

PSIHOLOŠKI PROFIL PRISILNO MOBILISANIH

Mina Mitić

Stanislava Vuković

SAŽETAK

U periodu od maja 2003. godine do maja 2005. godine u Centru za rehabilitaciju žrtava torture (CRTŽ) Međunarodne mreže pomoći (IAN) u Beogradu pružena je psihološka pomoć za preko 500 klijenata, od kojih su 438 prošli detaljniju prijemno-dijagnostičku evidenciju i deo ukupnog psihološko-psihijatrijskog tretmana. Od ukupnog broja klijenata, 140 su bili prisilno mobilisana izbegla lica, 116 su bili žrtve torture u logorima u Hrvatskoj i Bosni i Hercegovini, a 180 su bili izbegla lica koja nisu imala traumu zarobljeništva i torture, odnosno prisilne mobilizacije.

Cilj ovog rada bio je da se uporede navedene podgrupe klijenata s obzirom na opšti socio-demografski i klinički profil. Poseban cilj je bio da se ustanove eventualne razlike u posledicama zlostavljanja koje su preživele prisilno mobilisane osobe i osobe torturisane u logorima, s obzirom na karakter zlostavljanja (torture), kao i razlike u prisutnosti i intenzitetu psihijatrijske i posebno posttraumatske simptomatologije. Podaci su prikupljeni preko sociodemografskog upitnika, strukturisanog psihijatrijskog kliničkog intervjua (SCID), kliničke skale procene posttraumatskog stresnog poremećaja (CAPS), skale uticaja događaja (IES-R), skale provere psiholoških simptoma (SCL-90-R) i Mančesterske skale za procenu kvaliteta života (MANSA).

Rezultati dobijeni analizom podataka pokazali su da, u pogledu prisustva psiholoških posledica, postoji značajna razlika između opšte izbegličke populacije

i specifičnih podgrupa iste populacije, kojima pripadaju prisilno mobilisani i torturirani. Specifične grupe imaju znatno izraženije psihičke smetnje i znatno slabiji kvalitet života. Po intenzitetu psihopatološke fenomenologije grupa prisilno mobilisanih lica bila je mnogo bliža grupi torturiranih, što ukazuje na to da su posledice prisilne regrutacije možda slične posledicama bilo kog drugog čina jasno definisanog oblika torture.

U drugom delu rada upoređene su grupe prisilno mobilisanih i torturiranih lica s obzirom na posttraumatsku simptomatologiju i prisustvo komorbidnih psihijatrijskih dijagnoza. Ustanovljeno je da torturirani imaju znatno veću životnu prevalencu PTSP-a ali da nema značajne razlike u prisustvu aktuelnog PTSP-a, mada torturirani imaju u proseku težu kliničku sliku PTSP-a. Ponuđeno je objašnjenje da je specifični vid psihološke torture, kombinovan sa implementacijom osećanja krivice i izdajstva, delovao gotovo jednako razorno u pravcu razvoja tvrdokornog PTSP-a kao i fizička tortura u neprijateljskim logorima.

Na osnovu prikazanih rezultata u ovom radu zaključeno je da se prisilno mobilisana izbegla lica ne razlikuju od žrtava torture po intenzitetu psihičkih tegoba i prisustvu aktuelnog PTSP-a, ali da postoji značajna razlika u životnoj prevalenci PTSP-a i posebnom profilu psihijatrijskih sindroma, odnosno komorbidnih psihijatrijskih dijagnoza. Ponuđeno je objašnjenje da ta razlika proističe iz specifičnih razlika u pogledu statusa žrtve, nacionalne pripadnosti mučitelja u odnosu na žrtvu, cilja i namere torture/zlostavljanja (iznuđivanje priznanja i osveta primenjeni nad torturisanima u logorima za razliku od "prevaspitavanja" i manipulacije primenjenih nad prisilno mobilisanim), načina rvanja s traumom i valorizacije pretrpljene traume od strane same žrtve, ali i njene okoline.

UVOD

Trauma je svakako jedan od najčešće pominjanih termina u psihijatriji u poslednjoj deceniji. Definisane traumatskog iskustva ponovo je dobilo na značaju usled sve češćeg prisustva psihološke traume u brojnim društvenim konfliktima u savremenom svetu. Društvene katastrofe predstavljaju našu svakodnevicu, pa su istraživači pozvani da se upoznaju s prirodom stresogenog reagovanja kako bi na taj način omogućili efikasno lečenje posledica traume, kao i pravljenje programa prevencije.

Ratovi i česti međuljudski sukobi tipični su primeri interpersonalnih trauma u kojima, za razliku od prirodnih ili tehnoloških nesreća, ljudski faktor predstavlja glavni izvor traumatskog doživljaja. Kada je prisutno namerno nanošenje bola i patnje drugom radi ostvarivanja različitih ciljeva i interesa, tada trauma dobija oblik torture¹. Na tlu bivše Jugoslavije registrovan je veliki broj zatvora i logora u kojima je sprovedena tortura kao političko sredstvo i uobičajen način postupanja prema zarobljenicima.

Najveći deo klijenata Centra za rehabilitaciju žrtava torture (CRTŽ) Međunarodne mreže pomoći (IAN) čine upravo bivši zarobljenici i članovi "Udruženja logoraša iz rata 1991. godine", koji potpadaju pod kategoriju žrtava torture. Drugi deo čine izbegla i raseljena lica koja su se obratila za pomoć zbog ozbiljnih psihičkih tegoba nastalih kao posledica ratnih okolnosti, kao i članovi porodica torturiranih osoba.

Nakon višegodišnjeg pružanja pomoći klijentima ugroženim ratom, u Centru je primećeno da se po svojim karakteristikama izdvaja jedna nova grupa klijenata. To su muškarci sa statusom izbeglih lica u SR Jugoslaviji, koji su prisilno mobilisani u akciji MUP-a Republike Srbije u leto 1995. godine, a zatim vraćeni u Republiku Srpsku Krajinu ili Republiku Srpsku, gde su predati paravojnim ili vojnim formacijama na tim teritorijama i prisiljeni da ratuju za te jedinice.

Fenomen prisilne mobilizacije u toku ratova na teritoriji bivše Jugoslavije devedesetih godina XX veka nije jedinstven slučaj u svetu. Preko interneta su dostupne informacije o slučajevima prisilne mobilizacije na izbegličkim područjima u Avganistanu, Liberiji i Gani pri čemu posmatrači poklanjaju posebnu pažnju problemu prisilne mobilizacije maloletnih osoba. Ipak, iako su problemi uočeni i iako je na njih skrenuta pažnja medija, ne postoje detaljniji podaci o

¹ Tortura je definisana Konvencijom UN protiv mučenja, član 1 (1984), kao «svaki postupak kojim se nekoj osobi nanosi težak bol ili patnja, fizički ili duševni, sa ciljem da se od te osobe ili trećeg lica iznudi informacija ili priznanje, da se ta osoba ili treće lice kazne za nešto što su počinili ili se sumnja da su počinili, ili sa ciljem da se ta osoba ili treće lice zastraše ili na nešto primoraju, ili iz razloga zasnovanih na nekom obliku diskriminacije, u slučaju kad takav bol ili patnju nanosi, podstiče ili svojim pristankom dopušta službeno lice ili drugo lice koje postupa u zvaničnom svojstvu. To ne uključuje bol i patnju koji proističu iz zakonskih kazni ili su njihov sastavni deo.»

okolnostima, a pogotovo ne o posledicama tih pojava prisilne mobilizacije izbegličke populacije (Muir J, 2001; Frelick B, 2004; Côte d'Ivoire, 2004).

U radu sa ovom grupom klijenata CRŽT-a uočeno je da njihov položaj karakterišu posebne pravne, socijalne i psihološke specifičnosti koje su izazvane time što je zlostavljanje (tortura) nad njima bilo sprovedeno od strane njihovih sunarodnika i njihove sopstvene države; po tome se ova grupa izdvaja od ostalih kategorija klijenata.

Da bi se istražile ove specifičnosti, neophodno je analizirati postojeće razlike u psihopatološkoj simptomatologiji između ljudi koji su preživeli različite vrste traumatskih događaja, kao što su na primer, ratna trauma, prisilna mobilizacija ili psihofizičko mučenje u vojnim zatvorima i logorima.

Nalazi mnogobrojnih studija ukazuju na to da različiti faktori određuju reakciju na traumatske događaje. O tome se mora voditi računa kada se tumače odgovori.

Aldwin, Levenson i Spiro (1994) navode da u vezi između izloženosti vojnim dejstvima i simptoma PTSP-a delimično posreduju procene poželjnih i nepoželjnih efekata vojne službe. Sagledavanje nepoželjnih efekata, kao što su gubici u sferi karijere i veza, i proživljavanje različitih negativnih emotivnih stanja, u pozitivnoj je vezi s nivoom simptoma PTSP-a, sa simptomima depresije i načinom reagovanja u stresnoj situaciji. Nasuprot tome, sagledavanje pozitivnih efekata proizašlih iz stresa, kao što je razvijanje sposobnosti suočavanja, u negativnoj je vezi s nivoom simptoma PTSP-a.

Momartin i saradnici (2003) nisu našli razliku u riziku zadobijanja PTSP-a između grupe najviše izložene kršenju ljudskih prava (zatočenje u koncentracionim logorima, mučenje) i grupe izložene opštim ratnim traumama. S druge strane, Silove i saradnici (2002) našli su da tortura, pre nego drugi ispitivani traumatski faktori, predstavlja rizik za razvoj PTSP-a.

Upoznavanje specifičnih tipova žrtava torture klinički je značajno za tretman. Postojeći podaci mogu se iskoristiti za identifikovanje osoba kojima je neophodna klinička pomoć da bi prebrodile traumatske događaje. Oni mogu poslužiti i u razvijanju uspešnog terapijskog prilaza i adekvatnog tretmana, a sve u cilju učvršćivanja sposobnosti žrtava torture da se suoče s posledicama stresa i postignu nivo funkcionalnosti koji su imale pre torture.

Jedno od osnovnih pitanja, na koja ovaj rad pretenduje da pruži odgovor jeste: ***da li se trauma kojoj su prisilno mobilisani bili izloženi može nazvati torturom?*** O tome će se u ovome radu zaključivati na osnovu vrste i intenziteta psiholoških posledica koje je ovaj nasilni čin ostavio na duševno zdravlje žrtava. Nešto jasnija slika će se dobiti poređenjem ovih posledica sa onima koje izazivaju ostale ratne traume, u izbegličkoj populaciji, s jedne strane, kao i s posledicama do kojih dovodi preživljena tortura u vojnim logorima i zatvorima s druge strane.

Iskustvo torture obično se preživljava na dramatičan način jer u susretu s takvim vidom nasilja mogu biti uzdrmani osnovni temelji ljudskog postojanja, a to

su vera, osećanje sigurnosti i bliskosti u odnosu s drugim ljudima. Narušavanje ovih osnovnih oslonaca u životu osobe i nepoštovanje principa uvažavanja osnovnih ljudskih potreba mogu imati ozbiljne, često i trajne posledice po duševno zdravlje torturisanе individue. To može dovesti do različitih psihičkih poremećaja i do teškoća u celokupnom psihosocijalnom funkcionisanju osobe. Tipičan poremećaj koji nastaje kao posledica torture jeste posttraumatski stresni poremećaj (PTSP). Važno je, međutim, istaći da psihopatološke posledice traumatskih iskustava predstavljaju širok spektar međusobno različitih vrsta i kombinacija simptomatologije.

U skladu s tim činjenicama prirodno je pretpostaviti da i prinudna regrutacija, kao iskustvo sa snažnim traumatskim potencijalom, može dovesti do razvoja PTSP-a. Ovaj rad proverava tu pretpostavku odgovarajući na pitanje: ***da li je, ili u kojoj je meri kod prisilno mobilisanih lica prisutna simptomatologija PTSP-a?***

Prisutnost PTSP-a može predstavljati indikator objektivne težine traume, ali mnogo više ukazuje na subjektivni doživljaj težine traume, koji direktno zavisi od konkretne ličnosti koja je preživljava. Na ovakav posredan način, putem procene posledica, mogu se izvesti neki zaključci o kvalitetu i vrsti uzroka.

U istoriji proučavanja strukture posttraumatske simptomatologije uglavnom se polazilo od ispitivanja samo nekih faktora rizika za hronični odgovor na stres. Generalno, naglašavao se značaj *intenziteta traume* za pojavu PTSP-a. Međutim, rezultati upozoravaju na to da efekti intenziteta traume nemaju uniforman karakter. S obzirom na različite karakteristike traumatskog događaja, preplavljujuće iskustvo traume može se pripisati različitim faktorima. Može se postaviti pitanje šta zapravo znači intenzitet traume. Da li se on može meriti samo jačinom preživljenih vrsta mučenja? Ili je neophodno voditi računa i o subjektivnoj interpretaciji tih događaja? Šta sve utiče na subjektivnu interpretaciju traumatskog događaja? Mi smo pristalice strategije po kojoj pažnju treba posvetiti i uticaju *specifičnih obeležja traumatskog događaja* na izloženost i nastajanje simptoma. Naime, samo ukoliko detaljno izučimo takve razlike, moći ćemo da u potpunosti razumemo bogato međudejstvo faktora traumatskog događaja, izloženosti traumatskom stresu i težine traumatskog događaja.

Ovaj rad bi svojim nalazima mogao doprineti svemu prethodno navedenom, a naročito terapiji prisilno mobilisanih lica kao posebne grupe žrtava torture. Zbog specifičnosti njihovog položaja pretpostavlja se da će prinudno regrutovana lica imati i jedinstven psihološki profil u odnosu na torturisanе u neprijateljskim logorima, kao i u odnosu na izbegla lica. Jedna od važnih dilema, naime da li se prisilna mobilizacija može definisati kao vid torture, biće pojašnjena kroz analizu intenziteta torture i vrste posledica koje ona ostavlja na duševno zdravlje žrtava, kao i kroz poređenje tih posledica s psihološkim posledicama kod druge dve grupe, tj. kod izbeglih i torturisanih lica. U skladu s tim jedna od hipoteza bila je da će prinudno regrutovani imati izraženiju posttraumatsku

simptomatologiju od izbeglih lica, a ostavljeno je otvoreno pitanje da li će se po tome bitno razlikovati i od grupe torturisanih u neprijateljskim logorima.

METOD

Ispitanici i procedura

Ovim istraživanjem su obuhvaćeni podaci dobijeni od 436 klijenata Međunarodne mreže pomoći (IAN), u Beogradu, u periodu od maja 2003. do maja 2005. godine. Ispitanici su bili izbegla lica s prostora zahvaćenih ratovima 1991-1995. godine koja su zatražila izbeglički status u SR Jugoslaviji, tj. Srbiji i Crnoj Gori. Posebne podgrupe u ovom uzorku izbeglih lica činili su prisilno mobilisani muškarci za vreme rata na tlu bivše Jugoslavije i žrtve torture u logorima i zatvorima za vreme ratova u bivšoj Jugoslaviji 1991-1995. godine.

Podgrupu prisilno mobilisanih sačinjavalo je 140 ispitanika. U studiju su ušli svi oni klijenti koji su imali uredno zavedene sociodemografske podatke, kao i podatke s testova u okviru psihološke baterije koja se uobičajeno zadaje radi registrovanja simptomatologije i postavljanja dijagnoze klijenata. Svi ovi ispitanici su u leto 1995. godine uhapšeni od strane policajaca MUP-a Republike Srbije dok su bili u izbegličkom statusu na teritoriji SRJ, i potom su isporučeni preko državne granice. Više od 90% ovih ispitanika bilo je u logoru paravojnih jedinica u Erdutu, u Istočnoj Slavoniji, a manji broj u Belom Manastiru, Manjači i Kninu. Najveći broj ovih prisilno mobilisanih lica – klijenata IAN-a - proveo je u tim logorima 3-10 dana (poneko i više od 30 dana), a gotovo svi su bili izloženi psihičkoj i/ili fizičkoj torturi. Nakon takvog postupka veći broj ovih prisilno mobilisanih upućen je u ratne jedinice VRSK ili VRS, a jedan deo je ostao u sastavu i/ili pod neposrednom kontrolom paravojnih jedinica, gde su proveli od 1,5 do 4 meseca (najčešće oko 3 meseca) pod oružjem u statusu borca.

Podgrupu torturisanih lica činili su 116 muškaraca, klijenata Centra za rehabilitaciju žrtava torture u okviru IAN-a. Svi oni su imali iskustvo traume zarobljeničtva i torture u nekim od neprijateljskih logora ili zatvora za vreme rata.

Podgrupu izbeglica u užem smislu sačinjavalo je 180 lica sa izbegličkim statusom u SR Jugoslaviji, koja su došla s prostora zahvaćenih ratom – u najvećem broju iz Hrvatske i u manjem broju iz Bosne i Hercegovine – i koja su imala iskustva različitih tipova ratne traume, ali nisu imala traumu zarobljeničtva i torture, odnosno prisilne mobilizacije.

Ispitivanje je izvršeno u savetovalištim Međunarodne mreže pomoći (IAN). Ispitanici su se javili tražeći psihološku i pravnu pomoć i dobrovoljno su prihvatili učešće u testiranju. Detaljna psihološka eksploracija u Centru obično je vršena pre primene tretmana jer su njeni rezultati predstavljali smernicu za budući savetodavni i psihoterapijski rad. Nakon toga klijentima je pružena i odgovarajuća vrsta pomoći. Rad na dokumentaciji obuhvatao je čuvanje baze podataka o svim

klijentima, dokumentovanje njihovih svedočenja, kao i prikupljanje informacija o svim drugim materijalima i izvorima u vezi s torturom i ljudskim pravima.

Instrumenti

Detaljna dijagnostička procedura bila je ista za sve pacijente. Ona je obuhvatala strukturisani klinički intervju i instrumente za procenu vrste i intenziteta traumatskog događaja, posttraumatsku simptomatologiju i opštu psihijatrijsku simptomatologiju. Treba napomenuti da jedan broj ispitanika nije popunio sve podatke na testovima. Korišćeni su sledeći psihološki instrumenti:

1. **Lista pozivara - opšti upitnik** koji se sastoji od osnovnih demografskih podataka, registrovanja problema zbog kojih se klijent javlja, psihološke procene klijenta od strane terapeuta i tipa intervencije koju je terapeut primenio.
2. **Strukturisani klinički psihijatrijski intervju po DSM-IV** klasifikaciji za Osu I poremećaja (SCID-I; First, Gibbon, Spitzer & Williams, 1996): ovaj instrument predstavlja zlatni standard za pouzdanu psihijatrijsku dijagnostiku, prema američkoj klasifikaciji psihijatrijskih poremećaja.
3. **Klinička skala procene PTSP-a (CAPS; Blake i sar., 1990)**: sličan prethodnom instrumentu, CAPS je strukturisani intervju, i daje pouzdane podatke o postojanju posttraumatskog stresnog poremećaja, bilo u trenutku ispitivanja ili u nekom ranijem periodu u životu.
4. **Skala uticaja događaja – revidirana verzija (IES-R; Weiss & Marmar, 1997)**: to je instrument za samoprocenu posttraumatskih simptoma.
5. **Skala provere simptoma-revidirana verzija (SCL-90-R; Derogatis, 1983)**: ova skala je korišćena za samoprocenu širokog spektra psihopatoloških simptoma.
6. **Mančesterska skala za procenu kvaliteta života (MANSA; Priebe, Huxley, Knight & Evens, 1999)**: inventar za samoprocenu kvaliteta različitih oblasti života. Skala ima 16 pitanja, od kojih se na 12 pitanja odgovara na skali od 1 do 7 (1 - ne može biti gore, 2 - vrlo nezadovoljan; 3 - pretežno nezadovoljan, 4 - i zadovoljan i nezadovoljan; 5 - pretežno zadovoljan; 6 - vrlo zadovoljan; 7 - ne može biti bolje).

Statistička analiza

Pri obradi rezultata upotrebljene su standardne deskriptivne i analitičke statističke metode. Statistička obrada je izvršena uz pomoć statističkog softvera na PC-u.

REZULTATI

Prosečna starosna dob klijenata IAN-a koji su bili prisilno mobilisani bila je $43,31 \pm 8,15$ (raspon 27-64) godina, za razliku od nešto starijih grupa klijenata iz podgrupe torturiranih - $48,13 \pm 10,90$ (raspon 23-73) godina i podgrupe izbeglica - $48,85 \pm 12,96$ (raspon 18-79) godina.

Tabela 1: *Opšte sociodemografske karakteristike prisilno mobilisanih*

Demografske karakteristike	%
Stepen obrazovanja	
Bez obrazovanja	2,0
Osnovna škola	29,6
Srednja škola	60,2
Student	1,0
Viša škola	3,1
Fakultet	4,1
Zaposlenost	
Zaposlen	36,4
Nezaposlen	63,6
Bračno stanje	
Neoženjen	21,8
Oženjen	70,9
Udovac	0,9
Razveden	6,4

Kao što se vidi iz tabele 1. najveći broj ispitanika ima srednjoškolsko obrazovanje. Značajan broj ispitanika ima završenu osnovnu školu, dok je neznatan broj ispitanika raspoređen po ostalim kategorijama.

Struktura zaposlenosti prisilno mobilisanih klijenta pokazuje njihovu prilično nepovoljnu egzistencijalnu situaciju. Oko dve trećine klijenata nema posao, dok je samo jedna trećina zaposlena.

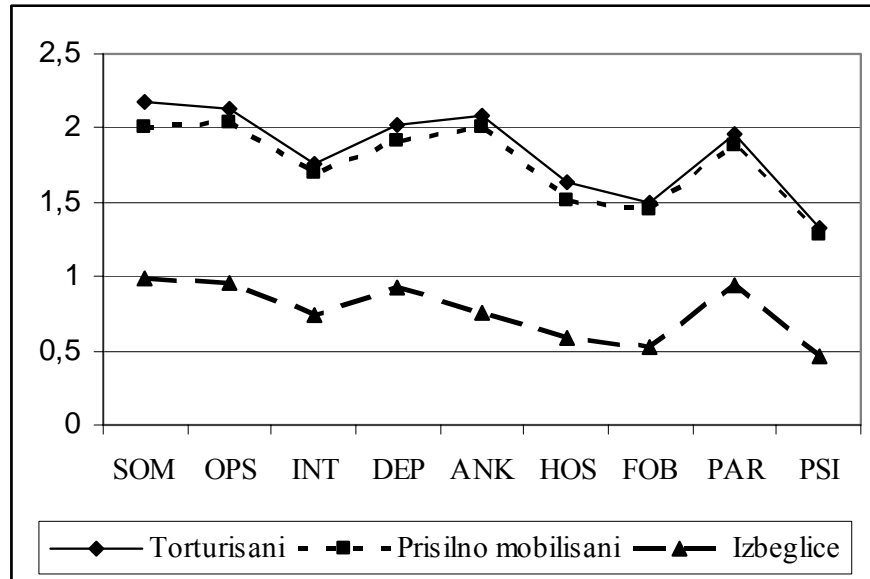
Većina klijenata živi u bračnoj zajednici, manji broj klijenata su samci, dok je zanemarljivo malo klijenata koji spadaju u kategorije udovaca i razvedenih.

Tabela 2: Razlika srednjih vrednosti skorova po dimenzijama simptoma na SCL-90-R između tri grupe klijenata Međunarodne mreže pomoći (IAN)

SCL-90-R	Pris. mobilisani (N=74)		Torturisani (N=93)		Izbeglice (N=103)		Statistička značajnost	
	M	SD	M	SD	M	SD	F	Sig.
SOM	2,01	0,89	2,17	1,05	0,98	0,97	35,93	<0,01
OPS	2,04	0,94	2,13	1,05	0,95	0,73	40,12	<0,01
INT	1,70	0,98	1,76	1,02	0,75	0,75	29,64	<0,01
DEP	1,92	0,90	2,02	1,03	0,93	0,77	35,00	<0,01
ANK	2,01	1,02	2,09	1,12	0,77	0,83	43,60	<0,01
HOS	1,53	0,95	1,64	1,04	0,59	0,57	32,78	<0,01
FOB	1,46	1,04	1,50	1,11	0,53	0,65	24,92	<0,01
PAR	1,88	1,00	1,96	1,05	0,94	0,80	27,71	<0,01
PSI	1,28	0,95	1,32	0,94	0,47	0,58	24,80	<0,01

SOM=somatizacija, OPS=opsesivnost, INT=interpersonalna senzitivnost,
DEP=depresivnost, ANK=anksioznost, HOS=hostilnost, FOB=fobičnost,
PAR=paranoidnost, PSI=psihoticizam

Slika 1. Srednje vrednosti 9 dimenzija izvedenih iz SCL-90-R kod klijenata IAN-A (raspon skale od 0 do 4)



SOM=somatizacija, OPS=opsesivnost, INT=interpersonalna senzitivnost,
 DEP=depresivnost, ANK=anksioznost, HOS=hostilnost, FOB=fobičnost,
 PAR=paranoidnost, PSI=psihoticizam

Rezultati testa SCL-90-R na tabeli 2 pokazuju ubedljivu razliku u izraženosti aktuelne psihijatrijske simptomatologije sa značajno višim skorovima kod grupe torturiranih osoba, nešto nižim kod prisilno mobilisanih, a ubedljivo najnižim kod podgrupe izbeglica.

Kao što se vidi iz slike 1, prve dve grupe, torturirani i prisilno mobilisani značajno su bliže po vrednosti svojih skorova na SCL-90-R na svim dimenzijama testa u odnosu na grupu izbeglica.

Tabela 3: Razlika srednjih vrednosti skorova po dimenzijama simptoma na IES-R

	Prisilno mobilisani (N=104)		Izbeglice (N=180)		Statistička značajnost	
	M	SD	M	SD	F	Sig.
IES-INT	2,32	1,04	1,53	1,12	34,36	<0.01
IES-AVOID	2,22	0,75	1,52	1,03	35,82	<0.01
IES-HYPER	2,41	1,05	1,39	1,17	54,60	<0.01

IES-INT = intruzivni simptomi, IES-AVOID = simptomi izbegavanja, IES-HYPER = simptomi prenadraženosti

Na skali uticaja događaja (IES-R), na kojoj su ispitanici procenili intenzitet aktuelnih posttraumatskih tegoba, grupa prisilno mobilisanih imala je ubedljivo veće prosečne skorove, naročito na podskali simptoma preterane razdražljivosti.

Na Mančesterskoj skali za samoprocenu kvaliteta različitih oblasti života (MANSA) prisilno mobilisani su imali prosečan skor $3,21 \pm 0,77$, a izbeglice $4,31 \pm 0,79$ što je statistički značajna razlika ($F=131,13$; $p<0,01$).

Tabela 4: Dijagnoza PTSP-a ustanovljena primenom CAPS-DX-a

Dijagnoza po CAPS-u	Prisilno mobilisani (N=140)		Torturisanii (N=116)	
	n	%	n	%
Ukupno PTSP	89	63,6	106	91,3
<i>Aktuelni PTSP</i>	82	58,6	73	62,9
<i>Prebolovani PTSP</i>	7	5,0	33	28,4
Nema PTSP-a	51	36,4	10	8,7

Pearsonov hi-kvadrat: $\chi^2 = 43,109$, $p < 0,001$

Ne postoji značajna razlika između grupe torturisaniih i prisilno mobilisanih u prisustvu dijagnoze aktuelnog PTSP-a, međutim značajno veći procenat torturisaniih ima prebolovani PTSP. Ukupna životna prevalenca PTSP-a (aktuelni + prebolovani) kod torturisaniih je 91,3%, a znatno manja, mada preko polovine (63,6%), kod prisilno mobilisanih.

Tabela 5: Razlika srednjih vrednosti simptoma kod aktuelnog PTSP-a

CAPS-DX	PM (N=140)		T (N=116)		Stat. znač.	
	M	SD	M	SD	F	Sig.(p)
<i>Simptomi ponovnog proživljavanja traume</i>						
B1. Uznemiravajući snovi	0,89	0,88	1,32	1,14	16,23	<0,01
B2. Uznemiravajuća prisećanja	1,14	0,99	1,68	1,24	20,38	<0,01
B3. Osećaj ponavljanja traume	0,18	0,48	0,36	0,71	7,55	<0,01
B4. Psihička nelagoda pri podsećanju	1,19	0,97	1,47	0,97	7,86	<0,01
B5. Fiziološka reakcija pri podsećanju	0,92	0,85	1,13	0,98	4,61	<0,05
<i>Simptomi izbegavanja i emocionalne otupelosti</i>						
C1. Izbegavanje misli, osećanja	1,35	1,03	1,69	1,14	8,72	<0,01
C2. Izbegavanje aktivnosti, mesta, ljudi	0,85	0,86	1,06	1,08	4,12	<0,05
C3. Nesposobnost prisećanja na traumu	0,55	0,85	0,69	0,96	2,05	n.s.
C4. Smanjeno interesovanje	0,97	0,93	1,54	1,24	22,94	<0,01
C5. Odvojenost i otuđenje	0,77	0,99	1,26	1,17	18,19	<0,01
C6. Ograničenje opšteg afekta	0,91	0,94	1,20	1,10	6,98	<0,01
C7. Osećaj skraćene budućnosti	0,69	0,82	1,17	1,24	17,75	<0,01
<i>Simptomi preterane razdražljivosti</i>						
D1. Teškoće spavanja	1,50	1,18	2,14	1,35	22,75	<0,01
D2. Razdražljivost i izlivi ljutnje	1,09	1,02	1,44	1,16	9,73	<0,01
D3. Teškoće pri koncentrisanju	1,04	0,99	1,26	1,11	4,16	<0,05
D4. Podozrivost	0,79	0,90	1,20	1,16	13,31	<0,01
D5. Prenaglašena reakcija trzanja	1,16	0,99	1,23	1,04	0,48	n.s.

PM = Prisilno mobilisani, T = žrtve torture, torturisani

Iako nema velike razlike u frekvenciji dijagnoze aktuelnog PTSP-a između grupa torturisanih i prisilno mobilisanih, značajna razlika postoji u izraženosti (težini) simptomatologije kao što se vidi iz tabele 5. Naročito su kod torturisanih izraženiji sledeći simptomi: smanjeno interesovanje i učešće u aktivnostima,

teškoće uspavljanja i spavanja, uznemiravajući snovi, uznemiravajuća prisećanja na traumu, osećanje odvojenosti i otuđenosti od drugih ljudi, osećanje besperspektivnosti i podozrivost.

Tabela 6: CAPS-DX – dodatni (povezani) simptomi kod aktuelnog PTSP-a

CAPS-DX – Dodatni simptomi	PM (N=140)		T (N=116)		Stat. znač.	
	M	SD	M	SD	F	Sig.(p)
Depersonalizacija	0,05	0,28	0,10	0,40	1,61	n.s.
Derealizacija	0,14	0,45	0,17	0,54	0,48	n.s.
Smanjenje svesnosti u doživljaju okoline	0,38	0,70	0,33	0,75	0,46	n.s.
Krivica preživelog	0,05	0,28	0,11	0,48	1,76	n.s.
Krivica zbog učinjenog ili propuštenog	0,28	0,68	0,44	0,82	3,88	<0,05

Što se tiče dodatnih (povezanih) simptoma na CAPS-DX, oni su u znatno manjoj meri izraženi od gore navedenih posttraumatskih simptoma. Jedina značajnija razlika je u osećanju krivice, koje je izraženije kod torturisanih.

Tabela 7: CAPS-DX – izraženost oštećenja kod aktuelnog PTSP-a

CAPS-DX – intenzitet tegoba	PM (N=140)		T (N=116)		Stat. znač.	
	M	SD	M	SD	F	Sig.(p)
Subjektivne smetnje	1,56	1,05	1,88	0,98	9,63	<0,01
Oštećenje u socijalnom funkcionisanju	1,16	0,99	1,46	0,97	8,95	<0,01
Oštećenje u profesionalnom funkcionisanju	1,18	0,99	1,33	1,00	2,32	n.s.

Oštećenje funkcionalnosti na raznim životnim poljima je izraženije kod žrtava torture nego kod prisilno mobilisanih.

Tabela 8: *Psihijatrijske dijagnoze ustanovljene primenom SCID-a*

Dijagnoza po SCID-u	Prisilno mobilisani (N=140)		Torturirani (N=116)		Statistička značajnost	
	M	SD	M	SD	F	Sig.
Sadašnja velika depresivna epizoda	0,22	0,42	0,23	0,42	0,05	n.s.
Prethodna velika depresivna epizoda	0,26	0,44	0,22	0,42	0,55	n.s.
Prethodna manična epizoda	0,00	0,00	0,01	0,09	1,21	n.s.
Prethodna hipomanična epizoda	0,01	0,12	0,01	0,09	0,18	n.s.
Distimični poremećaj (sadašnji)	0,08	0,27	0,19	0,39	7,11	<0,01
Psihotični i udruženi simptomi	0,00	0,00	0,01	0,09	1,21	n.s.
Bipolarni II poremećaj	0,01	0,09	0,01	0,09	0,02	n.s.
Veliki depresivni poremećaj	0,27	0,45	0,16	0,36	5,08	<0,05
Poremećaji zlopotrebe alkohola	0,09	0,28	0,14	0,35	1,77	n.s.
Zavisnost od alkohola	0,04	0,19	0,03	0,18	0,00	n.s.
Zloupotreba nealkoholnih supstanci	0,00	0,00	0,01	0,09	1,21	n.s.
Zavisnost od nealkoholnih supstanci	0,00	0,00	0,01	0,09	1,21	n.s.
Panični poremećaj	0,02	0,15	0,07	0,25	3,51	n.s.
Panični poremećaj sa agorafobijom	0,02	0,15	0,08	0,27	4,52	<0,05
Agorafobija bez paničnog poremećaja	0,00	0,00	0,04	0,20	6,26	<0,05
Socijalna fobija	0,03	0,17	0,03	0,16	0,02	n.s.
Posebna fobija	0,08	0,27	0,06	0,24	0,32	n.s.
Opsesivno-kompulzivni poremećaj	0,05	0,22	0,05	0,22	0,00	n.s.
Anksiozni poremećaj NOS	0,00	0,00	0,02	0,13	2,44	n.s.

Dijagnoza po SCID-u	Prisilno mobilisani (N=140)		Torturisani (N=116)		Statistička značajnost	
	M	SD	M	SD	F	Sig.
Poremećaj somatizacije (sadašnji)	0,04	0,20	0,05	0,22	0,11	n.s.
Bolni poremećaj	0,04	0,19	0,02	0,13	0,81	n.s.
Nedifer. somatofornni poremećaj	0,05	0,22	0,00	0,00	6,06	<0,05
Hipohondrija	0,02	0,15	0,02	0,13	0,06	n.s.
Dismorfofobični poremećaj	0,01	0,12	0,00	0,00	1,67	n.s.
Poremećaj ishrane	0,04	0,19	0,05	0,22	0,39	n.s.
Generalizovani anksiozni poremećaj	0,08	0,27	0,05	0,22	0,73	n.s.

Kao što se vidi iz tabele 4, generalno rečeno ne postoje upadljive razlike između srednjih vrednosti skorova psihijatrijskih dijagnoza postavljenih na osnovu strukturisanog intervjua (SCID). Nešto značajnije razlike postoje između vrednosti skorova za sledeće poremećaje: prethodna velika depresivna epizoda, veliki depresivni poremećaj i nediferencirani somatofornni poremećaj (koji su izraženiji kod prisilno mobilisanih). Distimični poremećaj, agorafobija i panični poremećaj su češći kod torturisanih.

DISKUSIJA

Položaj prisilno mobilisanih klijenata, sam po sebi, podrazumeva niz specifičnosti. Za većinu njih, s obzirom na to da su izbegla lica, akt prisilne mobilizacije bio je ponovljena trauma, često u nizu prethodnih. U literaturi se, takođe, navodi da jedan od značajnih etioloških činilaca u razvoju PTSP-a može biti ponovljena traumatizacija (Lazarus&Folkman, 1984). Postoji nekoliko mogućih interpretacija ovih tvrdnji. Jedna od mogućnosti je da ponovljena traumatizacija ima ulogu sočiva, tj. da uvećava uticaj događaja. Naime, ona utiče na to da ovi ljudi investiraju svoju energiju u stalni doživljaj mučnog i neprijatnog straha, nesigurnosti i anksioznosti. Zbog toga dodatne traumatske ekscitacije mogu neobično lako i brzo negativno da deluju na već emocionalno nestabilnog pojedinca. Druga vrsta interpretacija govori o tome da se negativni uticaji ponovnog stresa akumuliraju, što može povećati izgleda za nastajanje mentalnih

poremećaja. To je kod prisilno mobilisanih moglo stvoriti predispoziciju za veću osetljivost i povećati rizik od razvijanja simptoma PTSP-a.

Specifičan kontekst u kome su se našla prisilno mobilisana lica regrutovana od strane pripadnika sopstvenog naroda jedan je od sociokulturnih faktora koji takođe ima važnu determinišuću ulogu. Takav socijalni milje modifikuje način prihvatanja proživljenog traumatskog iskustva i daje mu specifično značenje.

I pre početka rada s prisilno mobilisanim licima postavljeno je pitanje da li ti ljudi zaista predstavljaju posebnu skupinu klijenata, ili se karakteristike prinude kojoj su oni bili izloženi mogu podvesti pod kategoriju torture, kako je definišu Ujedinjene nacije. Ukoliko bi to bilo moguće, onda bi oni zapravo predstavljali podgrupu već definisane kategorije torturisanih lica.

Neki autori dalje polemišu o tome pošto, s teorijskog stanovišta, ne postoje jasno definisane odrednice za akt prisilne regrutacije, tj. nema odgovora na pitanje da li je taj prisilni čin sâm po sebi čin torture ili se on može tako okvalifikovati samo kada se primene fizička sila ili odmazda (Špirić, 2004).

Tumačenjem dobijenih rezultata može se steći nešto jasnija slika o ovoj grupi ljudi i mogu se dati neki odgovori na postavljena pitanja. Psihološke karakteristike, kao i simptomatologija prinudno regrutovanih lica, predstavljaju osnov za prikaz njihovog psihološkog profila, a u poređenju s jasno definisanim grupama torturisanih i izbeglih lica može se zaključiti kojoj grupi su oni sličniji i bliži.

U našem uzorku, poređenje tri grupe (torturisanih, prisilno mobilisanih i izbeglica) po izraženosti psihičkih tegoba, merenih instrumentom SCL-90-R, pokazalo je da se tri grupe statistički značajno razlikuju s obzirom na psihopatološku fenomenologiju. Intenzitet psihičkih tegoba najizraženiji je kod grupe torturisanih, neznatno manji u grupi prisilno mobilisanih, i znatno manji u grupi izbeglica. Ovi rezultati su u skladu sa istraživanjima Roncevic-Grzete i saradnika (2001), koji su, koristeći Hamiltonovu skalu depresije pokazali da žrtve torture, više nego druge traumatizovane grupe (izbeglice) pokazuju klinički izraženu depresivnost, kao i s nalazom Stresthe i saradnika (1998), koji su registrovali da torturisani imaju veći skor anksioznosti i depresivnosti na SCL od netorturisanih. Špirić i Knežević (2004) su našli da postoji značajna razlika u svih 9 dimenzija na SCL-90-R između žrtava torture i izbeglih osoba koje su doživele druge oblike ratne traume, ali ne zarobljenišтво i torturu.

Rezultati poređenja izbeglih i prisilno mobilisanih lica ukazuju nam na to da je opšta psihijatrijska simptomatologija izraženija kod prinudno regrutovanih. Takođe, i specifični posttraumatski simptomi po sva tri klastera procenjeni "Skalom uticaja događaja" prisutniji su u grupi prisilno mobilisanih nego kod izbeglih lica. Prisilno mobilisani znatno niže vrednuju kvalitet sopstvenog života (MANSA) na skali od 1 do 7: oni ga ocenjuju prosečnom ocenom 3,21 ("uglavnom

nezadovoljan") za razliku od izbeglica, gde ta ocena iznosi 4,31 ("ni zadovoljan ni nezadovoljan").

Pošto se pokazalo da je grupa prisilno mobilisanih po intenzitetu psihičkih tegoba mnogo bliža grupi torturisanih nego grupi izbeglica, nameće se bitan zaključak da prisilna regrutacija ima posledice slične posledicama bilo kog drugog akta jasno definisanog oblika torture.

Sudeći po našim rezultatima, postoji velika razlika u životnoj prevalenci PTSP-a (PM=64%, T=91%), što je i očekivano jer je po dostupnim izvorima prevalenca PTSP-a kod torturisanih ubedljivo najveća u odnosu na bilo koju drugu grupu traumatizovanih. Ipak, pokazalo se da ne postoji značajna razlika u prisustvu dijagnoze aktuelnog PTSP-a. To se može protumačiti na više načina.

Po izjavama klijenata, prisilno mobilisani su provodili u paravojnim kampovima na takozvanoj obuci jedan do deset dana, što je ipak bio kraći period lišavanja slobode nego u slučaju bivših ratnih zatvorenika. Kontekst ukupne situacije, kao i način ophođenja prema njima kao "izdajicama sopstvenog naroda", u sebi je sadržao uglavnom ponižavanje i pretnje kao vid psihološke torture, dok su obično manje korišćene metode fizičkog mučenja, osim metoda iscrpljivanja i teškog fizičkog rada. Procena životne ugroženosti je objektivno bila manja jer su ova lica prisilno mobilisana u ime države i od strane sopstvenog naroda, iako se to najčešće nije podudaralo s njihovim subjektivnim doživljajem.

Međutim, mnogi drugi činioци karakteristični za položaj prisilno mobilisanih uticali su da atmosfera ugroženosti tokom prinudne regrutacije bude jednako nepodnošljiva kao i tokom zatočeništva u neprijateljskim logorima. Torturisanu u neprijateljskim logorima ispoljavali su prirodnu potrebu za katarzičkom verbalizacijom, što je predstavljalo način rezolucije traume. S druge strane, kod prisilno mobilisanih je diskusija o traumatskim iskustvima doživljavana kao neprikladna i socijalno neprihvatljiva jer je tortura bila sprovedena od strane njihovog sopstvenog naroda, uz obrazloženje da se vrši nad izdajnicima.

Poznato je da u situacijama zarobljeništva zločinac postaje najmoćnija figura u životu žrtve, te njegovo ponašanje i verovanje počinju da oblikuju psihologiju žrtve. Ljudi koji su prisilno mobilisani opisuju despotsku kontrolu od strane mučitelja sunarodnika, koji su na taj način pokušavali da razore njihov osećaj autonomnosti. Metode uspostavljanja kontrole zasnovane su na sistemskoj, ponovljenoj psihološkoj traumatizaciji. Strah kod žrtava često se izazivao nestalnim i nepredvidljivim izlivima nasilja i ćudljivim insistiranjem na pojedinostima. U literaturi se pominje da su pretnje smrću ili povredom, koje su i ovde primenjivane, jednako efikasne kao i direktan atak na žrtvu (Herman, 1997).

Karakterističan vid torture sprovodio se kroz slabljenje žrtava davanjem adiktivnih droga i alkohola, što su oni u tom trenutku doživeli kao sredstvo za lakše preživljavanje. Takvo sračunato podmićivanje "sitnim" uslugama podrivalo je psihološki otpor prisilno mobilisanih daleko uspešnije nego stalno lišavanje i strah. Druge metode torture ispoljavale su se kroz neprikosnovene zahteve za

poštovanjem i divljenjem, kako bi se žrtve dobrovoljno potčinjavale mučiteljima. Mučitelji su hteli da im nametnu ne samo strah od smrti već i zahvalnost što im je dozvoljeno da žive. Neki od klijenata opisuju situacije kada su bili uvereni da će biti ubijeni, a onda bi u poslednjem trenutku bili pošteđeni. Nakon nekoliko takvih iskustava "sigurne smrti", žrtva počinje, paradoksalno, da vidi zločinca kao svog spasioca, iako joj on pruža lažnu podršku. Kad se ima u vidu da su prisilno regrutovana lica dugo bila deprivirana, jasno je da opisano ponašanje mučitelja postaje sredstvo prinude, a sami mučitelji postaju izvor straha i poniženja, ali istovremeno i iluzije uspeha. Konačan efekat ovih tehnika jeste to da su prisilno mobilisani, po sopstvenim rečima, doživljavali zločinca kao onipotentnu osobu kojoj je besmisleno pružati otpor, i da su verovali da njihov život potpuno zavisi od apsolutnog pokoravanja volji mučitelja. Na osnovu dobijenih rezultata može se zaključiti da prethodno opisane specifičnosti psihološke torture nad prisilno mobilisanimima imaju sličan efekat kao i drastične metode fizičkog mučenja primenjene nad torturisanima u neprijateljskim logorima.

Bitnu ulogu u savladavanju ratnih opterećenja imale su i motivacija i borbeni moral žrtava. Baš zbog toga što su se, iako vitalno ugroženi, borili za programске i nacionalne ciljeve, zarobljenici u neprijateljskim logorima imali su veću toleranciju na frustracije. S druge strane, u to vreme je socijalni sud prema onima koji nisu dobrovoljno odlazili u rat bio izrazito nepovoljan. Takav stav okoline ih je primoravao na izdaju nekih odnosa, društvene lojalnosti ili moralnih vrednosti, što je povratno rezultiralo žestokim osudama. I u istraživanju Aldwina, Levensona & Spira (1994) potvrđeno je da procena poželjnih i nepoželjnih efekata službe u vojsci posreduje u nastajanju PTSP-a usled stresova u vojnim dejstvima.

Pored toga, u generalizovane resurse otpornosti koji omogućavaju osobi da svoja iskustva organizuje tako da ne podleže stresu mogu se uvrstiti i religijska i politička uverenja. Poznato je da većina ljudi ima potrebu za jednim sistemom univerzalnih vrednosti, večnih i nadličnih, koji daje smisao njihovom životu. Međusobno sistematsko podržavanje religiozne i političke svesti kod zarobljenih u neprijateljskim logorima uticalo je na njihovu snažniju motivaciju i vitalnost za trpljenje patnje, moralnu čvrstinu i jačanje ljudskog dostojanstva. Za razliku od njih, zbog nametnute etikete izdajica sopstvenog naroda i otud negativne procene sopstvene situacije, prisilno mobilisani nisu imali taj oslonac.

Velika razlika između prisilno mobilisanih i torturisanih u pogledu prebolovanog PTSP-a mogla bi se objasniti i time što je trauma kod torturisanih nastala ranije, te s vremenom raste broj onih koji su ozdravili (ako uzmemo da je vreme početne traume kod torturisanih već od 1991. godine, a kod prisilno mobilisanih od 1995). S druge strane, ako odbacimo faktor ranijeg nastanka traume, možda je *tvrdokornost* PTSP-a izraženija kod PM, što znači da su njihove šanse za ozdravljenje manje. Dakle, mogla bi se postaviti teza da torturisani češće zadobijaju PTSP i imaju teži oblik PTSP-a (tbl. 5 i 7), ali imaju i veće šanse za oporavak - odnos preboleli kroz ukupni = $33/106 = 31,1\%$, dakle skoro jedna

trećina se oporavila u roku 8-14 godina – za razliku od prisilno mobilisanih, koji imaju odnos $7/82 = 7,8\%$, tj. ni svaki deseti se nije oporavio nakon 8-10 godina.

Možda se veći potencijal oporavka kod grupe torturiranih može objasniti time što je kod njih prisutan efikasniji koping u kome se preuzima upravljanje i usmeravanje akcije, dok su osobe koje su prisilno mobilisane sklone regresiji, neefikasnim, pasivnim reakcijama, odustajanju. Osobe koje su doživele prisilnu mobilizaciju od strane svog naroda reaguju neadekvatnim adaptivnim odgovorima, sklone su da dožive negativne emocije, okrivljavaju sebe ili druge, pribegavaju pasivnim oblicima ponašanja, za razliku od ratnih logoraša sa afirmativnim kopingom, koji stres doživljavaju pre kao izazov nego kao pretnju, sa agresijom koja je usmerenija na okolinu, ali i sa sklonošću pozitivnim emocijama i usmerenošću na rešavanje problema i traženje socijalne podrške.

U drugom tipu analize, kada je odlučeno da se simptomatologija PTSP-a tretira kao kontinualna varijabla, ustanovljene su značajne razlike po simptomima između dve grupe. Kod torturiranih u neprijateljskim logorima izraženije su prisutni simptomi kao što su *izrazito smanjeno interesovanje za učešće u značajnim aktivnostima, doživljaj distanciranosti i otuđenosti od drugih osoba i doživljaj besperspektivnosti ili prazne budućnosti*. Pored navedenih simptoma, kod ovih ispitanika prisutnije su i teškoće pri uspostavljanju ili održavanju sna, ponavljajući i neprijatni snovi koji se odnose na traumatski događaj, kao i podozrivost, to jest prevelika opreznost i obazrivost.

Činjenica je da većina ovih simptoma, s jedne strane, pripada klasteru simptoma izbegavanja stimulusa povezanih sa stresorom i opšte utrnulosti, a sa druge problemima vezanim za spavanje. Kada se ima u vidu da ovi drugi predstavljaju nesvesno bavljenje traumatskim sadržajima kroz koje se simbolički reprezentuje ratno iskustvo, može se uslovno konstatovati da je centralni patološki obrazac PTSP-a kod torturiranih predstavljen različitim strategijama izbegavanja koje variraju na dimenziji vidljivosti, od manifestnog do latentnog nivoa. Naši rezultati potkrepljuju Horowitzovu hipotezu (Horowitz & Beckers, 1971) da izbegavanje bolnih misli i osećanja ima centralnu ulogu u nastajanju PTSP-a. Ostaje, međutim, otvoreno pitanje da li ponašanje izbegavanja sprečava uspešno prihvatanje traumatskog iskustva, ili ono može biti vid sekundarne adaptacije, u smislu da pomaže osobi da umanjí intenzitet uznemirenosti izazvane uspomnama.

Drugi značajan rezultat u poređenju ove dve grupe jeste utvrđivanje razlike u kliničkoj dijagnostici. Kod grupe torturiranih pomoću SCID-a su najčešće postavljane dijagnoze distimičnog poremećaja i agorafobije bez paničnog poremećaja, dok su kod prisilno mobilisanih bili najzastupljeniji nediferentovani somatoformni poremećaj, kao i veliki depresivni poremećaj.

Tvrdokorna depresija je jedan od najčešćih nalaza u većini studija hronično traumatizovanih osoba. Hronična pobuđenost i intruzivni simptomi PTSP-a vezuju se s vegetativnim simptomima depresije i proizvode ono što je Níderland nazvao “trijadom preživljavanja”- nesanicu, noćne more i telesne žalbe (prema Hermanu,

1997). Paraliza inicijative usled hronične traume kombinuje se s depresivnom apatijom i bespomoćnošću. Prekid veza kao posledica hronične traumatizacije pojačava izolovanost i depresiju. Izmenjena slika o sebi hronično traumatizovanih osoba pothranjuje depresivnu ruminaciju osećanja krivice. Gubitak vere meša se sa depresivnom bespomoćnošću.

Somatoformni nediferentovani poremećaj može se protumačiti i kao deo depresije jer je definisan prisustvom anhedonije, gubitkom interesa i emocionalnim reaktivitetom (Kecmanović, 1989). On je forma adaptacije na traumatizujuću okolinu. Visok energetska utrošak u odbrambene svrhe manifestuje se poremećajem somatizacije s tendencijom represije depresivnih osećanja.

Prisilno mobilisani nisu smeli da izraze bes izazvan ponižavanjem od strane mučitelja zato što su oni bili pripadnici istog naroda i zato da ne bi ugrozili vlastiti opstanak. Često su kod njih primetni osećanje nemoći i nedostatak kontrole nad sopstvenim životom, kao da se plaše neke nove odmazde. Aktuelni konflikti koje imaju u svakodnevnom životu samo su izazovni faktori, oživljavaju neizraženu mržnju, a to razvija krivicu, osećanje grešnosti i samoprebacivanje. Štaviše, u njima se taloži neizrečeni bes prema svima onima koji su ostali indiferentni prema njihovoj sudbini i koji im nisu pomogli. Umesto na okolinu, kontrolisani bes i mržnja usmeravaju se na sebe, što povećava depresivni teret.

S druge strane, kod torturiranih klijenata koji su u neprijateljskim logorima proveli znatno više vremena izražen je distimičan poremećaj koji se može objasniti trajnim zadržavanjem neadekvatnih obrazaca ponašanja formiranih tokom akutnih depresivnih epizoda. Poznato je da od reaktivne depresije oboljevaju osobe s niskim samopoštovanjem, niskim pragom tolerancije na frustracije i izrazitom zavisnošću od podrške i pohvale drugih (Clyton & Lewis, 1981). Kod distimičnih osoba, međutim, traumatska iskustva kao da imaju produženo dejstvo, usled čega je dijagnostički nejasno da li je posredi afektivni ili karakterološki poremećaj (prema Kecmanoviću, 1989). I drugi autori navode da distimija obuhvata mnogobrojna hronična, nepsihotička depresivna stanja različitog porekla i česta je posledica dugotrajnih nepovoljnih životnih prilika (Akiskal i saradnici, 1983, 1984; Keller i saradnici, 1983). Podelom psihosocijalnih potreba na akutne i hronične u DSM-III-R-u omogućena je identifikacija distimije prourovane dugotrajnim nepovoljnim životnim okolnostima.

Kod torturiranih su prisutne i sve forme paničnog poremećaja (sa i bez agorafobije), koji po klasifikaciji spada u anksiozna stanja. Po bihejvioralnom pristupu, za pojavu agorafobije neophodno je da osoba u svom iskustvu ima precipitirajući životni događaj u odnosu na koji simptomi agorafobije dobijaju svoje značenje. Navodi se da agorafobija nastaje kada se intenzivna anksioznost veže za određenu situaciju, pa osoba ubuduće izbegava tu situaciju da bi otklonila svoj strah. Kod osoba s povišenom anksioznošću ljetnja i bes dobijaju neki oblik pražnjenja kroz simptome, koje okolina ne shvata, a često je i samoj osobi nejasno njihovo poreklo. Takav slučaj je i kod agorafobije, gde je strah od izlaska na ulicu

samo fasada za strah od vlastitih agresivnih nagonskih težnji i stremjenja, čije otvoreno izražavanje nije bilo dozvoljeno prema agresoru u neprijateljskom logoru.

Uopšteno rečeno, dobijeni podaci upućuju na zaključak da postoje dva načina reagovanja na određeno traumatsko iskustvo. Jedan način podrazumeva eksternalizaciju proizvedenih osećanja i njihovu usmerenost ka spolja, na druge, koji su "krivci", odgovorni za ono što se torturisanima dogodilo. Anksioznošću se osoba oslobađa emocionalnih smetnji verbalno, žalbama i autoopservacijom. Ona je često praćena i doživljavanjem neadekvatne ljutnje, gneva koji se ne može izraziti i tako neutralisati. Ponekad je jedini način pražnjenja tih emocija manifestovanje agresije, koja se, ako nije dozvoljena, mora inhibirati, potiskivati, što dalje pojačava početnu anksioznost i netrpeljivost. Kada emocionalna stanja agresivnih impulsa i anksioznosti nađu socijalno prihvatljivo pražnjenje, manja je mogućnost za razvoj somatizacije. Drugi vid reagovanja je internalizacija emocija i usmerenost na sebe, kao i preusmeravanje na konkretan simptom, bez obzira da li je u pitanju misao, radnja ili neki telesni simptom. Na primer, kod nediferentovanog somatomorfog poremećaja zastupljen je mehanizam internalizacije. Ovde su u prvom planu somatske tegobe koje se ukratko saopštavaju, a ponekad spontano povezuju sa životnim događajima. Iza somatskih tegoba stoje emocionalne smetnje kao što su strah, osećanje nesigurnosti, ljutnja, bes, tuga, gnev, a često i manifestna ili prikrivena agresija koje osoba ne može da se oslobodi.

ZAKLJUČAK

U prvom delu rada, poređenje tri grupe (torturisanih, prisilno mobilisanih i izbeglih lica) po izraženosti psihičkih tegoba merenih SCL-90-R-om pokazalo je da se te grupe statistički značajno razlikuju. Intenzitet psihičkih tegoba bio je najizraženiji kod grupe torturisanih, neznatno manji u grupi prisilno mobilisanih, a znatno manji u grupi izbeglica. Upoređivanjem posttraumatske simptomatologije i samoprocene kvaliteta života nađeno je da postoji jasna diferencijacija grupe prisilno mobilisanih u odnosu na izbegla lica koja nisu doživela traumu prisilne mobilizacije niti traumu zarobljeništva i torture. Po intenzitetu psihopatološke fenomenologije grupa prisilno mobilisanih lica je bila mnogo bliža grupi torturisanih, što ukazuje na činjenicu da prisilna regrutacija možda ima slične posledice kao bilo koji drugi akt jasno definisanog oblika torture.

Da bi se ova indicija proverila, u drugom delu rada upoređene su grupe prisilno mobilisanih i torturisanih lica s obzirom na posttraumatsku simptomatologiju i s obzirom na prisustvo komorbidnih psihijatrijskih dijagnoza. Ustanovljeno je da torturisani imaju znatno veću životnu prevalencu PTSP-a ali da nema značajne razlike u prisustvu aktuelnog PTSP-a, mada torturisani imaju u proseku težu kliničku sliku PTSP-a. Ponuđeno je objašnjenje da je specifični vid psihološke torture, kombinovan sa implementacijom osećanja krivice i izdajstva,

delovao gotovo podjednako razorno u pravcu razvoja tvrdokornog PTSP-a kao i fizička tortura u neprijateljskim logorima.

Analizom komorbidne psihijatrijske simptomatologije nađene su razlike u distribuciji psihijatrijskih dijagnoza. Ovaj nalaz je potvrdio pretpostavke o posebnom profilu psihičkih tegoba kod prisilno mobilisanih lica, koji proizilazi iz specifičnih okolnosti njihovog hapšenja i posebnog načina zlostavljanja u logorima paravojnih formacija. Pored PTSP-a, najzastupljenije psihijatrijske dijagnoze kod prisilno mobilisanih su bile veliki depresivni poremećaj i somatoformni poremećaj, a kod grupe torturisanih distimični poremećaj i panični poremećaj.

Na osnovu prikazanih rezultata u ovom radu zaključeno je da se prisilno mobilisana izbegla lica ne razlikuju od žrtava torture po intenzitetu psihičkih tegoba i prisustvu aktuelnog PTSP-a, ali da postoji značajna razlika u životnoj prevalenci PTSP-a i posebnom profilu psihijatrijskih sindroma, odnosno komorbidnih psihijatrijskih dijagnoza, koja proističe iz specifičnih razlika vezanih za status žrtve, nacionalnu pripadnost mučitelja u odnosu na žrtvu, cilj i nameru torture/zlostavljanja (iznuđivanje priznanja i osveta naspram "prevaspitanja" i manipulacije), način kopinga s traumom i valorizaciju pretrpljene traume od strane žrtve, ali i njene okoline.

LITERATURA

Ahiskal, H.S. (1983). Dysthymic disorder: Psychopathology of proposed chronic subtypes, *American Journal of Psychiatry*, 140, 11.

Ahiskal, H.S. (1984). The interface of chronic depression with personality and anxiety disorders. *Psychopharmac. Bull*, 20, 393.

Aldwin, C.M., Levenson, M.R. and Spiro, A. (1994). Vulnerability and Resilience to Combat Exposure: Can stress have lifelong effects? *Psychology and Aging*, 9, 34-44.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. American Psychiatric Press. Washington, D.C.

Breier, A., et.al. (1985). The diagnostic validity of anxiety disorders and their relationship to depressive illness. *American Journal of Psychiatry*, 142, 787.

Brewin, C.R., Andrews, B. and Valentine, J.D. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 68, No. 5, 748-766.

Clayton, P. J., Lewis, C.E. (1981). The significance of Secondary depression, *Journal Affect Disorders*, 3, 25, 1981.

Côte d'Ivoire (2004). Government forces. <http://hrw.org/reports/2004/childsoldiers0104/7.htm>.

Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual, II*. Towson MD: Clinical Psychometric Research.

Dutton, M.A., Burghardt, K.J., Perrin, S.G, et al. (1994). Battered women's cognitive schemata. *J Trauma Stress*, 7, 237-255.

Eysenck, J. H. (1969). *Psychological Aspects of Anxiety*, Studies of Anxiety. Headly LTD, Ashfort-Kent.

First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Janet, B.W. and Williams, D.S.W. (1996). *User's Guide for the SCID-I, Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders, research version*. New York: Biometrics Research Department New York.

Frelick B (2004). Questions on Democratic Republic of the Congo. Internet article: <http://hhrw.org/library/Index/ENGAFR620322003?open&of=ENG-COD>

Herman, J.L. (1997). *Trauma i oporavak*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Sarajevo.

- Horowitz, M. J., Beckers, S. S. (1971). Cognitive response to stressful stimuli. *Archives of General Psychiatry*, 25, 419-429.
- Horowitz, M.J., Wilner, N. and Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine* 41 (3): 209-218.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York, Free Press.
- Kecmanović D. (1989). Psihijatrija, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 963-998.
- Keller, M.B. et.al. (1983). Double depression: Two year followup, *American J. Psychiatric*, 140, 689.
- Koopman, C., Classen, C. and Spiegel D. (1994). Predictors of Posttraumatic Stress Symptoms Among Survivors of the Oakland/Berkley, Calif. Firestorm. *Am J Psychiatry*, 151, 888-894.
- Lauterbach, D. and Vrana, S. (2001). The relationship among personality variables, exposure to traumatic events and severity of post-traumatic stress syndromes. *J Trauma Stress*, 14, 29-45.
- Lazarus, R. and Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer Publishing Company inc.
- Lewis, A.J. (1934). Melancholia: A clinical survey of depressive states, A historical review, *J. Ment.Sci.*, 80, 1, 1934.
- Lopašić R., Betlheim S., Dogan S. (1965). Psihijatrija. Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb.
- McCormick, R.A., Taber, J.I. and Kruedelback, N. (1989). The relationship between attributional style and posttraumatic stress disorder in addicted patients. *J Trauma Stress*, 2, 477-487.
- Mitić, M. (2004). Povezanost osobina ličnosti merenih petofaktorskim modelom o modaliteta ispoljavanja posttraumatskog stresnog sindroma. *Diplomski rad*, Beograd.
- Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V. and Steel, Z. (2003). Dimensions of trauma associated with posttraumatic stress disorder (PTSD) caseness, severity and functional impairment: a study of Bosnian refugees resettled in Australia. *Social Science and Medicine*, 57, 775-781.
- Muir, J. (2001). Iran's refugee tide ebbs. Internet article: news.bbc.co.uk. Wednesday, 7 November, 2001

Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. and Weiss, D.S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta Analysis. *Psychological Bulletin*, Vol. 129: No. 1, 52-73.

Priebe, S., Huxley, P., Knight, S. & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45:7-12

Roncevic-Grzeta, I., Franciskovic, T., Moro, L. and Kastelan, A. (2001). Depression and torture. *Military Medicine*, 166, 530-533.

Shrestha, N.M., Sharma, B., Van Ommeren, M., Regmi, S., Makaju, R., Komproe, I., Shrestha, G.B. and de Jong, J.T. (1998). Impact of torture on refugees displaced within the developing world: symptomatology among Bhutanese refugees in Nepal. *JAMA*, 280: 443-448.

Silove, D., Steel, Z., McGorry, P., Miles, V. and Drobny, J. (2002). The impact of torture on post-traumatic stress symptoms in war-affected Tamil refugees and immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 49-55.

Špirić, Z. and Knežević, G. (2004). The Socio-demographic and Psychiatric Profiles of Clients in the Centre for Rehabilitation of Torture Victims – IAN Belgrade. In: Špirić, Z., Knežević, G., Jović, V., Opačić, G. (Eds.). *Torture in War, Consequences and Rehabilitation of Victims: Yugoslav experience*, pp.121-152, Beograd, IAN - International Aid Network.

Svetska zdravstvena organizacija (1992). ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja-klinički opisi i dijagnostička uputstva [WHO: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines]. Beograd : Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

Van Der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandal, F.S. (1996). Dissociation, somatization and affect dysregulation: The complexity of adaptation of trauma. *Am J Psychiatry*, 153, 83-93.

Van Der Kolk, B.A., McFarlane, A.C. and Wesath, L. (1996). *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp.47-67). Gilford Press.

Weiss, D.S. and Marmar, C.R. (1997) The Impact of Events Scale-Revised. In: Wilson, J.P. and Keane, T.M., (Eds.) *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, pp. 399-411. New York - London: The Guilford Press.

Wolfe, J., Erickson, D., Sharkansky, E.J., King, D.W., King, L.A. (1999). Course and Predictors of Posttraumatic Stress Disorder Among Gulf War Veterans: A Prospective Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 67, No. 4, 520-528.