

Somatske bolesti klijenata Centra za rehabilitaciju žrtava torture: jednogodišnje iskustvo MEDIAN-A

*Petar Otašević
Katarina Mitrović
Predrag Mitrović*

Sažetak

Cilj projekta je bio da utvrdi učestalost i vrstu somatskih oboljenja kod klijenata Centra za rehabilitaciju žrtava torture (CRŽT) u oružanim sukobima vodenim na području bivše Jugoslavije u periodu 1991-1999. Uključeni su klijenti CRŽT koji su se žalili na tegobe sa somatskim zdravljem, a koji su upućeni od strane psihijatra i psihologa IAN-a. Takođe su uključene žrtve torture iz izbeglickih kampova koje su lekari MEDIAN-a posetili tokom terenskog rada. Dijagnoza je postavljana na osnovu dostupne medicinske dokumentacije, anamneze, fizičkog pregleda i potrebnih dodatnih dijagnostičkih metoda (EKG, ultrazvuk srca, test fizičkim opterećenjem, Holter elektrokardiografski monitoring, EEG). Projekat je obuhvatio ukupno 730 bolesnika (355 muškaraca i 375 žena), prosečne starosti 54 ± 11 godina. U 63% bolesnika su kao prva najvažnija dijagnoza utvrđene kardiovaskularne bolesti, od čega je u 82% bolesnika sa kardiovaskularnim bolestima dijagnostikovana arterijska hipertenzija, a u 5.2% koronarna bolest. Druge po zastupljenosti su bile bolesti žlezda sa unutrašnjim lučenjem (11.8%), od čega je u 67.4% ovih bolesnika utvrđen

diabetes mellitus. Klijenti Centra za rehabilitaciju žrtava torture predstavljaju populaciju sa velikim rizikom za razvoj somatskih oboljenja.

UVOD

U periodu od 1991. do 1999. godine, tokom ratova vodenih na podrucju bivše Jugoslavije, veliki broj civila i vojnika je bio izložen razlicitim oblicima torture. Poznato je da sama tortura i preživljeni stres mogu uticati kako na psihicko, tako i na fizicko zdravlje. Mehanizam koji dovodi do povezanosti psihickog stresa sa hronicnim somatskim oboljenjima nije sasvim jasan. Zna se medutim, da izloženost stresu dovodi do gotovo momentalnog povecanja aktivnosti kore nadbubrežnih žlezda (Golde & McCarthy, 1995; Resnick, Yehuda, Pitman & Foy, 1995), što u daljem toku, zajedno sa somatizacijom psihickih problema može dovesti do ozbiljnih hronicnih oštećenja razlicitih organskih sistema. Postoje brojni podaci koji ukazuju da su kod ovih bolesnika daleko najčešća oštećenja kardiovaskularnog sistema (Shalev et al, 1998; Beckham et al, 2000).

Nažalost, u domacoj i stranoj literaturi je veoma malo podataka koji bi govorili o ucestalosti i/ili vrsti somatskih bolesti kod žrtava torture sa podrucja bivše Jugoslavije. Razlozi za ovo nisu sasvim jasni. Moguci razlozi ukljucuju relativnu nezainteresovanost strucne javnosti za ovu problematiku, nepostojanje široke baze podataka koja bi obuhvatila žrtve torture, relativnu nepristupacnost resursa javnog zdravstva, kao i neprepoznavanje psihosomatskih tegoba i zdravstvenih poteškoca uzrokovanih prethodno doživljenom traumom i stresom od strane ordinirajucih lekara u javnim zdravstvenim ustanovama.

S obzirom na znacaj ovog problema, kao i na nerazumevanje specifičnih potreba žrtava torture koje postoji u okviru institucionalne zdravstvene službe, od strane MEDIAN-a je pokrenut projekat medicinskog zbrinjavanja žrtava torture.

Cilj projekta je bio da utvrdi ucestalost i vrstu somatskih oboljenja kod klijenata Centra za rehabilitaciju žrtava torture u periodu oružanih sukoba vodenih na podrucju bivše Jugoslavije u periodu 1991-1999, kao i da obolelima pruži adekvatnu medicinsku negu.

METODOLOGIJA

BOLESNICI

Bolesnici su ukljucivani u projekat na osnovu internog uputa iz IAN-ovog Centra za rehabilitaciju žrtava torture, kao i terenskim radom u kolektivnim izbeglickim centrima. Diskreciono pravo da upute bolesnike iz IAN-a su imali psihijatar i psiholog, koji je prethodno imao obavezu da konsultuje psihijatra. Ovakav model je napravljen kako bi se obavila prethodna gruba trijaža, te kako bi zbog ogranicenih ljudskih i materijalnih resursa medicinska pomoc bila pružena onima kojima je zaista i potrebna.

Terenski rad je obuhvatao posete timova lekara specijalista kolektivnim izbeglickim kampovima. Ukupno je poseceno 10 kolektivnih centara u kojima je bilo smešteno oko 850 izbeglica iz Hrvatske, Bosne i Hercegovine i Kosova.

LEKARI

U projekat su bili ukljuceni specijalisti interne medicine, koji su ujedno bili i subspecijalisti kardiologije, kao i specijalisti neurologije. Ovakav izbor specijalnosti je napravljen jer je uvidom u prethodno objavljene podatke koji su se bavili ovom problematikom uoceno da je najcesca somatska patologija kod zrtava torture upravo iz ova dva podrucja. Ujedno, bili smo misljenja da ce manji i fokusiraniji timovi biti efikasniji, te da je druge specijalnosti trebalo ukljucivati samo u slucaju potrebe. Na terenu su boravile dvoclane ekipe specijalista interne medicine, pošto je zakljuceno da je ovaj profil najpogodniji za ovu vrstu rada.

DIJAGNOSTIKA

Svi bolesnici ukljuceni u program su bili podvrgnuti osnovnom specijalistickom pregledu. Pregledi bolesnika upucenih iz IAN-a su bili vršeni u ordinacijama MEDIAN-a, dok su terenski pregledi bili vršeni u improvizovanim prostorijama na samom terenu. Ukoliko je na prvom pregledu bilo zakljuceno da je potrebna dodatna dijagnostika, osim elektrokardiograma (EKG), bolesnici su na dopunske preglede bili naknadno upucivani. Od dopunskih pregleda smo bili u mogucnosti da uradimo elektrokardiogram, ultrazvuk unutrašnjih organa, test fizickim opterecenjem, 24 casovni Holter monitoring, elektroencefalogram i elektromiogram. Terenski pregledi su od dopunskih metoda obuhvatali samo EKG, a ukoliko je od strane ordinirajućeg lekara bilo procenjeno da je bolesniku neophodan neki od drugih dopunskih pregleda, ovi bolesnici su bili upucivani u MEDIAN.

DIJAGNOZA

Dijagnoza je postavljena na osnovu dostupne medicinske dokumentacije, anamneze, fizickog pregleda i potrebnih dodatnih dijagnostickih metoda (EKG, ultrazvuk, test fizickim opterecenjem, Holter elektrokardiografski monitoring i elektroencefalogram). Dijagnoze su klasifikovane i šifrirane prema Desetoj medunarodnoj klasifikaciji bolesti. Svaki bolesnik je mogao da dobije najviše tri dijagnoze, koje su poredane prema važnosti na osnovu diskrecionog prava odgovornog lekara.

LECENJE

Svim bolesnicima je objašnjena priroda njihove bolesti i dat pismeni savet za odgovarajući higijensko-dijetetski režim, kao i za dalju medikamentnu terapiju. Ukoliko je bolest zahtevala operativno lečenje, to je detaljno obrazloženo i bolesnici su bili detaljno informisani gde se predložena intervencija može obaviti. U izuzetnim slučajevima je bolesnicima zakazivan prijem u neku od specijalističkih ustanova u Beogradu, ukoliko je procenjeno da je hitno operativno ili intenzivno medikamentno lečenje od vitalne važnosti za bolesnika.

STATISTICKA ANALIZA

Svi brojcani podaci su prikazani kao srednje vrednosti \pm standardna devijacija. U obradi parametarskih i neparametarskih podataka su korišćeni Studentov t-test i hi-kvadrat test, respektivno.

REZULTATI

BOLESNICI

Projekat je obuhvatio ukupno 730 bolesnika (355 muškaraca i 375 žena), prosečne starosti 54 ± 11 godina. Iz IAN-a je upućeno ukupno 512 bolesnika, dok je terenskim radom bilo obuhvaćeno 218 bolesnika. Nije bilo statistički značajne razlike u pogledu starosti i pola bolesnika upućenih iz IAN-a i bolesnika obradenih terenskim radom (54 ± 10 vs. 55 ± 11 godina, $p > 0.05$, respektivno; 252/512 vs. 103/218 muškaraca, $p > 0.05$, respektivno).

Podaci za stručnu spemu su bili dostupni za ukupno 315 bolesnika, od kojih je 124 (39,3%) imalo završenu osnovnu školu ili zanat, 165 (52,4%) je imalo srednju srednju spremu, dok je 26 bolesnika (8,3%) imalo više ili visoko obrazovanje. Što se braccnog stanja tice, podaci su bili dostupni za 438 bolesnika, od kojih je 345 (78,7%) bilo u braku, 16 (3,6%) je bilo razvedeno, 43 (9,8%) je bilo neudato/neoženjeno, dok su kod 34 (7,9%) bolesnika muž/žena preminuli.

U projekat su bili uključeni bolesnici svih nacionalnosti sa područja bivše Jugoslavije. Nažalost, podaci o tačnom području odakle su bolesnici izbegli nisu bili pracceni, tako da za najveći broj bolesnika nisu bili dostupni. S obzirom da smo mišljenja da se radi o veoma važnom podatku, zamolili smo sve lekare koji su učestvovali u projektu da daju svoju procenu područja izvornog porekla bolesnika. Na ovaj način je grubo procenjeno da je oko 50% bolesnika došlo sa teritorije Hrvatske, oko 40% sa teritorije Bosne i Hercegovine, te da je oko 10% bolesnika poreklom sa teritorije Kosova i Metohije.

DIJAGNOSTIKA

U 730 bolesnika je ucinjeno ukupno 866 pregleda, od cega je bilo 747 prvih specijalistickih pregleda i 119 kontrolnih pregleda. U 17 bolesnika je bilo neophodno ukljuciti specijaliste drugih profila. Što se prvih pregleda tice, napravljeno je ukupno 453 internistickih, 250 kardioloških i 44 neuroloških pregleda. Na kontrolama je uradeno daleko najviše kardioloških pregleda, ukupno 84, a zatim internistickih (30 pregleda) i neuroloških (5 pregleda).

EKG je uraden ukupno 354 puta, i to u 291 bolesnika u okviru prvog specijalistickog pregleda, dok je u 61 bolesnika EKG uraden tokom kontrolnih pregleda. Ultrazvucni pregled je uraden u 41 bolesnika, test fizickim opterecenjem u 24 bolesnika, dok je 24h Holter monitoring uraden u 5 bolesnika. Standardni elektroencefalogram je nacinjen u 18 bolesnika, dok je produženi elektroencefalogram uraden u samo jednog bolesnika.

DIJAGNOZA

Kao što je gore vec navedeno, u studiju je ukljuceno 730 bolesnika. Kao najvažnija dijagnoza su u 460 (63%) bolesnika dijagnostikovane kardiovaskularne bolesti, dok su u 86 (11.8%) dijagnostikovane bolesti žlezda sa unutrašnjim lucenjem, a u 44 (6%), odnosno 43 (5.9%) bolesnika, su utvrđene bolesti organa za varenje i bolesti nervnog sistema, respektivno. Od drugih zastupljenijih grupa bolesti registrovane su bolesti sistema za disanje u 20 (2.7%), bolesti mišicno-koštanog sistema u 18 (2.5%), i duševni poremećaji u 12 (1.6%) bolesnika. U preostalih 43 (5.9%) bolesnika su bile prisutne druge bolesti (zarazne bolesti 2, tumori 2, bolesti krvi 8, bolesti oka i uha 2, bolesti mokracno-polnog sistema 5, urodene mane 7, povrede 6 i patološki klinicki i laboratorijski nalazi u 11 bolesnika). Na Tabeli 1 su prikazane frekvencije javljanja najucestalijih oboljenja u okviru pojedinih grupa bolesti.

Tabela 1. Frekvencije javljanja najucestalijih oboljenja u okviru pojedinih grupa bolesti kao prvih dijagnoza.

Bolest	Ucestalost u okviru grupa bolesti	Ukupna ucestalost u ispitivanoj populaciji
<i>Bolesti žlezda sa unutrašnjim lucenjem</i>		
Netoksicna struma	5/86 (5.8%)	5/730 (0.7%)
Hipertireoza	3/86 (3.5%)	3/730 (0.4%)
Insulin zavisni dijabetes mellitus	5/86 (5.8%)	5/730 (0.7%)
Insulin nezavisni dijabet. mellitus	53/86 (61.6%)	53/730 (7.3%)
Hiperlipoproteinemija	14/86 (29.5%)	14/730 (1.9%)
<i>Bolesti nervnog sistema</i>		
Mb. Parkinson	3/43 (6.8%)	3/730 (0.4%)
Epilepsija	19/43 (43.2%)	19/730 (2.6%)

III DEO TORTURA: ŽRTVE I POSLEDICE

Bolest	Učestalost u okviru grupa bolesti	Ukupna učestalost u ispitivanoj populaciji
Migrena	6/43 (13.6%)	6/730 (0.8%)
Glavobolja	13/43 (29.5%)	13/730 (1.8%)
Bolesti kardiovaskularnog sistema		
Arterijska hipertenzija	378/460 (82%)	378/730 (51.8%)
Koronarna bolest	44/460 (9.6%)	44/730 (6%)
Fibrilacija pretkomora	14/460 (3%)	14/730 (1.9%)
Bolesti sistema za varenje		
Cir	10/44 (22.7%)	10/730 (1.4%)
Gastritis	23/44 (52.3%)	23/730 (3.1%)
Bolesti mišično-koštanog sistema		
Bol u ledima	19/29 (65.5%)	19/730 (2.6%)

Druga dijagnoza je postavljena u 239/730 (32.7%) bolesnika. Slično prethodnom, kardiovaskularne bolesti su bile najčešće zastupljene kao druga najvažnija bolest i dijagnostikovane su u 150 (62.8%) bolesnika, dok su bolesti mišično-koštanog sistema uočene u 18 (7.5%) bolesnika, bolesti sistema za varenje u 16 (6.7%) i bolesti žlezda sa unutrašnjim lučenjem i bolesti nervnog sistema u po 10 (4.2%) bolesnika. Druge bolesti su uočene u preostalih 21 (8.7%) bolesnika. U Tabeli 2 su prikazane frekvencije javljanja najučestalijih oboljenja kao druge najvažnije dijagnoze u okviru pojedinih grupa bolesti.

Tabela 2. Frekvencije javljanja najučestalijih oboljenja u okviru pojedinih grupa bolesti kao drugih dijagnoza.

Bolest	Učestalost u okviru grupa bolesti	Ukupna učestalost u ispitivanoj populaciji
Bolesti žlezda sa unutrašnjim lučenjem		
Hiperlipoproteinemija	7/10 (70%)	7/239 (2.9%)
Bolesti nervnog sistema		
Epilepsija	7/10 (70%)	7/239 (2.9%)
Bolesti kardiovaskularnog sistema		
Arterijska hipertenzija	64/150 (42.7%)	64/239 (26.8%)
Koronarna bolest	30/150 (20%)	30/239 (12.5%)
Hipertenzivna bolest srca	29/150 (19.3%)	29/239 (12.1%)
Bolesti sistema za varenje		
Cir	8/16 (50%)	8/239 (3.3%)
Gastritis	4/16 (25%)	4/239 (1.6%)
Bolesti mišično-koštanog sistema		
Bol u ledima	7/18 (38.9%)	7/239 (2.9%)
Spondiloza	5/18 (27.8%)	5/239 (2.1%)

Treća dijagnoza je postavljena u 94/730 (12.9%) bolesnika. Ponovo su najzastupljenije bile kardiovaskularne bolesti, koje su kao treća najvažnija bolest dijagnostikovane u 54 (57.4%) bolesnika, dok su bolesti koštano-mišićnog sistema i bolesti sistema za disanje registrovane u 16 (17%) i 10 (10.6%) bolesnika, respektivno. U Tabeli 3 su prikazane frekvencije javljanja najucestalijih oboljenja kao treće najvažnije dijagnoze u okviru pojedinih grupa bolesti.

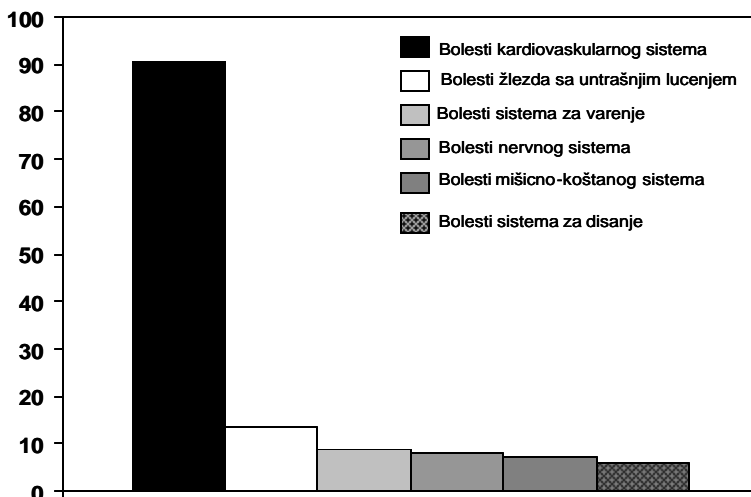
Tabela 3. Frekvencije javljanja najucestalijih oboljenja u okviru pojedinih grupa bolesti kao trećih dijagnoza.

Bolest	Uceсталost u okviru grupa bolesti	Ukupna uceсталost u ispitivanoj populaciji
<i>Bolesti žlezda sa unutrašnjim lucenjem</i>		
Hiperlipoproteinemija	3/3 (100%)	3/94 (2.9%)
<i>Bolesti kardiovaskularnog sistema</i>		
Arterijska hipertenzija	5/54 (9.2%)	5/94 (5.3%)
Koronarna bolest	14/54 (25.9%)	14/94 (14.%)
Hipertenzivna bolest srca	5/54 (9.2%)	5/94 (5.3%)
<i>Bolesti mišićno-koštanog sistema</i>		
Bol u ledima	5/16 (31.3%)	5/94 (5.3%)

Kumulativno posmatrano, bolesti kardiovaskularnog sistema su kao jedna od tri najvažnije dijagnoze bili prisutni u 664/730 (90.6%) bolesnika, bolesti žlezda sa unutrašnjim lucenjem u 99/730 (13.6%), bolesti sistema za varenje u 63/730 (8.6%), bolesti nervnog sistema u 59/730 (8.1%), bolesti mišićno-koštanog sistema u 52/730 (7.1%) i bolesti sistema za disanje u 44/730 bolesnika (6%) (Slika 1).

DISKUSIJA

Naši rezultati pokazuju da se bolesti kardiovaskularnog sistema, kao i žlezda sa unutrašnjim lucenjem, registruju kod znacajnog dela žrtava torture koji se javljaju za medicinsku pomoc. Ova uceсталost daleko prevazlazi incidencu javljanja ovih oboljenja kako u opštoj populaciji, tako i u populaciji koja se obraca lekarima zbog razlicitih zdravstvenih smetnji (Braunwald, 1994). Nažalost, pregledom dostupne literature nismo naišli na studije koje bi se bavile ovom problematikom, tako da nalaze našeg ispitivanja ne možemo staviti u kontekst drugih studija. Vecina dostupnih studija se bavi problemom somatskih bolesti kod americkih veterana rata u Vijetnamu koji su imali postraumatski stresni poremećaj, kao i žrtvama torture u drugim sukobima širom sveta, tako da se njihovi rezultati iz socioloških i kulturoloških razloga ne mogu preneti na populaciju koju smo ispitivali. Iz ovih razloga smo dalju diskusiju uglavnom fokusirali na mehanizme koji mogu dovesti do pojave somatskih bolesti u žrtava torture, kao i na uocene probleme u radu s predlozima za njihovo rešenje.



Slika 1. Kumulativni prikaz uestalosti najčešćih somatskih oboljenja u žrtava torture.

MOGUCI MEHANIZMI NASTANKA SOMATSKIH BOLESTI

Nije sasvim jasno kojim mehanizmom preživljena tortura dovodi do razvoja somatskih bolesti. Zna se, međutim, da fiziološki odgovor na stres uključuje aktivaciju autonomnog nervnog sistema, pretežno simaptikusa, kao i osovine hipotalamus-hipofiza-kora nadbubrega (Haynes et al., 1991). Smatra se da aktivaciju autonomnog nervnog sistema izaziva hipotalamus preko signala koji dolaze iz kortikalnih i subkortikalnih struktura mozga. Ova aktivacija je kratkotrajna, kao i maksimalno dejstvo njenih efekata koji se ostvaruju uglavnom preko adrenalina i noradrenalina. Međutim, pokazano je da žrtve traume u dugackom vremenskom periodu nakon pretrpljenog stresa mogu imati povišene nivoe katehalomina u urinu (Yehuda et al., 1994), što ukazuje da aktivacija adrenergickog sistema može biti i dugotrajna. U prilog tome govori i podatak da su u bolesnika sa posttraumatskim stresnim poremećajem ustanovljene povišene vrednosti holesterola, lipoproteina niske gustine i triglicerida, kao i snižene vrednosti lipoproteina visoke gustine u poređenju sa kontrolnom grupom (Kagan, Leskin, Haas, Wilkins & Foy, 1999), što je najverovatnije posledica aktivacije noradrenergickog sistema.

S druge strane, hipotalamus takode uzrokuje poremećaj lucenja adrenokortikotropina (ACTH) iz hipofize, koji sa svoje strane dovodi do poremećaja lucenja kortozola iz kore nadbubrega. Ovaj mehanizam se sporije aktivira, ali mu je i dejstvo znacajno duže (Andreassi, 1989). Cini se da sama priroda stresora određuje koji ce

od ova dva mehanizma biti dominantan (Gannon & Pardie, 1989). Ukoliko se radi o dugotrajnom stresu dolazi do poremećaja koncentracije cirkulišućih kateholamina, povećanog lučenja ACTH i posledicnog povećanja koncentracije kortizola u plazmi (Burchfield, 1979). Takođe se čini da upravo koncentracija kortizola u plazmi najbolje odlikava psihološku važnost i veličinu stresa, jer je pokazano da je veća koncentracija kortizola nađena u bolesnika kod kojih je doživljeni stres bio veoma snažan i dugotrajan (Dienstbier, 1989).

Veoma značajno mesto u razvoju somatskih bolesti može imati i poremećaj homeostaze tiroidnih hormona. Pokazano je da vijetnamski veterani, za razliku od kontrolne grupe, imali su i povišene serumske srednje vrednosti ukupnog tiroksina, tiroksin-vezujućeg globulina, ukupnog i slobodnog trijodtironina, kao i poremećen odnos tiroksina i trijodtironina, dok su vrednosti i tireostimulirajućeg hormona bile u referentnim granicama (Mason et al., 1994; 1996).

Pouzđano je dokazano da sama priroda doživljenog stresa ima uticaja na vrstu i težinu psiholoških i patofizioloških promena kod konkretnog bolesnika. Smatra se da posebno nepovoljan uticaj imaju stresori koji dugo traju ili se ponavljaju, zatim stresori koji se javljaju nenadano i koji se ne mogu kontrolisati (Feldman & Brown 1976). Jasno je da će stepen neuroendokrine aktivacije zavisti i od individualnih karakteristika svakog bolesnika kao što su starost, pol, etnicka pripadnost, istovremena izloženost drugim stresorima, kao i prethodno fizičko i psihicko zdravlje (Keane et al., 1998; Fleming et al., 1987; Melamed 1987).

O mogućim mehanizmima povećane učestalosti somatskih oboljenja kod žrtava torture uključenih u naše ispitivanje možemo samo špekulisati. Čini se verovatnim da povećana učestalost javljanja kardiovaskularnih bolesti i bolesti žlezda sa unutrašnjim lučenjem barem delom može pripisana gore navedenim mehanizmima. Nažalost, u naših bolesnika koncentracija kortizola u plazmi nije merena iz tehnickih razloga. Učestalo javljanje drugih bolesti, kao što su na primer bolesti mišićno-koštano sistema se verovatno mogu pripisati preživljenom zlostavljanju.

UOCENI PROBLEMI I PREDLOZI ZA NJIHOVO REŠAVANJE

S obzirom da su psihicke tegobe u velikom broju ovih bolesnika poslužile kao okidac za pojavu somatskog oboljenja, jasno je da veliku pažnju treba posvetiti psihološkom savetovanju i, u bolesnika gde je to neophodno, treba pribeci paralelnom psihijatrijskom lečenju. Čini se da javna zdravstvena zaštita za sada ne shvata u potpunosti ovu problematiku, tako da se čini neophodnim organizovati dopunsku edukaciju zdravstvenih radnika koji se sreću sa žrtvama torture.

Ovi bolesnici su u najvećem broju smešteni u kolektivnim centrima, gde su uslovi stanovanja i ishrane najčešće neadekvatni. Rešavanje ovih pitanja bi značajno doprinelo smanjenju morbiditeta, i u krajnjem ishodu mortaliteta ove populacije. S obzirom da su ova

pitanja praktično isključivo pod ingerencijom države, nadležnim institucijama treba skrenuti pažnju i na ovaj aspekt celog problema.

Primećeno je da klijenti Centra za rehabilitaciju žrtava torture imaju relativno jednostavan pristup primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Problem predstavljaju dodatne dijagnostičke procedure, na koje treba veoma dugo čekati u sekundarnim i tercijarnim zdravstvenim ustanovama i koje, veoma često, treba dodatno platiti. Problem je naročito izražen kod bolesnika sa kardiovaskularnim bolestima, kod kojih nepotrebno čekanje može imati fatalne posledice. Čini se da organizovanje dopunskih ispitivanja van sistema javne zdravstvene zaštite može uspešno rešiti ovaj problem.

Možda najveći problem u ovih bolesnika predstavlja nabavka prepisanih lekova. Lekovi se najčešće ne nalaze na pozitivnoj listi, tako da ih treba platiti što za ovu populaciju predstavlja nepodnošljiv finansijski teret. Iz tog razloga ovi bolesnici često neredovno uzimaju terapiju što dodatno komplikuje njihovo i ovako ozbiljno zdravstveno stanje. S obzirom na relativno nizak obrazovni nivo ovih bolesnika, treba insistirati na zdravstvenom prosvetavanju i detaljno objasniti važnost modifikacije faktora rizika i potrebu redovnog uzimanja terapije.

ZAKLJUCAK

Klijenti Centra za rehabilitaciju žrtava torture predstavljaju populaciju sa velikim rizikom za razvoj somatskih oboljenja. Najčešće se javljaju bolesti kardiovaskularnog sistema i žlezda sa unutrašnjim lučenjem.

LITERATURA

- Andreassi, J.L. (1989) *Psychophysiology: human behaviour and physiological response*. New York: Oxford University Press.
- Beckham, J.C., Feldman, M.E., Barefoot, J.C., Fairbank, J.A., Helms, M.J., Haney, T.L., Hertzberg, M.A., Moore, S.D. and Davidson, J.R.T. (2000) Ambulatory cardiovascular activity in Vietnam combat veterans with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **68**, 269-276.
- Beckham, J.S., Moore, S.D., Feldman, M.E., Hertzberg, M.A., Kirby, A.C. and Fairbank, J.A. (1998) Health status, somatization, and severity of posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* **155**, 1565-1569.
- Braunwald, E. (1994) Disorders of the heart. In: Isselbacher, K.J., Braunwald, E., Wilson, J.D., Martin, J.B., Fauci, A.S. and Kasper, D.L., (Eds.) *Harrisons principles of internal medicine*, pp. 939-1144. New York: McGraw-Hill Inc.
- Burchfield, S.R. (1979) The stress response: a new perspective. *Psychosomatic Medicine* **41**, 661-672.
- Dienstbier, R.A. (1989) Arousal and physiological toughness: implications for mental and physical health. *Psychological Review* **96**, 84-100.
- Feldman, J. and Brown, G.M. (1976) Endocrine responses to electric shocks and avoidance conditioning in the rhesus monkey: cortisol and growth hormone. *Psychoneuroendocrinology* **1**, 231-242.
- Fleming, I., Braun, L., Davidson, L.M., Rectanus, E. and McArdle, S. (1987) Chronic stress as a factor in physiological reactivity to challenge. *Health Physiology* **6**, 221-237.
- Gannon, L.R. and Pardie, L. (1989) The importance of chronicity and controllability of stress in the context of stress-illness relationships. *Journal of Behavioural Medicine* **12**, 357-375.
- Golde, P.E. and McCarthy, R.C. (1995) Regulation of memory processes: role of peripheral catecholamines and glucose. In: Friedman, M.J., Charney, M.S. and Deutch, A.Y.S., (Eds.) *Neurological and Clinical Consequences of Stress*, pp. 151-162. Philadelphia: Lipincot-Raven Publishers.
- Haynes, S.N., Gannon, L.R., Orimoto, L., Brien, W.H. and Brandt, M. (1991) Psychophysiological assessment of poststress recovery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **3**, 356-365.
- Kagan, B.L., Leskin, G., Haas, B., Wilkins, J. and Foy, D. (1999) Elevated lipid levels in Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry* **45**, 374-377.
- Keane, T.M., Kolb, L.C., Kaloupek, D.G., Orr, S.P., Blanchard, E.B., Thomas, R.G., Hsien, F.Y. and Lavori, P.W. (1998) Utility of psychophysiological measurement of posttraumatic stress disorder: results from a department of veterans cooperative study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **66**, 914-923.
- Mason, J., Weizman, R., Laor, N., Wang, S., Schujovitsky, A., Abramovitz-Schneider, P., Feiler, D. and Charney, D. (1996) Serum triiodothyronine elevation with posttraumatic stress disorder: a cross-cultural study. *Biological Psychiatry* **39**, 835-838.
- Melamed, S. (1987) Emotional reactivity and elevated blood pressure. *Psychosomatic Medicine* **49**, 217-222.
- Resnick, H.S., Yehuda, R., Pitman, R.K. and Foy, D.W. (1995) Effect of previous trauma on acute plasma cortisol level following rape. *American Journal of Psychiatry* **152**, 1675-1677.

- Shalev, Y.A., Sahar, T., Freedman, S., Peri, T., Glick, N., Brandes, D., Orr, S.P. and Pitman, R.K. (1998) A prospective study of heart rate response following trauma and the subsequent development of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry* **55**, 553-559.
- 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.
- Yehuda, R., Giller, E.L., Southwick, S., Kahana, B., Boisoneau, D., Ma, X. and Mason, J.W. (1994) Relationship between catecholamine excretion and PTSD symptoms in Vietnam combat veterans and holocaust survivors. In: Murburg, M.M., (Ed.) *Catecholamine function in post-traumatic stress disorder: emerging concepts*, pp. 203-219. Washington DC: American Psychiatric Press.