе бидете понижен? Тоа, на пример, се однесува на ситуации како што се говорење пред други, јадење пред други или со други, пишување додека ве гледаат други, или дружење со други.	→ НЕ	ДА
---------	----	--	---------	----

miniG2.	G2	Дали ви се чини дека овој страв е претеран или неразумен?	→ НЕ	ДА
---------	----	---	---------	----

miniG3.	G3	Дали се плашите од овие ситуации толку многу што морате да ги избегнувате или да се измачувате кога се наоѓате во нив?	→ НЕ	ДА
---------	----	--	---------	----

miniG4S.	G4	Дали овој страв ви попречува во работењето или во односите со другите или, пак, премногу ве вознемирува?		
----------	----	--	--	--

НЕ	ДА
СОЦИЈАЛНА ФОБИЈА	
<i>(Социјално анксиозно растројство)</i>	
СЕГАШНА	

Н. ОПСЕССИВНО-КОМПУЛСИВНО РАСТРОЈСТВО

(→ значи: заокружи НЕ во дијагностичкото поле и премини на следниот модул)

miniH1.	H1	<p>Дали во последниот месец ве измачуваа или вознемируваа мисли, нагони или слики што се повторуваа и беа несакани, несоодветни, непристојни или наметливи? (На пример, мисли дека сте валкан, загаден или заразен со бактерии; страв дека ќе заразите друг; страв дека ќе повредите некого, дури и без да го сакате тоа; страв дека ќе се однесувате импулсивно/неконтролирано; страв или суеверие дека вие сте одговорен за нешто што тргнало на лошо; опседнатост со сексуални мисли, слики или нагони; опседнатост со собирање и натрупување предмети; опседнатост со религиозни мисли.)</p> <p>(ОВА НЕ СЕ ОДНЕСУВА НА ПРЕТЕРАНА ЗАГРИЖЕНОСТ ЗА РЕАЛНИ ЖИВОТНИ ПРОБЛЕМИ; НА ОПСЕСИИ ШТО СЕ НЕПОСРЕДНО ПОВРЗАНИ СО РАСТРОЈСТВА ВО ИСХРАНАТА, СЕКСУАЛНИ ДЕВИЈАЦИИ, ПАТОЛОШКО КОЦКАЊЕ ИЛИ ЗАВИСНОСТ ОД АЛКОХОЛ ИЛИ ДРОГА, ЗАТОА ШТО АКТИВНОСТА НА ИСПИТАНИКОТ МОЖЕ ДА МУ ПРИЧИНУВА ЗАДОВОЛСТВО И ТОЈ ДА САКА ДА СЕ "ОСЛОБОДИ" ОД НЕА САМО ПОРАДИ НЕГАТИВНИТЕ ПОСЛЕДИЦИ.)</p>	НЕ	ДА
			↓	премине на H4
miniH2.	H2	Дали тие мисли постојано ви се враќаа дури и кога се обидувавте да ги игнорирате или да се ослободите од нив?	НЕ	ДА
			↓	премине на H4
miniH3.	H3	Дали сметате дека овие мисли доаѓаат од вашиот ум, а не дека ви се наметнуваат однадвор?	НЕ	ДА
				опсесии
miniH4.	H4	Дали во последниот месец ви се случуваше непрекинато да повторувате некоја активност без да можете да го контролирате тоа? Тоа може да бидат активности, како што се на пример, претерано миеење или чистење; непрекинато пребројување или проверување на работите; или повторување исти активности; собирање, средување предмети; или, пак, правење други суеверни ритуали?	НЕ	ДА
				компулсии
miniH4x.		ДАЛИ H3 ИЛИ H4 СЕ КОДИРАНИ СО ДА?	→	НЕ
				ДА
miniH5.	H5	Дали ви се чини дека присилните мисли или присилните активности беа претерани или неразумни?	→	НЕ
				ДА
miniH6S.	H6	Дали овие присилни мисли или присилни активности значајно ви попречуваа во вашето вообичаено функционирање дома, на работа, во односите со другите, или дали тие траеја повеќе од еден час дневно?		

НЕ ДА

ОПСЕССИВНО-КОМПУЛСИВНО РАСТРОЈСТВО, СЕГАШНО

I. ПОСТТРАУМАТСКО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО (опциски)

(➔ ЗНАЧИ: ЗАОКРУЖИ НЕ ВО ДИЈАГНОСТИЧКОТО ПОЛЕ И ПРЕМИНИ НА СЛЕДНИОТ МОДУЛ)

miniI1.	I1	Дали некогаш сте доживеале или сте биле сведок или сте морале да се соочите со некој екстремно трауматски настан/настани што вклучувал смрт или закана за животот или сериозна повреда на вас или на некој друг? ПРИМЕРИ ЗА ТРАУМАТСКИ НАСТАНИ СЕ: СЕРИОЗНИ НЕСРЕКИ, СЕКСУАЛЕН ИЛИ ФИЗИЧКИ НАПАД, ТЕРОРИСТИЧКИ НАПАД, ЗАЛОЖНИШТВО, КИДНАПИРАЊЕ, ПОЖАР, ОТКРИВАЊЕ ТРУП, НЕОЧЕКУВАНА СМРТ НА НЕКОЈ БЛИЗОК, ВОЈНА ИЛИ ПРИРОДНА КАТАСТРОФА.	➔ НЕ	ДА
miniI2.	I2	Дали на настанот реагиравте со силен страв, со чувство на беспомошност или со ужасеност?	➔ НЕ	ДА
miniI3a.	I3 a.	Дали во текот на последниот месец повторно го преживувате настанот со вознемиреност (на пример, го сонувате, имавте силни сеќавања, брзи навраќања на слики од настанот/флешбекови или телесни реакции)? АКО I3a Е КОДИРАНО СО НЕ, ПРАШАЈ:	НЕ ↓	ДА
miniI3b.	I3 b.	Дали некогаш по доживувањето на настанот имало период од најмалку еден месец кога повторно сте го преживувале настанот со вознемиреност (на пример, го сонувате, имавте силни сеќавања, брзи навраќања на слики од настанот/флешбекови или телесни реакции)?	➔ НЕ	ДА
miniI3S.		ДАЛИ I3a ИЛИ I3b Е КОДИРАНО СО ДА?	➔ НЕ	ДА

I4 АКО Е I3a=ДА: ИСПИТАЈ ЈА СЕГАШНАТА СИМПТОМАТОЛОГИЈА НА ПТСР. АКО СЕГА НЕМА СИМПТОМИ, ИСПИТАЈ ЈА МИНАТАТА СИМПТОМАТОЛОГИЈА.
АКО, ПАК, Е I3a=НЕ И I3b=ДА: ИСПИТАЈ ЈА САМО МИНАТАТА СИМПТОМАТОЛОГИЈА.

Дали во последниот месец / Дали по настанот:

miniI4ac	a.	Избегнувавте да размислувате или да зборувате за настанот?	НЕ ↓	ДА
miniI4ap.		ВО МИНАТОТО	НЕ	ДА
miniI4bc.	b.	Избегнувавте активности, места или луѓе што ве потсетуваа на настанот?	НЕ ↓	ДА
miniI4bp.		ВО МИНАТОТО	НЕ	ДА
miniI4cc.	c.	Имавте проблеми да се сетите на некој важен дел од она што се случило?	НЕ ↓	ДА
miniI4cp.		ВО МИНАТОТО	НЕ	ДА
miniI4dc.	d.	Бевте многу малку заинтересиран за слободни или социјални активности?	НЕ ↓	ДА
miniI4dp.		ВО МИНАТОТО	НЕ	ДА
miniI4ec.	e.	Се чувствувавте изолирано или отуѓено од другите?	НЕ ↓	ДА
miniI4ep.		ВО МИНАТОТО	НЕ	ДА
miniI4fc.	f.	Забележавте дека ви се отапени чувствата?	НЕ ↓	ДА
miniI4fp.		ВО МИНАТОТО	НЕ	ДА

miniI4gc.	g. Почувствувајте дека животот ќе ви се скрати или дека побрзо ќе умрете од другите?	НЕ	ДА	
miniI4gp.	<i>ВО МИНАТОТО</i>	↓	НЕ	ДА
miniI4xc.	ДАЛИ 3 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ НА 14 ЗА ПОСЛЕДНИОТ МЕСЕЦ СЕ КОДИРАНИ СО ДА ?	НЕ	ДА	
miniI4xp.	ДАЛИ 3 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ НА 14 ЗА ПОСЛЕДНИОТ МЕСЕЦ ИЛИ ЗА ПЕРИОДОТ ПО НАСТАНОТ СЕ КОДИРАНИ СО ДА ? (СЕГАШНАТА СИМПТОМАТОЛОГИЈА ПРЕТПОСТАВУВА ПОСТОЕЊЕ НА МИНАТА СИМПТОМАТОЛОГИЈА)	↓	НЕ	ДА
I5 Дали во последниот месец / Дали по настанот:				
miniI5ac.	a. Имавте тешкотии со спиењето?	НЕ	ДА	
miniI5ap.	<i>ВО МИНАТОТО</i>	↓	НЕ	ДА
miniI5bc.	b. Бевте многу лесно раздразлив или имавте изливи на лутина?	НЕ	ДА	
miniI5bp.	<i>ВО МИНАТОТО</i>	↓	НЕ	ДА
miniI5cc.	c. Имавте проблеми со концентрацијата?	НЕ	ДА	
miniI5cp.	<i>ВО МИНАТОТО</i>	↓	НЕ	ДА
miniI5dc.	d. Бевте напнат или постојано претпазлив?	НЕ	ДА	
miniI5dp.	<i>ВО МИНАТОТО</i>	↓	НЕ	ДА
miniI5ec.	e. Лесно се штрекнувајте на ненадејни звуци?	НЕ	ДА	
miniI5ep.	<i>ВО МИНАТОТО</i>	↓	НЕ	ДА
miniI5xc.	ДАЛИ 2 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ НА 15 ЗА ПОСЛЕДНИОТ МЕСЕЦ СЕ КОДИРАНИ СО ДА ?	НЕ	ДА	
miniI5xp.	ДАЛИ 2 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ НА 15 ЗА ПОСЛЕДНИОТ МЕСЕЦ ИЛИ ЗА ПЕРИОДОТ ПО НАСТАНОТ СЕ КОДИРАНИ СО ДА ? (СЕГАШНАТА СИМПТОМАТОЛОГИЈА ПРЕТПОСТАВУВА ПОСТОЕЊЕ НА МИНАТА СИМПТОМАТОЛОГИЈА)	↓	НЕ	ДА

АКО I3a Е КОДИРАНО СО **НЕ**, КОДИРАЈ ГО И I6a СО **НЕ**:
АКО I3a Е КОДИРАНО СО **ДА**, И АКО 2 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ
НА 15 ЗА ПОСЛЕДНИОТ МЕСЕЦ СЕ КОДИРАНИ СО **ДА**, ПРАШАЈ:

miniI6aS. I6 a. Дали во последниот месец овие проблеми значајно ви попречуваа во работата или во односите со другите луѓе или, пак, премногу ве вознемируваа?

НЕ	ДА
ПОСТТРАУМАТСКО СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО, СЕГАШНО	

АКО I3b Е КОДИРАНО СО **НЕ**, КОДИРАЈ ГО И I6b СО **НЕ**:
АКО I3b Е КОДИРАНО СО **ДА**, И АКО 2 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ
НА 15 ЗА ПЕРИОДОТ ПО НАСТАНОТ СЕ КОДИРАНИ СО **ДА**, ПРАШАЈ:

miniI6bS. I6 b. Дали во периодот по настанот овие проблеми значајно ви попречуваа во работата или во односите со другите луѓе или, пак, премногу ве вознемируваа?

НЕ	ДА
ПОСТТРАУМАТСКО О СТРЕСНО РАСТРОЈСТВО, ДОЛГОТРАЈНО	

Ј. ЗЛОУПОТРЕБА И ЗАВИСНОСТ ОД АЛКОХОЛ

(⇒ ЗНАЧИ: ЗАОКРУЖИ НЕ ВО ДВЕТЕ ДИЈАГНОСТИЧКИ ПОЛИЊА И ПРЕМИНИ НА СЛЕДНИОТ МОДУЛ)

miniJ1.	J1	Дали во последните 12 месеци сте испиле три или повеќе чаши алкохолен пијалак за време од 3 часа во три или повеќе пригоди?	НЕ	ДА
---------	----	---	----	----

	J2	Во последните 12 месеци:		
miniJ2a.	a.	Дали моравте да пиете повеќе за да го постигнете истиот ефект како во времето кога почнавте да пиете?	НЕ	ДА
miniJ2b.	b.	Дали кога пиевте помалку од вообичаено ви се тресеа рацете, се потевте или бевте вознемирен? Дали пиевте за да ги избегнете овие симптоми или за да избегнете мамурлак? АКО Е ОДГОВОРЕНО СО ДА НА ЕДНО ОД ПРАШАЊАТА, ЗАОКРУЖИ ДА	НЕ	ДА
miniJ2c.	c.	Дали кога пиевте алкохол, ви се случуваше да испиете повеќе отколку што планиравте да испиете?	НЕ	ДА
miniJ2d.	d.	Дали сте се обиделе да го намалите пиењето или да се откажете од него, но не сте успеале во тоа?	НЕ	ДА
miniJ2e.	e.	Дали во деновите кога пиевте, поминувавте многу време во набавка на алкохол и пиене или, пак, во закрепнување од последиците од пиењето?	НЕ	ДА
miniJ2f.	f.	Дали поради пиењето помалку работевте, помалку време посветувавте на слободни активности или на дружење?	НЕ	ДА
miniJ2g.	g.	Дали продолживте да пиете иако знаевте дека пиењето ви предизвикува здравствени или психички проблеми?	НЕ	ДА
miniJ2S.		ДАЛИ 3 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ НА J2 СЕ КОДИРАНИ СО ДА?	НЕ	ДА*

*АКО СЕ КОДИРАНИ СО ДА, ПРЕСКОКНИ ГИ ПРАШАЊАТА J3, ЗАОКРУЖИ ГО НП (НЕ Е ПРИМЕНЛИВО) ВО ПОЛЕТО ЗА ЗЛОУПОТРЕБА НА АЛКОХОЛ И ПРЕМИНИ НА СЛЕДНОТО РАСТРОЈСТВО. ЗАВИСНОСТА ВКЛУЧУВА ЗЛОУПОТРЕБА.

**ЗАВИСНОСТ ОД АЛКОХОЛ,
СЕГАШНА**

	J3	Во последните 12 месеци:		
miniJ3a.	a.	Дали сте биле повеќе од еднаш пијан, поднапиен или мамурен од пиене во случаи кога сте имале обврски на училиште/факултет, на работа или дома? Дали тоа ви предизвикало некакви проблеми? (ЗАОКРУЖИ ДА САМО АКО ПИЕЊЕТО ПРЕДИЗВИКАЛО ПРОБЛЕМИ)	НЕ	ДА
miniJ3b.	b.	Дали сте биле пијан повеќе од еднаш во ситуации кои биле физички опасни за вас, на пример, кога сте возеле автомобил, мотор, чамец; кога сте управувале со некоја машина итн?	НЕ	ДА
miniJ3c.	c.	Дали поради пиењето, повеќе од еднаш, сте имале проблеми со законот, на пример, сте биле приведен/апсен или сте го нарушувале јавниот ред и мир?	НЕ	ДА
miniJ3d.	d.	Дали продолживте да пиете иако пиењето ви предизвикуваше проблеми со семејството или со другите луѓе?	НЕ	ДА
miniJ3S.		ДАЛИ 1 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ НА J3 СЕ КОДИРАНИ СО ДА?	НЕ	НП ДА

**ЗЛОУПОТРЕБА
НА АЛКОХОЛ,
СЕГАШНА**

К. РАСТРОЈСТВА ПРЕДИЗВИКАНИ ОД УПОТРЕБА НА НЕАЛКОХОЛНИ ПСИХОАКТИВНИ СУПСТАНЦИИ

(⇒ ЗНАЧИ: ЗАОКРУЖИ НЕ ВО СИТЕ ДИЈАГНОСТИЧКИ ПОЛИЊА И ПРЕМИНИ НА СЛЕДНИОТ МОДУЛ)

Сега ќе ви покажам/прочитам список на лекови и дроги.

miniK1a. К1 а. Дали во последните 12 месеци, повеќе од еднаш, сте користеле некој од овие лекови или дроги за да бидете еуфорично ("хај") расположен, за да се чувствувате подобро или за да го промените расположението? НЕ ДА

ЗАОКРУЖЕТЕ ЈА СЕКОЈА ДРОГА/ЛЕК ШТО ЈА КОРИСТЕЛ ИСПИТАНИКОТ:

Стимуланси: амфетамини, "спид" ("speed"), метамфетамини ("crystal meth"), Dexedrine, Ritalin, таблети за слабеење.

Кокаин: шмркање/снифање (snorting), интравенозно, вдишување (freebase), крек (crack), "спидбол" ("speedball").

Наркотици: хероин, морфиум, опиум, метадон, хептанон, хеп, кодеин, Darvon, OxyContin, Dilaudid, Demerol, Percodan.

Халуциногени супстанции: ЛСД ("acid"), мескалин, пејот, фенилциклидин (PCP, "Angel Dust", "peace pill"), псилоцибин, STP, "машрумс" ("mushrooms"), екстази, MDA, MDMA или кетамин.

Инхалаторни супстанции: "лепак", етил хлорид, "раш" ("rush"), нитро оксид ("laughing gas"), амил или бутил нитрат "поперс" ("poppers").

Марихуана: хашиш ("hash"), тетрахидроканабинол (THC), пот ("pot") „трева“ ("grass"), вид ("weed"), рифер ("reefer").

Средства за смирување: Diazepam, Lexilium, Loram, Aparaun, Leksaurin, Demetrim, Ansilan, Helex, Tranex, Leksan, Tavor.

[Quaalude, Seconal ("reds"), валиум, Ханак, Librium, Ativan, Dalmane, Halcion, барбитурати, Miltown, GHB, Roofinol, "Roofies"]

Други: стероиди, таблети за спиење или слабеење – непрепишани/земени на своја рака. Некои други?

miniK1x1. **НАПИШИ ГИ НАЈЧЕСТО КОРИСТЕНИТЕ ДРОГИ:** _____

miniK1x2. **ОЗНАЧИ ЕДНО ПОЛЕ**

КОРИСТЕНА Е САМО ЕДНА ДРОГА/ГРУПА ДРОГИ

ИСПИТУВАНА Е САМО НАЈМНОГУ КОРИСТЕНАТА ГРУПА ДРОГИ

ИСПИТУВАНА Е СЕКОЈА КОРИСТЕНА ГРУПА ДРОГИ *ОДДЕЛНО*
(ПОТРЕБНО Е ДА СЕ ИМА СООДВЕТЕН БРОЈ ФОТОКОПИИ ОД К2 И К3)

miniK1b. б. НАВЕДИ КОЈА ДРОГА/ГРУПА ДРОГИ ЌЕ СЕ ИСПИТУВА ВО ИНТЕРВЈУТО ШТО СЛЕДУВА ДОКОЛКУ ИСПИТАНИКОТ ИСТОВРЕМЕНО ИЛИ ПОСЛЕДОВАТЕЛНО КОРИСТИ ПОВЕЌЕ СУПСТАНЦИИ: _____

К2 **Во последните 12 месеци, во врска со користењето на (ДРОГАТА/ГРУПАТА ДРОГИ ШТО Е ИЗБРАНА):**

miniK2a. а. Дали забележавте дека имате потреба да земате повеќе (ИМЕ НА ДРОГАТА/ ГРУПА НА ДРОГАТА) за да го постигнете истиот ефект како во времето кога почнавте да ја користите? НЕ ДА

miniK2b.	b. Дали кога користевте помалку или кога престанавте да користите (ИМЕ НА ДРОГАТА/ГРУПА НА ДРОГАТА), имавте симптоми на повлекување, т.е. на прекин на користење (болки, тресење, треска, исцрпеност, пролив, мачнина, потење, срцебиене, проблеми со спиењето или вознемиреност, анксиозност, раздразливост или депресивност)? Дали користевте некоја друга дрога(и) за да ги избегнете овие симптоми или за да се чувствувате подобро?	НЕ	ДА
	АКО Е ОДГОВОРЕНО СО ДА НА ЕДНО ОД ПРАШАЊАТА, ЗАОКРУЖИ ДА		
miniK2c.	c. Дали кога користевте (ИМЕ НА ДРОГАТА/ГРУПА НА ДРОГАТА), често ви се случуваше да земете повеќе отколку што мислевте да земете?	НЕ	ДА
miniK2d.	d. Дали се обидовте да користите помалку или да престанете со користење на (ИМЕ НА ДРОГАТА/ ГРУПА НА ДРОГАТА), но не успеавте?	НЕ	ДА
miniK2e.	e. Дали во деновите кога користевте (ИМЕ НА ДРОГАТА/ГРУПА НА ДРОГАТА), поминувавте многу време (над 2 ЧАСА) во набавка, земање или закрепнување од земената дрога или, пак, во мислење за неа?	НЕ	ДА
miniK2f.	f. Дали поради користењето на (ИМЕ НА ДРОГАТА/ ГРУПА НА ДРОГАТА) помалку работевте, помалку време посветувавте на слободни активности или на дружење со семејството или со пријателите?	НЕ	ДА
miniK2g.	g. Дали продолживте со користење на (ИМЕ НА ДРОГАТА/ГРУПА НА ДРОГАТА) иако тоа ви предизвикуваше здравствени или психички проблеми?	НЕ	ДА

miniK2S. ДАЛИ 3 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ НА К2 СЕ КОДИРАНИ СО **ДА**?

miniK2x. НАВЕДИ ЈА ДРОГАТА/ДРОГИТЕ _____

НЕ ДА* ЗАВИСНОСТ ОД СУПСТАНЦИИ, СЕГАШНА

* АКО Е КОДИРАНО СО **ДА**, ПРЕСКОКНИ ГО К3, ЗАОКРУЖИ **НП** (НЕ Е ПРИМЕНЛИВО) ВО ПОЛЕТО ЗА ОВАА СУПСТАНЦИЈА И ПРОДОЛЖИ СО СЛЕДНОТО РАСТРОЈСТВО. ЗАВИСНОСТА ВКЛУЧУВА ЗЛОУПОТРЕБА.

К3 Во последните 12 месеци, во врска со користењето на (ДРОГАТА/ГРУПАТА ДРОГИ ШТО Е ИЗБРАНА):

miniK3a.	a. Дали сте биле, повеќе од еднаш, дрогиран, "хај" или мамурен од (ИМЕ НА ДРОГАТА/ ГРУПА НА ДРОГАТА), во случаи кога сте имале обврски на училиште/факултет, на работа или дома? Дали тоа ви предизвикало некакви проблеми? (ЗАОКРУЖИ ДА САМО АКО ТОА ПРЕДИЗВИКАЛО ПРОБЛЕМИ)	НЕ	ДА
miniK3b.	b. Дали сте биле, повеќе од еднаш, дрогиран од (ИМЕ НА ДРОГАТА/ ГРУПА НА ДРОГАТА) во ситуации кои биле физички опасни за вас, на пример, кога сте возеле автомобил, мотор, чамец; кога сте управувале со некоја машина итн?	НЕ	ДА
miniK3c.	c. Дали поради користењето дрога, повеќе од еднаш, сте имале проблеми со законот, на пример, сте биле приведен/апсен или сте го нарушувале јавниот ред и мир?	НЕ	ДА
miniK3d.	d. Дали продолживте да користите (ИМЕ НА ДРОГАТА/ ГРУПА НА ДРОГАТА) иако тоа ви предизвикуваше проблеми со семејството или со другите луѓе?	НЕ	ДА

miniK3S. ДАЛИ 1 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ НА К3 СЕ КОДИРАНИ СО **ДА**?

miniK3x. НАВЕДИ ЈА ДРОГАТА/ДРОГИТЕ _____

НЕ НП ДА ЗЛОУПОТРЕБА НА СУПСТАНЦИИ, СЕГАШНА
--

L. ПСИХОТИЧНИ РАСТРОЈСТВА И РАСТРОЈСТВО НА РАСПОЛОЖЕНИЕТО СО ПСИХОТИЧНИ СИМПТОМИ

ЗА СЕКОЕ ПРАШАЊЕ НА КОЕ ЌЕ СЕ ДОБИЕ ПОЗИТИВЕН ОДГОВОР, БАРАЈ ПРИМЕР. ЗАОКРУЖИ **ДА** САМО АКО ПРИМЕРОТ ЈАСНО ПОКАЖУВА ИСКРИВЕНОСТ НА МИСЛЕЊЕТО ИЛИ НА ПЕРЦЕПЦИЈАТА ИЛИ АКО НЕ СООДВЕТСТВУВА НА КУЛТУРАТА ВО КОЈА ЖИВЕЕ ИСПИТАНИКОТ. ПРЕД ДА ЗАОКРУЖИШ, ПРОЦЕНИ ДАЛИ СЕ "БИЗАРНИ" ДЕЛУЗИИТЕ.

ДЕЛУЗИИТЕ СЕ "БИЗАРНИ" АКО ОЧИГЛЕДНО СЕ НЕВЕРОЈАТНИ, АПСУРДНИ, НЕРАЗБИРЛИВИ И АКО НЕ МОЖАТ ДА ПРОИЗЛЕГУВААТ ОД ВООБИЧАЕНОТО ЖИВОТНО ИСКУСТВО.

ХАЛУЦИНАЦИИТЕ СЕ ОЦЕНУВААТ КАКО "БИЗАРНИ" ВО СЛУЧАЈОТ КОГА: ГЛАС ГИ КОМЕНТИРА МИСЛИТЕ ИЛИ ОДНЕСУВАЊЕТО НА ЛИЦЕТО, ИЛИ КОГА ДВА ИЛИ ПОВЕЌЕ ГЛАСА МЕЃУСЕБНО РАЗГОВАРААТ.

Сега ќе ви поставам прашања за необични искуства што ги имаат некои луѓе.

БИЗАРНО

miniL1a.	L1 a.	Дали некогаш сте помислиле дека некој ве шпионира или дека кова заговор против вас, или дека се обидува да ве повреди? ЗАБЕЛЕШКА: ПОБАРАЈ ПРИМЕРИ ЗА ДА ЈА ИСКЛУЧИШ МОЖНОСТА ОД РЕАЛНО ПРОГОНУВАЊЕ.	НЕ	ДА	ДА
miniL1b.	b.	АКО ОДГОВОРОТ Е ДА, ПРАШАЈ: Дали и сега верувате во тоа?	НЕ	ДА	ДА → L6
miniL2a.	L2 a.	Дали некогаш сте помислиле дека некој ви ги чита мислите или дека може да ви ги слуша мислите; или дека вие, всушност, можете да ги читате или да ги слушате мислите на друг човек додека тој размислува?	НЕ	ДА	ДА
miniL2b.	b.	АКО ОДГОВОРОТ Е ДА, ПРАШАЈ: Дали и сега верувате во тоа?	НЕ	ДА	ДА → L5
miniL3a.	L3 a.	Дали некогаш сте верувале дека некој или некоја надворешна сила ви става мисли во главата кои не се ваши или ве присилува да правите нешто што не ви е својствено? Дали некогаш сте почувствувале дека сте биле опседнат со духови? КЛИНИЧАР: ПОБАРАЈ ПРИМЕРИ И ОТФРЛИ ГИ ОНИЕ ШТО НЕ СЕ ПСИХОТИЧНИ.	НЕ	ДА	ДА
miniL3b.	b.	АКО ОДГОВОРОТ Е ДА, ПРАШАЈ: Дали и сега верувате во тоа?	НЕ	ДА	ДА
miniL4a.	L4 a.	Дали некогаш сте верувале дека ви се испраќаат специјални пораки преку телевизија, радио или весници, или дека некој што не го познавате е посебно заинтересиран за вас?	НЕ	ДА	ДА → L6
miniL4b.	b.	АКО ОДГОВОРОТ Е ДА, ПРАШАЈ: Дали и сега верувате во тоа?	НЕ	ДА	ДА → L6
miniL5a.	L5 a.	Дали вашите роднини или пријатели сметале дека некои ваши верувања се чудни или невообичаени? ИНТЕРВЈУЕР: ПОБАРАЈ ПРИМЕРИ И КОДИРАЈ ГИ СО ДА САМО ОНИЕ ШТО ОЧИГЛЕДНО СЕ НАЛУДНИЧАВИ ИДЕИ, А НЕ СЕ ИСПИТУВАНИ СО ПРАШАЊАТА ОД L1 ДО L4, НА ПРИМЕР, СОМАТСКИ ИЛИ РЕЛИГИОЗНИ ДЕЛУЗИИ ИЛИ ДЕЛУЗИИ НА ГРАНДИОЗНОСТ, ЉУБОМОРА, ВИНА, ПРОПАСТ ИЛИ НЕМАШТИЈА ИТН.	НЕ	ДА	ДА
miniL5b.	b.	АКО ОДГОВОРОТ Е ДА, ПРАШАЈ: Дали и сега вашите идеи ги сметаат за чудни?	НЕ	ДА	ДА

miniL6a. L6 a. Дали некогаш сте слушале работи кои другите луѓе не можеле да ги слушаат, како на пример гласови?
ХАЛУЦИНАЦИИТЕ СЕ ОЦЕНУВААТ КАКО БИЗАРНИ САМО АКО ИСПИТАНИКОТ ОДГОВОРИ СО **ДА** НА СЛЕДНОТО ПРАШАЊЕ:
АКО ОДГОВОРОТ Е ДА, ПРАШАЈ:
Дали слушавте глас кој ги коментираше вашите мисли или постапки или слушавте два или повеќе гласа кои меѓусебно разговараат?

НЕ ДА

ДА

miniL6b. b. **АКО ОДГОВОРОТ Е ДА, ПРАШАЈ:**
Дали сте ги слушале тие гласови во последниот месец?

НЕ ДА

ДА

miniL7a. L7 a. Дали некогаш сте имале визии кога сте биле будни или сте виделе работи кои другите луѓе не можеле да ги видат?
КЛИНИЧАР: ПРОВЕРИ ДАЛИ ВИЗИИТЕ НЕ СЕ СООДВЕТНИ НА КУЛТУРАТА ВО КОЈА ЖИВЕЕ ИСПИТАНИКОТ.

НЕ ДА

miniL7b. b. **АКО ОДГОВОРОТ Е ДА, ПРАШАЈ:**
Дали сте ги виделе тие работи во последниот месец?

НЕ ДА

КЛИНИЧКА ПРОЦЕНА

miniL8b. L8 b. ДАЛИ КАЈ ИСПИТАНИКОТ МОМЕНТАЛНО СЕ ЗАБЕЛЕЖУВА НЕПОВРЗАНОСТ, ДЕЗОРГАНИЗИРАН ГОВОР ИЛИ ГУБЕЊЕ АСОЦИЈАЦИИ? НЕ ДА

miniL9b. L9 b. ДАЛИ КАЈ ИСПИТАНИКОТ МОМЕНТАЛНО СЕ ЗАБЕЛЕЖУВА ДЕЗОРГАНИЗИРАНО ИЛИ КАТАТОНО ОДНЕСУВАЊЕ? НЕ ДА

miniL10b. L10 b. ДАЛИ ВО ТЕКОТ НА ИНТЕРВЈУТО ДООГЛЕ ДО ИЗРАЗ НЕГАТИВНИ СИМПТОМИ НА ШИЗОФРЕНИЈА, КАКО ШТО СЕ НА ПРИМЕР, АФЕКТИВНА ТАПОСТ, СИРОМАШЕН ГОВОР (АЛОГИЈА) ИЛИ НЕСПОСОБНОСТ ЗА ПОЧНУВАЊЕ И ЗАВРШУВАЊЕ НА ЦЕЛНОНАСОЧЕНИ АКТИВНОСТИ (АВОЛИЦИЈА)? НЕ ДА

miniL11a. L11 a. ДАЛИ 1 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ ПОД « а » НА L1a ДО L7a СЕ КОДИРАНИ СО **ДА** ИЛИ **СО ДА-БИЗАРНИ** И ДАЛИ ЕДНО ОД СЛЕДНИВЕ РАСТРОЈСТВА Е КОДИРАНО СО **ДА** :

ТЕШКА ДЕПРЕСИВНА ЕПИЗОДА (СЕГАШНА ИЛИ РЕКУРЕНТНА)
ИЛИ
МАНИЧНА ИЛИ ХИПОМАНИЧНА ЕПИЗОДА
(СЕГАШНА ИЛИ МИНАТА)

НЕ ДА

→ L13

АКО Е ОДГОВОРЕНО СО **НЕ** НА L11a, ЗАОКРУЖИ **НЕ** ВО ДВЕТЕ ПОЛИЊА ЗА **РАСТРОЈСТВО НА РАСПОЛОЖЕНИЕТО СО ПСИХОТИЧНИ СИМПТОМИ** И ПРЕМИНИ НА L13.

mil11bS L11 b. Претходно ми кажавте дека сте имале периоди кога сте се чувствувале (депресивен/еуфоричен/постојано раздразлив).

НЕ ДА

**РАСТРОЈСТВО НА
РАСПОЛОЖЕНИЕТО
СО ПСИХОТИЧНИ
СИМПТОМИ**

ДОЛГОТРАЈНО

Дали тие верувања и искуства кои штотуку ги опишавте (симптоми кодирани со **ДА** на L1a до L7a) се јавувале само во периодите кога сте се чувствувале депресивен/еуфоричен/постојано раздразлив?

АКО ИСПИТАНИКОТ НЕКОГАШ ДОЖИВЕАЛ ПЕРИОД ОД НАЈМАЛКУ 2 НЕДЕЛИ ВО КОИ ГИ ИМАЛ ОВИЕ ВЕРУВАЊА ИЛИ ИСКУСТВА (ПСИХОТИЧНИ СИМПТОМИ), А НЕ БИЛ ДЕПРЕСИВЕН/ЕУФОРИЧЕН/РАЗДРАЗЛИВ, ОВА РАСТРОЈСТВО КОДИРАЈ ГО СО **НЕ**. АКО ОДГОВОРОТ ЗА ОВА РАСТРОЈСТВО Е **НЕ**, ЗАОКРУЖИ **НЕ** И НА L12 И ПРЕМИНИ НА L13.

miL12aS.

L12 а. ДАЛИ 1 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ ПОД « b » НА L1b ДО L7b СЕ КОДИРАНИ СО **ДА** ИЛИ СО **ДА-БИЗАРНИ** И ДАЛИ ЕДНО ОД СЛЕДНИВЕ РАСТРОЈСТВА Е КОДИРАНО СО **ДА**:

ТЕШКА ДЕПРЕСИВНА ЕПИЗОДА (СЕГАШНА)
или
МАНИЧНА ИЛИ ХИПОМАНИЧНА ЕПИЗОДА
(СЕГАШНА)

НЕ ДА

*РАСТРОЈСТВО НА
РАСПОЛОЖЕНИЕТО
СО ПСИХОТИЧНИ
СИМПТОМИ,*

СЕГАШНО

АКО НА ОВА РАСТРОЈСТВО Е ОДГОВОРЕНО СО **ДА**, ЗАОКРУЖИ **НЕ** НА L13 И НА L14 И ПРЕМИНИ НА СЛЕДНИОТ МОДУЛ.

miniL13S.

L13 а. ДАЛИ 1 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ ПОД « b » СЕ КОДИРАНИ СО **ДА-БИЗАРНИ**

или

ДАЛИ 2 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ ПОД « b » СЕ КОДИРАНИ СО **ДА** (А НЕ СО **ДА-БИЗАРНИ**)?

НЕ ДА

*ПСИХОТИЧНО
РАСТРОЈСТВО,
СЕГАШНО*

miniL14S.

L14 ДАЛИ L13 Е КОДИРАНО СО **ДА**

или

ДАЛИ 1 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ ПОД « a » НА L1a ДО L7a СЕ КОДИРАНИ СО **ДА-БИЗАРНИ**?

или

ДАЛИ 2 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ ПОД « a » НА L1a ДО L7a СЕ КОДИРАНИ СО **ДА** (А НЕ СО **ДА-БИЗАРНИ**)

И ДАЛИ НАЈМАЛКУ ДВА ОД ПСИХОТИЧНИТЕ СИМПТОМИ СЕ ПОЈАВИЛЕ ВО ИСТ ПЕРИОД?

НЕ ДА

*ПСИХОТИЧНО
РАСТРОЈСТВО,
ДОЛГОТРАЈНО*

О. ГЕНЕРАЛИЗИРАНО АНКСИОЗНО РАСТРОЈСТВО

(➔ ЗНАЧИ: ЗАОКРУЖИ НЕ ВО ДИЈАГНОСТИЧКОТО ПОЛЕ И ПРЕМИНИ НА СЛЕДНИОТ МОДУЛ)

miniO1a.	01	a. Дали во последните 6 месеци бевте претерано анксиозен или премногу загрижен за повеќе работи?	➔ НЕ	ДА
miniO1b.		b. Дали речиси секој ден сте загрижен на таков начин?	➔ НЕ	ДА
miniOS1.		ДАЛИ АНКСИОЗНОСТА НА ИСПИТАНИКОТ Е ПОВРЗАНА, ИЛИ ПОДОБРО СЕ ОБЈАСНУВА, СО НЕКОЕ ПРЕТХОДНО ИСПИТАНО РАСТРОЈСТВО?	НЕ	➔ ДА

miniO2.	02	Дали ви е тешко да ја контролирате својата загриженост или, пак, загриженоста ве попречува да се концентрирате кога нешто работите?	➔ НЕ	ДА
	03	СЛЕДНИТЕ ПРАШАЊА КОДИРАЈ ГИ СО НЕ АКО СИМПТОМИТЕ МОЖЕ ДА СЕ ПРИПИШАТ НА НЕКОЕ ПРЕТХОДНО ИСПИТУВАНО РАСТРОЈСТВО. Дали во последните 6 месеци, кога бевте анксиозен, во поголемиот дел од времето:		
miniO3a.	a.	Чувствувавте немир, возбуда или бевте крајно нервозен?	НЕ	ДА
miniO3b.	b.	Чувствувавте напнатост?	НЕ	ДА
miniO3c.	c.	Чувствувавте замор, слабост или исцрпеност?	НЕ	ДА
miniO3d.	d.	Тешко се концентриравте или како да ви се блокираше умот?	НЕ	ДА
miniO3e.	e.	Бевте раздразлив?	НЕ	ДА
miniO3f.	f.	Имавте проблеми со спиењето (тешко заспивавте, се будевте среде ноќ или, пак, рано наутро или премногу долго спиевте?)	НЕ	ДА

miniO3S. ДАЛИ 3 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ НА 03 СЕ КОДИРАНИ СО ДА?

НЕ ДА

**ГЕНЕРАЛИЗИРАНО
АНКСИОЗНО
РАСТРОЈСТВО,
СЕГАШНО**

Р. АНТИСОЦИЈАЛНО РАСТРОЈСТВО НА ЛИЧНОСТА (опциски)

(⇒ ЗНАЧИ: ЗАОКРУЖИ НЕ ВО ДИЈАГНОСТИЧКОТО ПОЛЕ И ПРЕМИНИ НА СЛЕДНИОТ МОДУЛ)

Р1 Пред да наполните 15 години:

- | | | | |
|----------|---|---------|----|
| miniP1a. | a. Дали постојано бегавте од училиште или, пак, од дома ноќе? | НЕ | ДА |
| miniP1b. | b. Дали постојано лажевте, мамевте други или крадевите? | НЕ | ДА |
| miniP1c. | c. Дали започнувавте тепачки или малтретиравте некого, се заканувавте или заплашувавте други? | НЕ | ДА |
| miniP1d. | d. Дали намерно уништувавте предмети или подметнувавте пожари? | НЕ | ДА |
| miniP1e. | e. Дали намерно повредувавте животни или луѓе? | НЕ | ДА |
| miniP1f. | f. Дали сте присилиле некого да има сексуален однос со вас? | НЕ | ДА |
| miniP1x. | ДАЛИ 2 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ НА Р1 СЕ КОДИРАНИ СО ДА? | ➔
НЕ | ДА |

НЕ КОДИРАЈ ГИ СО ДА ДОЛУНАВЕДЕНИТЕ ОДНЕСУВАЊА АКО БИЛЕ САМО ПОЛИТИЧКИ ИЛИ РЕЛИГИОЗНО МОТИВИРАНИ.

Р2 Откако наполните 15 години:

- | | | | |
|----------|--|----|----|
| miniP2a. | a. Дали постојано се однесувавте на таков начин што другите би го оцениле како неодговорен, на пример, сте одбивале да вратите долг, намерно се однесувавте импулсивно и неконтролирано, или намерно не работевте за да се издржувате? | НЕ | ДА |
| miniP2b. | b. Дали вршевите противзаконски дејства без да бидете апсен за тоа (на пример, сте уништувале туѓ имот, сте краделе во продавници и на други места, сте продавале дрога или сте извршувале кривични дела)? | НЕ | ДА |
| miniP2c. | c. Дали често учествувате во физички тепачки (вклучувајќи и тепачки со брачниот партнер или со вашите деца)? | НЕ | ДА |
| miniP2d. | d. Дали често лажевте или мамевте други луѓе за пари или задоволство или, пак, лажевте само за забава? | НЕ | ДА |
| miniP2e. | e. Дали изложувавте други луѓе на опасност без чувство на грижа? | НЕ | ДА |
| miniP2f. | f. Дали не чувствувавте вина откако некого сте повредиле, малтретирале, излажале, ограбиле или откако сте му го уништиле имотот? | НЕ | ДА |

miniP2S. ДАЛИ 3 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ НА Р2 СЕ КОДИРАНИ СО ДА?

НЕ ДА

**АНТИСОЦИЈАЛНО
РАСТРОЈСТВО НА
ЛИЧНОСТА,
ДОЛГОТРАЈНО**

R. СОМАТИЗАЦИСКО РАСТРОЈСТВО (опциски)

(⇒ ЗНАЧИ: ЗАОКРУЖИ НЕ ВО СИТЕ ДИЈАГНОСТИЧКИ ПОЛИЊА)

miniR1a.	R1	a. Дали пред да наполните 30 години сте имале повеќе физички тегоби, кои не биле јасно поврзани со некоја болест?	⇒ НЕ	ДА
miniR1b.		b. Дали ова физички тегоби сте ги имале повеќе години?	⇒ НЕ	ДА
miniR1c.		c. Дали овие физички тегоби ве натерале да побарате лекарска помош?	⇒ НЕ	ДА
miniR1d.		d. Дали овие физички тегоби ви предизвикуваа значајни проблеми на училиште/факултет, на работа, во односите со другите или во други важни области од животот?	⇒ НЕ	ДА
miniR2a.	R2	Дали имавте болки:		
miniR2b.		во главата	НЕ	ДА
miniR2c.		во stomакот	НЕ	ДА
miniR2d.		во грбот	НЕ	ДА
miniR2e.		во зглобовите, екстремитетите, градите, ректумот	НЕ	ДА
miniR2f.		за време на менструалниот циклус	НЕ	ДА
miniR2g.		при сексуални односи	НЕ	ДА
		при уринирање	НЕ	ДА
miniR2x.		ДАЛИ 2 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ НА R2 СЕ КОДИРАНИ СО ДА?	⇒ НЕ	ДА
miniR3a.	R3	Дали сте имале некои од следниве стомачни тегоби:		
miniR3b.		мачнина/гадење	НЕ	ДА
miniR3c.		надуеност	НЕ	ДА
miniR3d.		повраќање	НЕ	ДА
miniR3e.		пролив	НЕ	ДА
		неподнесување повеќе видови храна	НЕ	ДА
miniR3x.		ДАЛИ 2 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ НА R3 СЕ КОДИРАНИ СО ДА?	⇒ НЕ	ДА
miniR4a.	R4	Дали сте имале некои од следниве сексуални проблеми:		
miniR4b.		губење интересирање за сексуални односи	НЕ	ДА
miniR4c.		проблеми со ерекцијата или ејакулацијата	НЕ	ДА
miniR4d.		нередовни менструални циклуси	НЕ	ДА
miniR4e.		обилно менструално крвавење	НЕ	ДА
		повраќање за време на целата бременост	НЕ	ДА
miniR4x.		ДАЛИ 2 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ НА R4 СЕ КОДИРАНИ СО ДА?	⇒ НЕ	ДА
miniR5a.	R5	Дали сте имале некоја од следниве тегоби:		
miniR5b.		парализираност или слабост во некои делови од телото	НЕ	ДА
miniR5c.		нарушена координација на движењата или нерамнотежа	НЕ	ДА
miniR5d.		тешкотии при голтање или чувство на грутка во грлото	НЕ	ДА
miniR5e.		тешкотии при празнење на мочниот меур	НЕ	ДА
miniR5f.		губење на осетот за допир или за болка	НЕ	ДА
miniR5g.		дупло гледање или слепило	НЕ	ДА
miniR5h.		глувост, напади, губење свест	НЕ	ДА
miniR5i.		честа расеаност	НЕ	ДА
miniR5j.		необјасниви телесни сензации	НЕ	ДА
		(КЛИНИЧАР: ПРОЦЕНИ ДАЛИ СЕ ТОА СОМАТСКИ ХАЛУЦИНАЦИИ)		

➔
НЕ ДА
НЕ ДА
НЕ ДА
НЕ ДА
НЕ ДА
➔
НЕ ДА
➔
НЕ ДА

miniR5x. ДАЛИ 2 ИЛИ ПОВЕЌЕ ОДГОВОРИ НА R5 СЕ КОДИРАНИ СО ДА?
miniR6. R6 Дали вашиот лекар ги има испитано овие тегоби?
miniR7. R7 Дали беше откриена некоја болест, или дали користевте некои лека­рства што би можеле да ја објаснат појавата на тегобите?
miniR7x. R6 И R7 (СУМАРНО): КЛИНИЧАР: ДАЛИ Е ОТФРЛЕНА МОЖНОСТА ЗА ОРГАНСКА ПРИЧИНА?
miniR8. R8 ДАЛИ ТЕГОБИТЕ ИЛИ ОНЕСПОСОБУВАЊЕТО БИЛЕ ПОГОЛЕМИ ОТКОЛКУ ШТО СЕ ОЧЕКУВА ЗА НЕКОЈА ТЕЛЕСНА БОЛЕСТ?
miniR8x. ДАЛИ R7(СУМАРНО) ИЛИ R8 Е КОДИРАНО СО ДА?
miniR9. R9 ДАЛИ СИМПТОМИТЕ БИЛЕ РЕЗУЛТАТ НА СИМУЛИРАЊЕ ИЛИ БИЛЕ НАМЕРНО СОЗДАВАНИ (КАКО ЛАЖНО РАСТРОЈСТВО)?

miniR9S. ДАЛИ R9 Е КОДИРАНО СО НЕ?

НЕ ДА
**СОМАТИЗАЦИСКО
РАСТРОЈСТВО,
ДОЛГОТРАЈНО**

miniR10S. R10 Дали и сега ги имате овие тегоби?

НЕ ДА
**СОМАТИЗАЦИСКО
РАСТРОЈСТВО, СЕГАШНО**

КРАТОК ИНВЕНТАР НА СИМПТОМИ (BSI)

-прва, втора и трета проценка-

Подолу е наведен список на проблеми што ги имаат луѓето понекогаш. Ве молиме внимателно прочитајте го секој проблем и потоа заокружете го бројот што опишува најточно **КОЛКУ СТЕ БИЛЕ ПРЕОКУПИРАН ИЛИ ВОЗНЕМИРЕН ОД ПРОБЛЕМОТ ВО ТЕКОТ НА ПОСЛЕДНАТА СЕДМИЦА, ВКЛУЧУВАЈКИ ГО И ДЕНЕШНИОТ ДЕН**. За секој проблем заокружете само по еден број и внимавајте да не пропуштите некој. Пред да почнете, прочитајте го следниот пример:

ПРИМЕР	Ни малку	Малку	Умерено	Многу	Премногу
Колку бевте вознемирен од:					
Болки во грбот	0	1	2	3	4

	Колку бевте вознемирен од:	Ни малку	Малку	Умерено	Многу	Премногу
bsi01	Нервоза или внатрешен немир.	0	1	2	3	4
bsi02	Премаленост или вртоглавица.	0	1	2	3	4
bsi03	Помислата дека некој друг ви ги контролира мислите.	0	1	2	3	4
bsi04	Чувство дека другите се виновни за повеќето ваши проблеми.	0	1	2	3	4
bsi05	Тешкотии со помнењето.	0	1	2	3	4
bsi06	Лесно лутење и нервирање.	0	1	2	3	4
bsi07	Болка во пределот на градите или срцето.	0	1	2	3	4
bsi08	Страв да се биде на отворен простор или на улица.	0	1	2	3	4
bsi09	Помислата на самоубиство.	0	1	2	3	4
bsi10	Чувство дека на повеќето луѓе не може да им се верува.	0	1	2	3	4
bsi11	Слаб апетит.	0	1	2	3	4
bsi12	Ненадеен страв без причина.	0	1	2	3	4
bsi13	Изливи на бес кои не можете да ги контролирате.	0	1	2	3	4
bsi14	Чувство на осаменост дури и кога сте со други луѓе.	0	1	2	3	4
bsi15	Чувство на блокираност кога треба да направите нешто.	0	1	2	3	4
bsi16	Чувство на осаменост.	0	1	2	3	4
bsi17	Чувство на тага.	0	1	2	3	4
bsi18	Чувство на незаинтересираност за ништо.	0	1	2	3	4
bsi19	Чувство на исплашеност.	0	1	2	3	4
bsi20	Чувство дека другите може лесно да ве повредат.	0	1	2	3	4
bsi21	Чувство дека луѓето не ви се пријателски наклонети или дека не им се допаѓате.	0	1	2	3	4

	Колку бевте вознемирен од:	Ни малку	Малку	Умерено	Многу	Премногу
bsi22	Чувство дека помалку вредите од другите.	0	1	2	3	4
bsi23	Мачнина или стомачни тегоби.	0	1	2	3	4
bsi24	Чувство дека другите ве набљудуваат или дека зборуваат за вас.	0	1	2	3	4
bsi25	Тешко заспивање.	0	1	2	3	4
bsi26	Потреба да проверувате сѐ што правите, дури и по двапати.	0	1	2	3	4
bsi27	Тешко донесување одлуки.	0	1	2	3	4
bsi28	Страв од патување со автобус или со воз.	0	1	2	3	4
bsi29	Тешко дишење.	0	1	2	3	4
bsi30	Ненадејни бранови на топлина или студенило по телото.	0	1	2	3	4
bsi31	Потреба за избегнување некои нешта, места или активности затоа што се плашите од нив.	0	1	2	3	4
bsi32	Блокирање на мислите.	0	1	2	3	4
bsi33	Трнење или боцкање во некои делови од телото.	0	1	2	3	4
bsi34	Помислата дека треба да бидете казнети за вашите гревови.	0	1	2	3	4
bsi35	Чувство на безнадежност во однос на иднината.	0	1	2	3	4
bsi36	Слаба концентрација.	0	1	2	3	4
bsi37	Чувство на слабост во некои делови од телото.	0	1	2	3	4
bsi38	Чувство на напнатост или вознемиреност.	0	1	2	3	4
bsi39	Мисли за смрт и за умирање.	0	1	2	3	4
bsi40	Нагон за тепање, навредување или повредување на друг.	0	1	2	3	4
bsi41	Нагон за кршење и уништување предмети.	0	1	2	3	4
bsi42	Чувство на збунетост и срамежливост кога сте со други луѓе.	0	1	2	3	4
bsi43	Чувство на непријатност на места каде што има многу луѓе, на пример на пазар, во кино.	0	1	2	3	4
bsi44	Немање чувство на блискост со друг.	0	1	2	3	4
bsi45	Напади на силен страв или на паника.	0	1	2	3	4
bsi46	Често расправање со други.	0	1	2	3	4
bsi47	Чувство на нервоза кога останувате сами.	0	1	2	3	4
bsi48	Недобивање соодветно признание од другите за она што сте го постигнале.	0	1	2	3	4
bsi49	Чувство на силен немир и неможност да седите на едно место.	0	1	2	3	4

	Колку бевте вознемирен од:	Ни малку	Малку	Умерено	Многу	Премногу
bsi50	Чувство на безвредност.	0	1	2	3	4
bsi51	Чувство дека другите ќе ве искористат ако им го дозволите тоа.	0	1	2	3	4
bsi52	Чувство на вина.	0	1	2	3	4
bsi53	Помислата дека нешто не е в ред со вашиот ум.	0	1	2	3	4

РЕВИДИРАНА СКАЛА ЗА ВЛИЈАНИЕ НА НАСТАНОТ (IES-R) - прва, втора и трета процена-

Овде се наведени различни тешкотии кои понекогаш се јавуваат кај луѓето што доживеале стресни настани. Ве молиме внимателно прочитајте ја секоја тешкотија и потоа означете колку сте биле вознемирен од неа **во последните 7 дена** во однос на доживеаниот стресен настан:

Колку ве преокупираше или вознемируваше секоја од долунаведените тешкотии?

	Во текот на последните седум дена	Н малку	Малку	Уме- рено	Многу	Пре- многу
ies01	Секое потсетување на настанот ми ги враќаше чувствата во врска со него.	0	1	2	3	4
ies02	Често се будев ноќе.	0	1	2	3	4
ies03	Некои работи постојано ме тераа да мислам на настанот.	0	1	2	3	4
ies04	Се чувствував раздразлив и гневен.	0	1	2	3	4
ies05	Се обидував да не се вознемирувам кога ќе помислев на настанот или кога нешто ќе ме потсетеше на него.	0	1	2	3	4
ies06	Мислев на тоа дури и кога не сакав.	0	1	2	3	4
ies07	Имав чувство како да не се случило тоа или како да не било реално.	0	1	2	3	4
ies08	Избегнував сè што ме потсетуваше на настанот.	0	1	2	3	4
ies09	Ненадејно ми се појавуваа слики за настанот.	0	1	2	3	4
ies10	Бев нервозен и лесно се штрекнував.	0	1	2	3	4
ies11	Се обидував да не мислам на настанот.	0	1	2	3	4
ies12	Бев свесен дека сè уште имам многу чувства во врска со настанот, но не се занимавав со нив.	0	1	2	3	4
ies13	Чувствата во врска со настанот како да ми згаснаа.	0	1	2	3	4
ies14	Ми се случуваше да се однесувам или да се чувствувам како да сум вратен во тоа време.	0	1	2	3	4
ies15	Тешко заспивав.	0	1	2	3	4
ies16	Ме преплавуваа силни чувства во врска со настанот.	0	1	2	3	4
ies17	Се обидував да го избришам настанот од сеќавањата.	0	1	2	3	4
ies18	Имав проблеми со концентрацијата.	0	1	2	3	4
ies19	Кога нешто ќе ме потсетеше на настанот, кај мене се јавуваа физички реакции како, на пример, потење, тешко дишење, мачнина или срцебиене.	0	1	2	3	4
ies20	Го сонував настанот.	0	1	2	3	4
ies21	Бев претпазлив и бев на штрек.	0	1	2	3	4
ies22	Се обидував да не зборувам за настанот.	0	1	2	3	4

МАНЧЕСТЕРСКИ ПРАШАЛНИК ЗА ПРОЦЕНА НА КВАЛИТЕТОТ НА ЖИВОТОТ (MANSA)

-прва, втора и трета проценка-

Ве молиме одговорете колку сте задоволен од вашиот живот (на пример, од здравјето, од пријателствата што ги имате, од финансиската состојба, од станбените услови во кои живеете итн.). Степенот на вашето задоволство означете го со користење на следнава скала:

СКАЛА ЗА ПРОЦЕНА НА ЗАДОВОЛСТВОТО

1	2	3	4	5	6	7
не може да биде полошо	многу сум незадоволен	главно сум незадоволен	и сум и не сум задоволен	главно сум задоволен	многу сум задоволен	не може да биде подобро

mansa01	Колку денес, општо земено, сте задоволен од вашиот живот?	
mansa02	Колку сте задоволен од вашата работа (или од учењето/студирањето како ваша главна преокупација)? или ако сте невработен или пензиониран Колку сте задоволен од тоа што сте невработен/пензиониран?	
mansa03	Колку сте задоволен од вашата финансиска состојба?	
mansa04	Дали имате некого за кого би рекле дека ви е навистина близок пријател?	0=НЕ 1=ДА
mansa05	Дали се видовте со некој пријател минатата седмица? (на пример, дали посетивте пријател, дали некој пријател ве посети вас или, пак, се сретнавте надвор од домот или надвор од работата/училиштето/ факултетот)	0=НЕ 1=ДА
mansa06	Колку сте задоволен од квалитетот и од бројот на вашите пријателства?	
mansa07	Колку сте задоволен од тоа како го поминувате слободното време?	
mansa08	Колку сте задоволен од сместувањето, т.е. од станбените услови во кои живеете?	
mansa09	Дали сте биле обвинет за криминално дело во изминатата година?	0=НЕ 1=ДА
mansa10	Дали сте биле жртва на физичко насилство во изминатата година?	0=НЕ 1=ДА
mansa11	Колку сте задоволен од вашата лична безбедност?	
mansa12	Колку сте задоволен од луѓето со коишто живеете? или ако живеете сам Колку сте задоволен од живеењето сам?	
mansa13	Колку сте задоволен од вашиот сексуален живот?	
mansa14	Колку сте задоволен од односите со вашето семејство?	
mansa15	Колку сте задоволен од вашето физичко здравје?	
mansa16	Колку сте задоволен од вашето психичко (ментално) здравје?	