

## ФАКТОРИ НА РИЗИК ЗА ХРОНИЧНА ТРАЕКТОРИЈА НА ПОСТТРАУМАТСКА АДАПТАЦИЈА

Катерина Наумова<sup>1</sup>

*Институт за психологија, Филозофски факултет,  
Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје*

### Кратка содржина

Во трудот се соопштуваат наоди од прво проспективно истражување, во кое во период од пет години се следат текот и промените во посттрауматските последици кај лица со долготрајно посттрауматско стресно растројство, поврзано со воениот конфликт од 2001 година во Македонија. Истражувањето вклучува три процени на менталното здравје кај лица со посттрауматско стресно растројство. Прибирањето на податоците е вршено со Ревидирана листа на животни стресори, Кратко меѓународно невропсихијатриско интервју, Краток инвентар на симптоми и Ревидирана скала за влијание на настанот. Наодите потврдуваат дека процесот на адаптација по кумулирана трауматизација е сложен и има варијабилан тек за голем дел од трауматизираните лица. Утврдени се четири траектории на посттрауматска адаптација, од кои една позитивна (закрепнување), кај над една половина од испитаниците, и три маладаптивни (ремисија, релапс и хронична траекторија на ПТСР) кај другите испитаници. Како фактори на ризик за хронична траекторија на посттрауматската адаптација се издвоија помалиот број доживевани трауми при првата процена, како и поистакнатата посттрауматска симптоматологија и постоење коморбидитет меѓу најмалку две ментални растројства при втората и третата процена. Не се потврдија очекувањата дека одделни социодемографски варијабли, присилната миграција и поголемиот број доживевани трауми се фактори на ризик за хронично посттрауматско страдање. Со оглед на временската дистанца и општествените околности што ја следат воената трауматизација, наодите ја нагласуваат потребата од интервенции на ниво на колективните траектории на посттрауматска адаптација, во чиј контекст се развиваат и се менуваат индивидуалните траектории на посттрауматско закрепнување.

**Клучни зборови:** *посттрауматска адаптација, хронично ПТСР, траектории, закрепнување*

---

<sup>1</sup> knaumova@fzf.ukim.edu.mk

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 најголем дел од луѓето изложени на трауматски настани не се јавува долготрајна клинички значајна психолошка дисфункционалност, како и дека кај оние што развиле хронична форма на посттрауматски одговор постојат периоди на ремисија, кога симптомите исчезнуваат или се присутни во многу редуцирана форма (Ford, 2009).

Долготрајните последици од трауматизацијата се сложени и вклучуваат и промени во констелацијата на симптомите на посттрауматското стресно растројство (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.

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 еднакво 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 модела на траектории на посттрауматска адаптација, кои започнуваат со акутниот одговор на траумата. Моделот на Лејн и сор. (Layne et al., 2008 според Ford, 2009) е пообеман и опишува по четири типа позитивни и негативни посттрауматски траектории: *ојќорносј на сјрес, резилиенјносј, закрепнување и јосјјраумајски развој* наспроти *инјензивна долјојрајна вознемиреносј, ојаѓање, сјабилно маладајјивно функционирање и одложен јосјјраумајски сјрес*. Во моделот на Бонано (Bonanno, 2004; Bonanno & Mancini, 2008) се претставени вкупно четири типа траектории, од кои две позитивни – *резилиенјносј* и *закрепнување* и две негативни – *хронична дисфункционалносј* и *одложени реакции*.

**Позитивни посттрауматски траектории.** *Ојќорносј на сјрес* (Layne et al., 2008 според Ford, 2009) вклучува успешно справување со акутните стресни реакции, така што лицето доживува само

кратки и умерени тешкотии во психолошкиот, социјалниот и професионалниот живот. Овој вид одговор е вообичаен по доживување секојдневни животни стресори што немаат трауматски обележја и не се долготрајни. *Резилиентноста* (Layne et al., 2008 според Ford, 2009; Bonanno, 2004; Bonanno & Mancini, 2008) значи 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. *Закрепнување* (Layne et al., 2008 според Ford, 2009; Bonanno, 2004; Bonanno & Mancini, 2008) е траекторија што вклучува развој на ПТСР и/или други посттрауматски последици по што следува враќање во состојба на здраво психолошко функционирање. Закрепнувањето може да се случи спонтано, со постепено „истрашување“ на посттрауматскиот одговор или да биде помогнато со различни видови психосоцијални интервенции. *Посттрауматски развој* (Layne et al., 2008 според Ford, 2009) е 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 односи.

**Негативни или маладаптивни посттрауматски траектории.** *Интензивна долготрајна вознемиреност* (Layne et al., 2008 според Ford, 2009), односно *хронична дисфункционалност* (Bonanno & Mancini, 2008) е траекторија во која 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, при што одеднаш и трајно се намалува способноста на лицето да се справи со последиците од доживеаната траума. *Опаѓање* (Layne et al., 2008 според Ford, 2009) е траекторија во која се јавуваат посттрауматски последици, но по подолг период (месеци, години, децении по трауматизацијата) на позитивно функционирање (во форма на отпорност или резилентност). Оваа траекторија е вообичаена во случаи на кумулативен ефект од трауматизацијата. *Стабилно маладаптивно функционирање* (Layne et al., 2008 според Ford, 2009) е 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 ја зајакнува постојната психолошка дисфункционалност. *Одложен*

*посттравмајски стрес* (Layne et al., 2008 според Ford, 2009; Bonanno & Mancini, 2008) претставува нарушување на траекторијата отпорност на стрес. Одложениот почеток на ПТСР може да се јави и по повеќе децении по трауматизацијата. Меѓу потенцијалните фактори на ризик 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.

**Посттравмајска адаптација и фактори на ризик.** Бројот на проспективни студии што ги истражуваат особеностите на траекториите на ПТСР се зголемува во последната деценија. Најчесто периодот на следење на текот на посттравмајската адаптација се движи од неколку месеци до неколку години. Ретки се лонгитудиналните студии во чии рамки се извршени последователни процени во интервал од една, две или повеќе децении. Една таква студија е истражувањето на Јехуда и сор. (Yehuda et al., 2009), кое опфаќа две процени во период од 10 години кај 40 преживевани од холокаустот. Биле утврдени пет траектории: отпорност, рана резилентност, доцна резилентност, одложен почеток и хронична симптоматологија. Соломон и Микулинцер (Solomon & Mikulincer, 2006) испитувале 200 ветерани од војната во Либан, и тоа во четири наврати: една, две, три и 20 години по војната. Во целиот примерок стапката на ПТСР опаднала три години по војната, а потоа 17 години подоцна повторно се зголемила. Била утврдена и траекторија на одложено ПТСР.

Оркут, Ериксон и Волф (Orcutt, Erickson, & Wolfe, 2004) го следеле текот на симптомите на ПТСР кај воени ветерани во период од шест години и откриле две траектории: слабо истакнати симптоми на ПТСР со минимално зголемување со текот на времето и високо истакнати иницијални симптоми на ПТСР, кои значајно и нагло се зголемиле со текот на времето. Фактори на ризик за развој на ваква посттравмајска траекторија биле женскиот пол, припадноста на етничко/расно малцинство, пониското образование и изложеноста на воени дејства.

Кај примерок од околу 8.000 војници кои еднаш или повеќепати учествувале во воените операции во Ирак и во Авганистан, Бонано и сор. (Bonanno et al., 2012) ги проценувале траекториите на посттравмајска симптоматологија пред да бидат распределени, и во уште два наврата во интервал од три години по враќањето од мисијата. Најчестата траекторија била ниско истакната и стабилна симптоматологија или резилентност. Во многу помал процент биле присутни умерено истакната симптоматологија со подобру-

вање, хронична симптоматологија што се влошува, силно истакната и стабилна симптоматологија, и силно истакната симптоматологија со подобрување.

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

Војвода и сор. (Vojvoda et al., 2008) спровеле проспективна студија со бегалци од Босна преселени во САД, чија посттрауматска адаптација ја следеле во период од три и пол години. Утврдиле дека стапките на сегашното ПТСР се намалувале при секоја следна процена. Не биле утврдени разлики во бројот на трауми што ги доживеале жените и мажите, но кај жените при трите процени во периодот на следење степенот на истакнатост на посттрауматската симптоматологија бил секогаш повисок во споредба со мажите.

Посттрауматските траектории во последните години се проучуваат и кај цивилното население изложено на различни видови насилство. Боскарино и Адамс, на пример, ги проучувале појавата и текот на ПТСР по уривањето на кулите од Светскиот трговски центар 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. Биле утврдени четири траектории: резилентност, ремисија, одложен почеток и долготрајност, кои се идентификувани и во други студии (Norris, Tracy, & Galea, 2009; Neria et al., 2010; Hobfoll et al., 2009). Проверката на факторите на ризик како значајни предиктори за хронична адаптација ги издвоила женскиот пол, припадноста на етничко малцинство, поголемиот број доживевани трауматски искуства и претходната историја на проблеми со менталното здравје.

Наодите од студиите што 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., 2007; deRoos-Cassini et al., 2010; Svein et al., 2011).

Долготрајните последици за менталното здравје и квалитетот на животот по воена трауматизација се проценувани и во Македонија. Во рамките на меѓународниот истражувачки проект CONNECT (Priebe et al., 2004) 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 од 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 една третина од трауматизираните лица во текот на животот ги задоволувале критериумите за посттрауматско стресно растројство, а кај 9% ова ментално растројство имало хроничен тек. Ова истражување покажа и дека доживеаните воени стресори се примарни фактори на ризик за процесот на посттрауматското закрепнување.

Проспективното следење на текот и промените во посттрауматските последици кај лица изложени на воена трауматизација може да овозможи откривање на различни траектории на посттрауматска адаптација, како и утврдување на факторите на ризик што влијаат врз процесот на одржување на посттрауматската симптоматологија. Оттука, основните цели на истражувањето соопштено во овој труд се утврдување на текот на процесот на закрепнување кај лица со долготрајно посттрауматско стресно растројство поврзано со воена трауматизација, како и утврдување на факторите што го определуваат овој процес. Во функција на целите на истражувањето и согласно со досегашните емпириски сознанија, поставени се три хипотези. Прво, дека женскиот пол, поголемата возраст, пониското образование и невработеноста се фактори на ризик за хроничен тек на посттрауматска адаптација. Второ, дека присилната миграција и изложеноста на поголем број трауми во текот на животот се фактори на ризик за хроничен тек на посттрауматска адаптација и, трето, дека поголемата истакнатост на посттрауматски стресни реакции и на проблеми со менталното здравје, како и присуството на коморбидитет на ментални растројства се фактори на ризик за хроничен тек на посттрауматска адаптација.

## Метод

### *Испитаници и испитаника*

Истражувањето вклучува три процени на менталното здравје кај лица со долготраен посттравматски стрес поврзан со воена трауматизација. Иницијалната процена е спроведена во рамките на проектот CONNECT во 2005 година, при што беа идентификувани 54 лица со ПТСР поврзан со воениот конфликт во Македонија во 2001 година, чија посттравматска адаптација во ова истражување е проценувана уште двапати.

Примерокот во првата студија беше формиран со комбинација на кластерскиот метод и постапката на случајно движење. Беше составен од 607 испитаници на возраст од 20 до 65 години. Постапката за изборот на испитаниците е детално опишана на друго место (Наумова, 2008).

Првата последователна процена се спроведе една година по иницијалната студија (2006 година), а втората последователна процена се спроведе четири години подоцна (2010 година), односно девет години по завршувањето на воениот конфликт. Беше остварен контакт со 51 испитаник (тројца отпаднаа при првата последователна процена), од кои 46 беа интервјуирани (во последната фаза беа изгубени пет испитаници поради преселба, болест и смрт).

Во однос на социодемографската структура на примерокот, 52% од испитаниците се жени, 44% се етнички Македонци, 54% се етнички Албанци, а еден испитаник е Србин. Просечната возраст на испитаниците при првата процена е 43,5 години ( $SD = 13,3$ ), а во просек имаат завршено по 9,6 години образование ( $SD = 3,5$  години). За време на воениот конфликт, 63% од испитаниците биле раселени во државата или надвор од неа, а во просек им биле потребни 5,3 месеци ( $SD = 6,8$ ) за да се вратат во своите домови.

Испитаниците беа интервјуирани во своите 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 секого од потенцијалните испитаници во трите наврати е добиена писмена согласност за учество во истражувањето.

### *Инструменти*

За стекнување увид во природата на доживеаната трауматизација беше користена *Ревидирана лисџа на живојни стресори*

(Life Stressor Checklist-Revised, LSCL-R), со која се проценуваат 20 потенцијални трауматски настани доживевани во различни периоди од животот. Инструментот е конструиран за потребите на проектот CONNECT, но се заснова врз слични инструменти наменети за процена на изложеност на трауматски настани (Norris & Hamblen, 2004).

Посттрауматското стресно растројство и коморбидитетот се проценуваа со *Крайќо 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. На сите прашања се одговара со одговор Да/Не.

За процена на проблемите поврзани со менталното здравје беше применет *Крайќок инвентар на симптоми* (Brief Symptom Inventory - BSI, Derogatis, 1983), што се состои од 53 тврдења за процена на степенот на истакнатост на девет групи психопатолошки симптоми. Процената се однесува на последните седум дена, а се врши со петстепен Ликертова скала за одговори. Во анализата е користен само *индексот на општите истакнатости на симптомиите*, односно просечниот скор на ниво на целиот инвентар. Најнизок можен скор на овој индекс е 0, а највисок можен скор е 4. Повисок скор укажува на поистакнато присуство на симптоми кај испитаникот, а понизок скор на помалку истакнато присуство на симптоми. Во истражувањето на Наумова (2008) е добиен следниов коефициент на внатрешна конзистентност на скалата  $\alpha = .94$ .

Актуелната истакнатост на симптомите на посттрауматскиот стрес се проценуваше со *Ревидирана скала за влијание на настанот* (Impact of Event Scale-Revised, IES-R, Weiss, 2004). Составена е од 22 тврдења, кои сочинуваат три супскали со кои се проценуваат трите групи симптоми на ПТСР: преплавување, избегнување и зголемена вознемиреност. Процената се однесува на последните седум дена пред испитувањето, а се врши со петстепен Ликертова скала за одговори. Во анализата е користен само просечниот скор на ниво на целата скала, чија најниска можна вредност е 0, а највисока е 4. Повисок скор укажува на зголемено присуство на посттрауматски симптоми кај испитаникот, а понизок скор укажува на помалку истакнато присуство на посттрауматски симптоми. Во истражувањето на Наумова (2008) се добиени следниве коефициенти на внатрешна конзистентност за трите супскали:  $\alpha = .92$  за преплавување,  $\alpha = .90$  за избегнување и  $\alpha = .89$  за преголема вознемиреност.

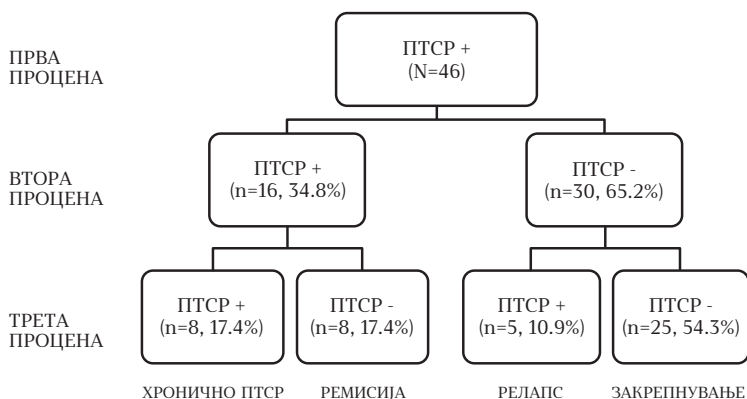


За прибирање на основните демографски податоци беше користен посебен прашалник, што вклучуваше и податоци за доживеани воени искуства (активно учество во конфликтот, присилна миграција, актуелен легален статус).

## Резултати

*Траектории на посттравматска адаптација.* Проверката на индивидуалните промени во посттравматската симптоматологија проценета со *Крајко невропсихијатриско интервју* утврди четири траектории на посттравматска адаптација кај испитаниците, една позитивна и три маладаптивни: *закрепнување, ремисија, релајс* и *хронично ПТСР* (Слика 1).

Процесот на посттравматска адаптација кај повеќе од половина од испитаниците (54,3%) може да го дефинираме како *закрепнување*, зашто во двете последователни процени тие веќе не ги задоволуваа дијагностичките критериуми за ПТСР. Кај другата половина испитаници постојат флукуации во актуализирањето и дистрибуцијата на посттравматските симптоми. Во состојба на *ремисија* се наоѓаат 17,4% од испитаниците, зашто при првите две процени ги задоволуваа критериумите за ПТСР, но не и при последното интервју. Кај 10,9% е утврден *релајс*, односно повторна појава на ПТСР по период на ремисија, а *хронична траекторија на ПТСР* постои кај 17,4% од испитаниците, односно кај оние што при трите процени континуирано ги задоволуваа критериумите за ПТСР.



Слика 1. Траектории на посттравматска адаптација

Фактори на ризик за хроничен шек на посттравмаатска адаптација. Предиктивната моќ на варијаблите пол, возраст, 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 што се на номинално и ординално ниво беа трансформирани во т.н. *dummu* варијабли,<sup>2</sup> додека како зависна варијабла во регресивните анализи беа користени траекториите на ПТСР, при што поради бројот на испитаниците четирите траектории беа соединети во две: *закрепување* ( $n = 25$ ) и *хронична траекторија* ( $n = 21$ ). Втората категорија ги опфаќа траекториите во кои постојат флукуации во актуализирањето 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*-коэффициентите, ќе бидат земени предвид 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

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

поврзаност со исходот од посттрауматската адаптација ќе упатува на најмалку умерена големина на ефектот проценета со двата претходно наведени показатела.

Првата проверка се однесува на предиктивната моќ на социодемографските варијабли (Табела 1). Ниту една од овие варијабли поединечно не се покажа како значаен предиктор за хроничната траекторија, додека како група социодемографските варијабли објаснуваат само 3% од разликите во двете траектории ( $R^2 = .033$ ), односно  $R^2$  не ја надминува вредноста за минимален ефект. Дополнително и вредностите на  $\text{Exp}(B)$  не се значајни.

**Табела 1.** Регресивна анализа на одделни социодемографски варијабли како предиктори на хронична траекторија на посттрауматска адаптација

ВАРИЈАБЛА	<i>B</i>	<i>SEB</i>	Wald	Sig.	$\text{Exp}(B)$
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 првата хипотеза, според која женскиот пол, поголемата возраст, пониското образование и невработеноста се фактори на ризик за хроничен тек на посттрауматска адаптација.

Присилната миграција како сложена воена траума не се покажа дека е значаен предиктор за текот на посттрауматската адаптација, но процената на предиктивната моќ на бројот на доживевани трауми во различен период од животот покажа дека спротивно од очекуваното, испитаниците што доживеале помал број трауми до моментот на првата процена биле изложени на повисок ризик за хронично посттрауматско страдање (Табела 2).

**Табела 2.** Регресивна анализа на видот и бројот на трауматските искуства како предиктори на хронична траекторија на посттрауматска адаптација

ВАРИЈАБЛА	<i>B</i>	<i>SEB</i>	Wald	Sig.	Exp( <i>B</i> )	<i>R</i> <sup>2</sup>
Присилна миграција	1.08	.65	2.78	.096	2.954	.083
Вкупно доживевани трауми (1)	-.61	.28	4.88	<b>.027*</b>	.542	.235
Вкупно доживевани трауми (2)	.09	.91	.01	.918	1.099	.235
Вкупно доживевани трауми (3)	-.02	.33	.00	.943	.977	.235

\**p* < .05

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

Вкупно доживеваниот број трауми до тој момент од животот на испитаниците објаснува околу 24% од варијансата во посттрауматските траектории. Кога беа додадени вкупниот број доживевани трауми во следните две процени, предиктивната моќ на моделот не се подобри.

Тоа значи дека истражувањето не ја потврди ниту втората хипотеза, според која присилната миграција и изложеноста на поголем број трауми во текот на животот се фактори на ризик за хроничен тек на посттрауматска адаптација.

Проверката на предиктивната моќ на посттрауматските стресни реакции при трите процени (Табела 3) покажа дека поистакнатата посттрауматска симптоматологија при втората и третата процена е значаен предиктор за хронична посттрауматска адаптација.

**Табела 3.** Регресивна анализа на истакнатоста на посттрауматските стресни реакции како предиктори на хронична траекторија на посттрауматска адаптација

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

\**p* < .05 \*\**p* < .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 ( $R^2 = .399$ ,  $p < .01$ ), додека со внесување на просечната истакнатост на посттрауматските стресни реакции при третата процена, предиктивната моќ на моделот се зголеми за 12% ( $R^2 = .520$ ,  $p < .05$ ). При двете процени вредноста на  $R^2$  упатува на умерен ефект. Покрај тоа, значајни се и вредностите на  $\text{Exp}(B)$  за двете последователни процени ( $\text{Exp}(B) = 8,51$  [95% CI 2,14-33,81] и  $\text{Exp}(B) = 3,38$  [95% CI 1,16-9,82]). Притоа,  $\text{Exp}(B)$  при втората процена укажува на силен ефект, а при третата на умерен ефект.

**Табела 4.** Регресивна анализа на истакнатоста на проблемите со менталното здравје како предиктори на хронична траекторија на посттрауматска адаптација

ВАРИЈАБЛА	B	SEB	Wald	Sig.	Exp(B)	R <sup>2</sup>
BSI <sub>1</sub>	.58	.57	1.05	.309	1.790	.030
BSI <sub>2</sub>	2.92	1.18	6.16	.013*	18.552	.291
BSI <sub>3</sub>	.99	.51	3.81	.051	2.712	.386

\* $p < .05$

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

Во однос на предиктивната моќ на истакнатоста на различните групи психопатолошки симптоми (Табела 4), регресивната анализа покажа дека само поистакнатите проблеми со менталното здравје при втората процена го зголемуваат ризикот од хронична траекторија на посттрауматска адаптација.

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 е утврдена и значајна вредност на  $\text{Exp}(B)$  при втората процена ( $\text{Exp}(B) = 18,55$  [95% CI 1,85-186,18], која укажува на силен ефект.

**Табела 5.** Регресивна анализа на коморбидитетот на менталните растројства како предиктор на хронична траекторија на посттравматска адаптација

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

\*\**p* < .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 коморбидитет меѓу најмалку две ментални растројства при втората и третата процена е значаен предиктор за хронично посттравматско страдање (Табела 5). 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 случаја станува збор за умерен ефект според вредноста на *R*<sup>2</sup>. Вториот показател за процена на ризикот од хроничен тек на закрепнувањето е значаен за двете последователни проценени (Exp(*B*) = 31,76 [95% CI 3,19-316,03] и Exp(*B*) = 31,76 [95% CI 1,75-48,37] и укажува на силен ефект.

Со оглед на тоа што истакнатоста на посттравматските стресни реакции и другите психопатолошки симптоми, како и присуството на коморбидитет при првата процена не се издвоија како фактори на ризик за хронично ПТСР, може да заклучиме дека истражувањето делумно ја потврди третата хипотеза, според која поголемата истакнатост на посттравматски стресни реакции и на проблеми со менталното здравје, како и присуството на коморбидитет на ментални растројства се фактори на ризик за хроничен тек на посттравматска адаптација.

## Дискусија

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.

Проверката на траектории базирана на присуство, односно отсуство на дијагнозата сегашно ПТСР покажа дека процесот на

посттрауматска адаптација кај повеќе од половина од испитаниците, кои при првата процена ги задоволувале критериумите за ПТСР, можеме да го дефинираме како *закрејнување*, додека кај другата половина испитаници постојат флукуации во појавата и дистрибуцијата на посттрауматските симптоми, односно се утврдени три типа маладаптивни траектории. Во состојба на *ремисија* се наоѓа секој шести испитаник, кај секој деветти испитаник е утврден *релайс*, а *хронична траекторија* на ПТСР постои кај секој шести испитаник. За слични траектории известуваат и други автори (Yehuda et al., 2009; Bonanno et al., 2012; Boscarino & Adams, 2009). Иако е утврдена една позитивна траекторија, сепак, станува збор за закрепнување по долготрајно ПТСР, што индиректно упатува на примарно слаби и/или последователно нарушени механизми за справување со доживеаната трауматизација.

За разлика од повеќето емпириски наоди (на пример, Orcutt, Erickson, & Wolfe, 2004; Lie, 2002; Vojvoda et al., 2008; Boscarino & Adams, 2009), женскиот пол, ниското образование, поголемата возраст и невработеноста не се потврдија како значајни предиктори за хронична посттрауматска адаптација. Присилната миграција, како сложена воена траума што ја доживеале најголем дел од испитаниците, исто така, не се покажа дека е значаен предиктор за текот на посттрауматската адаптација. Едно објаснување за овој наод може да биде релативно краткото времетраење на миграцијата (во просек шест месеци), кое се чини дека немало далекосежни ефекти врз психолошкото функционирање на испитаниците. Од друга страна, спротивно од очекуваното и од досегашните емпириски сознанија (на пример, Boscarino & Adams, 2009), процената на предиктивната моќ на бројот на доживеани трауми во различен период од животот покажа дека испитаниците што доживеале помал број трауми до моментот на првата процена биле изложени на повисок ризик за хронично посттрауматско страдање. Тоа значи дека испитаниците кои во периодот до првата процена не успеале да развијат соодветен репертоар на стратегии за справување со последиците од дотогаш доживеаните трауматски настани биле поранливи на ефектите од идните стресни или трауматски искуства.

Проверката на предиктивната моќ на посттрауматските стресни реакции при трите процени покажа дека периодот на втората процена (пет години по иницијалната трауматизација) бил одлучувачки за натамошниот тек на посттрауматската адаптација. Тоа укажува дека во одреден момент доаѓа до трајно исцрпување на потенцијалите за справување со трауматизацијата, но и со сложените животни контексти, по што посттрауматската симптоматологија

останува трајно обележје на психолошкото функционирање на трауматизираното лице. Наспроти тоа, утврдено е дека присуството и интензитетот на други видови психопатолошки симптоми учествуваат во дефинирањето на текот на адаптацијата во насока на закрепнување или пролонгиран дисфункционален посттрауматски одговор, но не се одлучувачки фактор за варијациите во поединечните траектории при присуство на ПТСР.

Конечно, истражувањето потврди и дека постоењето коморбидитет меѓу најмалку две ментални растројства при втората и третата процена е значаен предиктор за хронична посттрауматска адаптација, што дополнително оди во прилог на основниот наод од ова истражување, а тоа е дека процесот на адаптација по кумулирана трауматизација е сложен и има варијабилан 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 реактуализација 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 посттрауматските околности, предиспозициите на личноста, претходната историја на справување со стресни животни искуства, нарушеното ментално здравје, објективните и субјективните околности на животот итн.

Се поставува прашањето дали по речиси една деценија од доживувањето на колективна воена трауматизација може да се промени текот на посттрауматскиот одговор? Од една страна, промените што се појавиле 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 е 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 интеракцијата 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 значење на траумата што 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 загрошено на колективно ниво, тоа се обидува да ги заштити институциите што 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 ѝ припаѓа трауматизираното лице. Оттука произлегува дека во овој момент се понеопходни интервенции на ниво на колективните траектории на посттрауматска адаптација, кои го дефинираат контекстот во кој се развиваат и се менуваат индивидуалните траектории на посттрауматско закрепнување.

Меѓу ограничувањата на ова истражување, пред сè, се малиот број испитаници и намалувањето на примерокот, што ја намалува можноста за генерализација на наодите, како и отсуството на процена на сите значајни варијабли непосредно по трауматизацијата, што го ограничува увидот во текот на адаптацијата од самиот почеток. За подобро разбирање на механизмите што водат до закрепнување наспроти хронична дисфункционалност, пожелно е спроведување неструктурирани или полуструктурирани интервјуа, како и процена на други релевантни варијабли што не се вклучени во оваа студија (на пример, предиспозиции на личноста и посттрауматски раст). Дополнително е важно и подетално да се проучи обемот на влијание на посттрауматските животни околности во поттикнувањето или попречувањето на текот на оптималната посттрауматска адаптација.

## Литература

- 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.
- 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.
- Ferguson, C. (2009). An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 532-538.
- Ford, J. (2009). The impact of psychological trauma. In Ford, J. *Posttraumatic stress disorder: Science and practice* (pp.31-53). Burlington: Academic Press
- 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.
- Hobfoll, S., Palmieri, P., Johnson, R., Canetti-Nisim, D., Hall, B., & 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.
- Lie, B. (2002). A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 415-425.
- McFarlane, A. & Yehuda, R. (1996). Resilience, vulnerability and the course of posttraumatic reactions. In van der Kolk, B., McFarlane, A., & Weisaeth, L. (Eds.) *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp.155-181). New York: Guilford Press.

- Наумова, К. (2008). Трауматските искуства, менталното здравје и квалитетот на живот кај лицата кои доживеале воени стресови. Неobjавен 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. In Wilson, J. & Keane, T. (Eds.) *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 63-102). New York: The Guilford Press
- Norris, F., Tracy, M., & 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.
- Orcutt, H., Erickson, D., & 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.
- Priebe, S., Jankovic Gavriloic, J., Schützwohl, M., Galeazzi, G.M., Lecic-Tosevski, D., Ajdukovic, D, Franciskovic, T., Kucukalic, A., & Popovski, M. (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.
- 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. In Kirmayer, L., Lemelson, R. & Barad, M. (Eds.). *Understanding trauma: Integrating biological, clinical, and cultural perspectives* (pp.242-258). New York: Cambridge University Press.
- Solomon, Z. & Mikulincer, M. (2006). Trajectories of PTSD: A 20-year longitudinal study. *American Journal of Psychiatry, 163*, 659-666.
- 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.
- Ursano, R., Fullerton, C., & McCaughey, B. (2001). Trauma and disaster. In Ursano, R., Mccaughey, B., & Fullerton, C. (Eds.) *Individual and community responses to trauma and disaster: The structure of human chaos* (pp.3-30). New York: Cambridge University 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.
- Weiss, D. (2004). The Impact of Event Scale-Revised. In Wilson, J. & Keane, T. (Eds.) *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp.168-189). New York: The Guilford Press
- Wilson, J. (2004). PTSD and Complex PTSD: Symptoms, syndromes, and diagnoses. In Wilson, J. & Keane, T. (Eds.) *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp.7-44). New York: The Guilford Press
- Yehuda, R., Schmeidler, J., Labinsky, E., Bell, A., Morris, A., Zelman, 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.

## RISK FACTORS FOR CHRONIC TRAJECTORY OF POSTTRAUMATIC ADAPTATION

Katerina Naumova

### Abstract

The paper presents findings from the first prospective study that follows the course and changes in posttraumatic consequences over a period of five years in persons with long-term posttraumatic stress disorder related to the war conflict in Macedonia in 2001. The study consists of three assessments of mental health in persons diagnosed with PTSD. Data were collected with the Life Stressor Checklist-Revised, Mini International Neuropsychiatric Interview, Brief Symptom Inventory and the Impact of Event Scale-Revised. The findings confirm that the process of adaptation after cumulative traumatization is complex and has a variable course for most of the traumatized persons. Four trajectories of posttraumatic adaptation were determined: one positive (recovery), in over half of the respondents, and three maladaptive (remission, relapse and chronic PTSD trajectory) among other respondents. Confirmed risk factors for chronic trajectory of posttraumatic adaptation are lower number of experienced traumatic events prior to the first assessment, as well as increased severity of posttraumatic symptoms and comorbidity of at least two mental disorders in the second and third assessment. The expectations that certain sociodemographic variables, forced migration and increased number of experienced trauma are risk factors for chronic posttraumatic adaptation were not confirmed. Given the time distance and the social circumstances that followed the war traumatization, the findings highlight the need for interventions at the level of collective trajectories of posttraumatic adaptation, that represents the context for development and change of individual trajectories of posttraumatic recovery.

**Keywords:** *posttraumatic adaptation, chronic PTSD, trajectories, recovery*