

# DIJAGNOSTIKA TRAUME KOD MIGRANATA S POSEBNIM OSVRTOM NA PTSP

Doc. dr. AZRA PETERSCHIK

## SAŽETAK

*Psihološka dijagnostika traumatiziranih migranata, pogotovo ekstremno traumatiziranih je kompleksan i multidimenzionalni proces. On zahtjeva ne samo sagledavanje simptoma i procjenu traumatiziranosti, nego i implikaciju individualnog realiteta u kome se u međusobnoj interakciji nalaze i afektivno-kognitivni sistemi traumatiziranih.*

*Mada nije dokazan direktni kauzalitet između migracije i traumatizacije, ona se ipak vrlo često predstavlja kao trauma (poremećaj i povreda psihičke ravnoteže) koja dugo traje, a pogotovo ako odlazak iz vlastitog doma nije lično odabran. Kao takvu čine je lanac manje ili više traumatskih doživljaja različitog intenziteta, pa tako ulaze u kategoriju kumulativnih, odnosno sumiranih trauma, koje prema svojim karakteristikama mogu rezultirati pojavom PTSP-a.*

*U tom smislu bilo bi poželjno u dijagnostici traumatiziranih migranata unijeti migracioni proces sa svim svojim specifičnostima i migranta kao osnovnu jedinicu u njegovom sociokulturnom kontekstu.*

**Ključne riječi:** dijagnostika, trauma, migrant, PTSP

## UVOD

Migracija je proces koji već stoljećima pripada ljudskoj istoriji. Ona ne znači samo doseljavanje nego i odseljavanje. Migracija predstavlja prostorno pokretanje u svrhu promjene središta životnog usmjerenja izvan granica udaljenosti značajne za individu ili grupu. Ako ovo premještanje prelazi granice nacionalne države, označava se *internacionalnom migracijom*. U tu grupu spadaju iseljenici, povratnici, ekonomski migranti, legalni doseljenici kao i izbjeglice iz različitih pobuda. Razlozi za migraciju mogu biti različiti, ali im je na početku migracionog procesa zajedničko odvajanje od porodice, prijatelja, poznate sredine i domovine. Uspjeh migracije ovisi o sposobnosti migranta da afektivne standarde formirane generacijama u vlastitom društvu i kulturi usklade prema etabliranim u novoj sredini. Veoma je teško ući u migracioni proces i savladati ga, ukoliko su razlike između stare i nove domovine velike. Suočeni sa stranim jezikom, novom religijom i neizvjesnom budućnošću u zapadnim metropolama, nerijetko u prinudnim smještajima i sa fizičkim i psihičkim posljedicama rata, razlikuju se dijametralno od onih migranata koji iz ekonomskih razloga prelaze iz jedne evropske zemlje u drugu uz mogućnost dalje komunikacije na maternjem jeziku. Kako će migrant reagovati na opterećujuću promjenu u svom životu ne zavisi samo od ličnosti, nego takođe i od »dozvoljenih«, odnosno »tabuiziranih« oblika tradicionalnog ophođenja prema psihičkim poremećajima u sklopu vlastite kulture. Subjektivni mehanizmi savladavanja ovih poteškoća, kao i sami način ispoljavanja psihičke patnje su različiti, ovisno o porijeklu i pripadnosti određenoj grupi naroda. Zbog toga susreti osoba sa različitim socijalizacionim procesima (nastalim zbog pripadnosti različitim kulturama) induciraju često izuzetno kompleksne interakcione situacije. Orijehtacija samo na vlastite kulturne norme i vrijednosne sisteme, zahtijeva velike napore od interakcionih partnera.

Iako živimo u vremenu dijagnostičkih manuala i klasifikacionih šema, u ovoj oblasti nailazimo na probleme. Koristeći internacionalnu klasifikaciju psihičkih poremećaja ICD-10, poglavlje F, možemo

ustanoviti da imamo samo neznatan osvrt na interakcijske aspekte migracije i zdravlja. Slično tome je i u američkoj verziji DSM-III-R. Principijelno se u obadva manuala nalazi multidimenzionalna dijagnostička šema prema kojoj se mogu kodirati i psihosocijalni poremećaji ali ovako multidimenzionalno kodiranje nije uobičajeno. Prema ICD-10 u poglavlju F, psihičke reakcije na opterećenje, kao npr. emigracija, izbjeglištvo, svrstane su u okviru *poremećaja prilagođavanja* **F43.2**. Kod toga se u nastanku poremećaja ističe značaj individualnih dispozicija.

Za cjelokupan dijagnostički proces bilo bi poželjno posjedovanje *diferencijalno-kulturnih predznanja*, i to i u odnosu na zemlju iz koje dolazi pacijent, kao i ona u odnosu na specifičnu situaciju u kojoj se nalazi migrant. Ovakav preduslov smanjio bi pojavu stereotipija (Akgün, 1992:56-60) i predstavljao bi potrebnu kompetenciju u svrhu sprječavanja pogrešnih dijagnostičkih kodiranja u odnosu na kulturnu pripadnost.

To znači da možemo i smijemo govoriti o problematici dijagnosticiranja traumatiziranih migranata kod kojih kulturna pozadina ima značajan uticaj u poimanje i ispoljavanje poremećaja. Upravo ovu problematiku je autor stavio u fokus ovoga rada.

## 1. TRAUMA I PTSP

Psihička trauma se često definiše kao vitalni diskrepantni doživljaj između ozbiljne ugroženosti (događaja) i vlastite mogućnosti savladavanja. Odnosi se na takve situacione faktore koji prelaze „uobičajeno ljudsko iskustvo“, odnosno događaj koji bi bio „izrazito mučan za svakog“.

Diskrepantni doživljaji su povezani sa osjećajima bespomoćnosti, prepuštenosti situaciji bez mogućnosti zaštite i praćeni intenzivnim strahom i užasom. Desasteri i druge vrste katastrofa dovode u pitanje interpersonalna ubjeđenja o pravедnosti, ljudskosti i konfrontiraju žrtve, ali i nas sve sa realitetom neshvaćene ljudske zlobe i destruktivnosti. Interes za psihičku traumu u svojoj istoriji karakterišu periodičke amnezije. Iako istraživanja imaju bogatu tradiciju, periodi aktivnih istraživanja smjenjivali su se sa periodičkim tabuiziranjem i ponavljanjem tematskih pravaca. Ta istraživačka nepostojanost mogla bi se objasniti pojavom jakih kontraverzi u odnosu na etiologiju, epidemiologiju i klasifikaciju, a ne nedostatkom interesa, kao što se može pronaći u stručnoj literaturi o traumi.

U objašnjenju etiologije PTSP-a, obično se navodi da je u pitanju interakcija mnogih činioca, koji se kreću od vrste stresora i njegovog intenziteta, do ličnosti traumatizirane osobe i odnosa socijalne sredine prema njoj. Posttraumatski stresni poremećaj je jedan od neznatnih dijagnostičkih kategorija u DSM-IV koji zahtijeva jedan etiološki faktor. U ovom slučaju je to trauma ili stresor kao ulazni kriterij i predstavlja *condicio sine qua non* razvoja PTSP-a. Dok je stres unutrašnje stanje ili doživljavanje, stresor predstavlja vanjski događaj. Vizek-Vidović (1992:16) navodi da je *stres negativna emocionalna reakcija, utemeljena na kognitivnoj procjeni događaja kao prijatnje*. Sa *medicinskog stanovišta*, pojam traume predstavlja povredu ili oštećenje nastalo vanjskim uticajem, odnosno jednu često po život opasnu promjenu tjelesnog tkiva. Ovdje imamo oslanjanje na korijen riječi koji na grčkom znači *rana*. Na osnovu toga se i psihotraumatologija može definirati kao nauka o strukturi, toku i mogućnostima liječenja psihičkih povreda i njihovih posljedica. (Duden, leksikon 2001;1008)

Sa *psihološkog stanovišta*, pojam traume označava duševnu povredu ili oštećenje nastalo vanjskim uticajem. *Traumatizaciju* u psihološkom smislu čini egzistencijalno ugrožavajuće iskustvo, a predstavlja ogromnu povredu naše psihičke stvarnosti i iz tog rezultirajuće dramatične promjene u svim psihološkim varijablama (Butollo,1999;176). Dodatni aspekt psihičke traume nalazimo u citatu Küchenhof -a (1990;15-31) »*Ali sam događaj ne čini traumu, ona nastaje tek doživljajem koji je proizveden iz tog događaja*«. Američko Psihijatrijsko Udruženje APA (1980-Dijagnostički manual) je psihološku traumu definiralo kao događaj koji je izvan granica uobičajenog ljudskog iskustva.

Ova definicija je izazvala mnoge kontroverze. Istraživanja su pokazala da su traumatska iskustva nastala prirodnim promjenama, katastrofama uslovljenim vrstom posla i nesretnim slučajevima, a posebno „man-made desasters“ tako česta da ih ne možemo svrstati izvan granica uobičajenog ljudskog iskustva.

## 1.2. ISTORIJSKI PREGLED RAZVOJA POJMA TRAUME

O djelovanju traumatskih događaja i doživljenosti istih nalazimo konkretne podatke koji su stariji od sto godina. Dacosta je već 1871. primijetio u kliničkoj studiji kod vojnika određeni kompleks simptoma koga je nazvao sindrom „iritiranog srca“ (irritable heart). Nakon Prvog svjetskog rata se koncept posttraumatskog stresnog poremećaja dovodi u vezu sa načinom vođenja rata.

Frederick Mott i Ernest Southard iscrpno dokumentiraju 1919. godine psihološke i neurološke posljedice traume za vrijeme Prvog svjetskog rata (SAIGH,1992), označavajući ih kao „shell shock“, uz simptome znojenja, gušenja, srčane aritmije i bolova u predjelu srca.

Poslije Drugog svjetskog rata povećava se interes za psihičkim opisom ispoljavanja ratnih doživljaja koji se opisuju kao „traumatska ratna neuroza“, „šok od granate“ itd. Pedesetih godina pojam „survivor syndrome“ predstavlja simptomatsku sliku preživjelih iz koncentracijskih logora.

1952. godine u DSM-I (American Psychiatric Association,1952) uvedena je kategorija „velike stresne reakcije“. Opisana je kao akutna stresna reakcija i kategorizirana u civilni i vojni oblik. Međutim, tu kategoriju ne nalazimo više u DSM-II (APA,1968).

Povratkom vojnika iz Vijetnamskog rata i suočenjem sa velikim brojem izuzetno traumatiziranih osoba, kao i klinički rad sa žrtvama različitih katastrofa koji je nakon toga uslijedio, dovode konačno do definiranja posttraumatskog stresnog poremećaja. Pojavljuje se u DSM-III (APA;1980) kao „posttraumatska stresna reakcija“ odnosno u revidiranom DSM-III-R (APA,1987) kao „posttraumatski stresni poremećaj“. Ta definicija je zadržana i u DSM-IV (APA,1994), a koristi se i u aktuelnom dijagnostičiranju.

Tabela 1: Istorijski pregled razvoja pojma traume bez pretenzija sveobuhvatnosti

1871.	Dacosta	Irritable heart (mehanička trauma )
1880.	Charcot	„Velika neuroza“
1888.	Oppenheimer	„Traumatska neuroza“
1883.	Freud	Psihička trauma kao uzrok svih vrsta histerije
1899.	Kraepelin	„Schreckneurose“
1912.	Abracham	„Trauma i demencija“
1924.	Rank	Trauma pri rođenju
1918,1926-27	Freud	Zavođenje, rat, razvoj kao razlog „tramatske neuroze“
1930.	Fereczi	Traumatsko djelovanje usljed okrutnosti „ jezička pometnja“
1934.	Anna Freud	Repetativna trauma
1945.	Spitz	Deprivaciona trauma
1949.	Hoffer	„Mirna trauma“
1954.	Winnicott	„Gubljenje Holding-a“
1956.	Kris	„Shock - and strain-trauma“
1963.	Khan	Kumulativna trauma
1965.	Lorenzer,Thomä	Dvofazni razvojni oblik
1967.	Sandler	Opterećujuća trauma
1968.	Bowlby	Trauma nastala odvajanjem
1979.	Keilson	Sekvencijalna trauma
1979.	Grubrich-Simitis	Ekstremna trauma
1985.	Krystal	„catastophic trauma“
od 1990.-		sve više se opis traume povezuje uz mučenje i seksualno zlostavljanje

Izvor: Istraživanje autora – Intervju sa Prof. Ōzek M. 1999.

### 1.3. KLASIFIKACIJA TRAUMA

Uzimajući u obzir različite aspekte, napravljeno je nekoliko klasifikacija trauma. Najčešće zastupljene podjele koje su pokazale svoju opravdanost predstavljene su u stručnoj literaturi:

- *man-made disasters*: seksualno i tjelesno zlostavljanje u djetinjstvu i kod odraslih, traumatizacija izazvana ratom (zarobljeničtvo u logoru, mučenje), različite vrste traumatizacije civilnog stanovništva izazvane nasiljem.

- *nesretni slučajevi*: na poslu, u saobraćaju, prirodne katastrofe.

Traume se mogu klasificirati i po dužini trajanja:

Traume *tipa I* su obično kratkotrajne, često je samo jedno traumatsko iskustvo koje se odlikuje iznenadnošću i akutnoj opasnosti po život.

Traume *tipa II* traju duže uz često ponavljanje i sa neznatnom mogućnosti predviđanja daljeg traumatičnog zbivanja. (prema Maerkeru, 1997;6).

Sa *analitičkog* polazišta, klinički su se pokazale podobne podjele na rane i kasne traume:

- *rane traume* (dječije)

Nasilje i seksualno zlostavljanje utiču posljedično kao tzv. „rane traume“ na daljnji psihički razvoj. Ukoliko je u momentu traumatizacije osoba mlađa i trauma dužeg trajanja, utoliko je veća vjerovatnoća da će trauma uticati na formiranje identiteta odnosno psihičke strukture.

Rane traumatizacije se događaju na dva načina. Moguća je „šok trauma“ (Kris, 1956;54-88) odnosno samo jedna traumatizacija koja odgovara traumi tipa I (Terr, 1991) ili multiplo traumatsko iskustvo, tzv. „strain trauma“ (Kris, 1956), koje odgovara traumi tipa II (Terr, 1991;10-20).

- *kasne traume* (npr. katastrofe)

Ekstremne životne situacije i traumatski događaji koji su odraslim osobama narušili ravnotežu prosječno očekivanih promjena i u potpunosti dovele do promjene životnog stila, čine kasne traume. Ekstremna traumatizacija (na osnovi psihoanalitičkog učenja) može uticati na specifične EGO i SUPEREGO deformacije i smanjiti mogućnosti razlikovanja između fantazije i realiteta, kao i gubitka sposobnosti simboliziranja i tvorbe metafora u smislu konkretiziranja (Eschenröder, 1999; istraživanje autora). Butollo (1997) tu ubraja i identifikaciju sa agresorom (tzv. »psihički kanibalizam«), čestu kod taoca prepada i zatvoreništva, u literaturi inače poznatu i pod nazivom »Štokholmski sindrom«.

Becker (2006;18-20) upućuje na Keilsona koji je opisao izuzetno jako, dugotrajno kumulativno traumatsko djelovanje kod djece, definirano kao sekvencijalnu traumatizaciju. Po njegovom mišljenju ovakva traumatizacija može razoriti strukturu ličnosti na više fundamentalnih načina ostavljajući trajne duševne ožiljke. Socijalna okolina može dodatno djelovati otežavajuće i doprinositi daljoj traumatizaciji. Keilson to naziva trećom sekvencijalnom fazom koja se posljednjih godina sve više citira, posebno u odnosu na dugogodišnji nerješeni status boravka bosansko-hercegovačkih izbjeglica. Polemike o ovoj problematici u zapadnim zemljama, doprinijele su sve većoj aktualnosti Keilsonovih teza, pokazavši još jednom snagu treće sekvencijalne faze na psihički integritet izbjeglih i prognanih osoba.

Nakon duge istorije traženja „dokaza“ o uticaju traume na psihički integritet, danas vrijedi za izvjesne entitete, kao npr. za PTSP, neosporivost prethodnog traumatiziranja. To se može i u svako vrijeme dokazati na osnovu katastrofalnih razmjera različitih stresora.

Međutim, istraživanja traume do sada nisu ponudila precizan odgovor na pitanje, kada i pod kojim uslovima opterećujuće situacije (koje uzete pojedinačno, svaka za sebe, ne predstavljaju „katastrofu“), u svom sumiranju dobivaju traumatski kvalitet, koji potom inducira odgovarajuće psihičke posljedice. Sistematska istraživanja traumatizacije i nastajanja psihičkih posljedica su pokazala da rasprostranjenost PTSP-a ovisi o učestalosti traumatskog događaja. Najmanje za jedan dio trauma je očito da variraju u njihovoj učestalosti zavisno od političkog usmjerenja u određenoj oblasti i

geofizičkog položaja. Dok su izvjesni predjeli pogođeni zemljotresima, poplavama, vjetrovima, na drugoj strani imamo ratove, zatočeništvo i mučenje.

#### 1.4. POSTTRAUMATSKI STRSNIH POREMEĆAJ PTSP

Ukoliko traumatska reakcija izuzetnog intenziteta duže vremena akutno perzistira, onda je kao takvu dijagnosticiramo pod nazivom **Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)**. U literaturi koja iznosi ovu problematiku, pojava subjektivnih psihičkih tegoba, te karakterističnih simptoma nakon izlaganja traumatskim događajima, opisuje se PTSP-om. Iako se simptomi najčešće pojavljuju kratko nakon traumatizacije, mogu se pojaviti i nakon latencije od nekoliko mjeseci ili godina. U stručnoj literaturi najčešće nailazimo na engleskom jeziku zastupljenu skraćenicu PTSD, odnosno PTSP korištenu i u ovome radu kao sinonim.

Perren-Klingler (1998;izvor podatka u upitniku autora) iznosi problematičnost i spornost medicinske definicije pojma PTSP u njegovoj globalnoj važnosti. Smatra da dosadašnje definiranje naglašava patološke aspekte traume i zapostavlja jedinstveni (unikatni) i kulturno specifični karakter tog procesa, što je istakla i u psihoterapijskom radu sa bosansko-hercegovačkim izbjeglicama.

Potencijalni traumatski događaji obilježeni su velikom heterogenošću i obuhvataju ratne sukobe, ratno zarobljeništvo, direktno fizičko nasilje (npr. silovanje, prepade, krađe) te terorističke napade, uzimanje za taoce, teške saobraćajne nesreće, prirodne katastrofe, kao i dijagnoze bolesti koje su opasne za život (APA, 1980).

U DSM-III R (APA; 1987/89,247) navedene su različite vrste trauma koje mogu dovesti do pojave PTSP-a.

- Jedna vrsta stresora predstavlja *konfrontaciju* sa situacijom u kojoj su ugroženi „vlastiti život ili tjelesni integritet“ (APA,1987;247 f).
- Druga vrsta obuhvata *promatranje* (bystander) događaja kao npr. „pogled na nastradalu osobu u udesu ili nasiljem ozbiljno povrijeđena, ubijena ili će biti neminovno ubijena“ (APA 1987;248).
- *Spoznaja* „da se bliskom prijatelju ili osobi iz kruga porodice nešto užasno *desilo* ili da postoji opasnost *da će se to desiti*“ (APA,1987;248).

Ovakva podjela poklapa se djelomično sa podjelom na primarne, sekundarne i tercijalne žrtve. *Primarne žrtve* su neposredno izložene traumatskom događaju (npr. žrtve mučenja, silovanja itd.). *Sekundarne žrtve* su svjedoci ili osobe koje su na neki drugi način involvirane (npr. vatrogasci, osoblje hitne pomoći itd.). *Tercijarne žrtve* su svi oni na koje je trauma imala indirektni uticaj (npr. porodica primarnih žrtava).

#### 1.5. EPIDEMIOLOGIJA I PREVALENCIJA PTSP-a

Studije o prevalenciji PTSP-a mogu se podijeliti na one koje obuhvataju opšte stanovništvo i na studije kod populacije sa visokim rizikom doživljavanja traume. Procentualnu različitost epidemioloških podataka možemo naći između starijih i novih studija. Kod starijih studija (80-ih godina) imamo izrazito nižu prevalenciju PTSP-a u životnoj dobi koja iznosi 1-2% (Helzer et al.,1987 u Mearker,1997;20).

U novijim istraživanjima u često citiranoj NCS Studiji o učestalosti PTSP-a kod američkog stanovništva (Kessler et al., 1995; u Mearker;20) nalazimo podatke o prevalenciji u toku života koja iznosi 7,8%. Izvjestan broj drugih studija pokazuje čak i veći postotak razvoja PTSP-a nakon traumatskog iskustva. Sa takvom prevalencijom PTSP spada u najčešće psihičke poremećaje. To pokazuje da traumatski događaji ne leže izvan normalnog ljudskog iskustva, kao što se nalazilo u ranijim klasifikacijama, nego da su česti, kao i reakcije koje odgovaraju kriterijima PTSP-a. Ukoliko posmatramo rizične grupe kao npr. izbjeglice, žrtve nesretnih slučajeva itd., onda se izuzetno povećava prevalentni iznos za pojavu PTSP-a.

Butollo iznosi da samo na osnovu statističkih podataka ne možemo govoriti o potpunom kauzalitetu. Rizik razvoja PTSP-a nije samo pod uticajem vulnerabilnosti u odnosu na traumatske događaje, nego također i vulnerabilnosti da se ti događaji kao takvi dožive (Butollo 1999;71). Istraživanja razvoja ukazuju da PTSP nije homogeni oblik reakcije, nego posjeduje diferentne oblike razvoja i to akutnog, hroničnog, odgođenog i međuoblika. Različita istraživanja su pokazala da jedna četvrtina, odnosno jedna trećina žrtava ekstremnih stresova razvija izuzetne psihičke probleme koji se mogu dijagnosticirati kao psihičko oboljenje. Pokazalo se da u oko 40%-50% slučajeva dolazi do hronificiranja simptoma.

Kessler (Kessler et al.,1995;20) ističe da trećina osoba kod kojih se razvio PTSP čak i nakon više godina posjeduju i dalje simptome, bez obzira da li su bili liječeni ili ne. Diekstra (1999; izvor-intervju autora) u odnosu na perzistirajuće simptome citira Jean Amery-ja, pisca i žrtvu mučenja u koncentracionom logoru za vrijeme Drugog svjetskog rata, koji u svojoj knjizi »Jenseits von Schuld und Sühne« je rekao: »Tko je bio mučen, ne može se više u ovome svijetu osjećati kod kuće«. Taj citat potkrjepljuje iskustvo navedenog autora, koji smatra, da se ovako traumatsko iskustvo teško može pobiti ili otkloniti terapijom. U ekstremnim slučajevima, utjecaj traume je i nakon više godina od samog događaja ekstremno prisutan. Jean Amery je primjer kasnog suicida, izvršenog 30 godina nakon puštanja iz logora. Međutim, sveukupni podaci daju pregled da je veliki broj traumatiziranih ipak u stanju da doživljene ekstremne stresove kontrolira i da ih bez izuzetnih problema i savlada. Dob traumatizacije igra ulogu pri razvijanju simptoma i toka bolesti. Tako npr. starije osobe kod traumatizacije generalno su manje vulnerabilne za razvijanje PTSP-a. Iako su muškarci statistički izloženiji povećanom riziku za traumatizaciju (60% : 50%) žene razvijaju poslije traumatizacije češće PTSP-simptome od muškaraca (20% : 8%).

Prema tome, u nastanku i perzistiranju PTSP-a važnu ulogu imaju modificirani faktori. Oni s jedne strane posjeduju vulnerabilizirajuću ulogu, npr. dispoziciona prenadražljivost, a s druge strane predstavljeni su protektivnim funkcijama, tzv. resursima.

## 1.6. SIMPTOMATIKA I DIJAGNOSTIKA PTSP-a

Kliničari su često suočeni sa potrebom sakupljanja velikog broja informacija o stresogenim životnim iskustvima traumatiziranih osoba i različitim parametrima njihovog ranijeg i aktuelnog psihosocijalnog prilagođavanja (Kulka, Fairbank,1988;20-48). To je moguće postići samo ako se podaci prikupe iz različitih izvora. Na taj način povećava se validnost svrstavanja u određenu dijagnostičku kategoriju uz omogućavanje boljeg terapijskog pristupa (Keane, Wolfe & Taylor,1987;). Dijagnostički proces može se upotpuniti primjenom metoda za samoprocjenu, procjenu od strane kliničara ili psihofiziološkim mjerenjima. Poznavajući činjenicu da simptomi mogu iznenada i spontano iznenaditi pacijenta i povećati izbjegavajuće ponašanje, zadatak kliničara je da uspostavi povezanost između traumatskog iskustva i posttraumatske simptomatike. Potrebno je da dijagnosticira i moguće poremećaje koji se pojavljuju istovremeno, a ako su prisutne da ustanovi i druge poteškoće. Etnička pripadnost određuje na vrlo diferencijalan način poimanje i iskustva u odnosu na strah, sram, pitanje časti, bol, bezpomoćnost itd. Kulturni identitet utiče na ono što mi nazivamo poremećajem u odnosu na zdravlje, što nazivamo bolešću, što uzimamo kao uzrok oboljenja, kao i kakva očekivanja želje i nade imamo u odnosu na određenu vrstu liječenja, pa tako direktno utiču i na dijagnostiku.

Iako je psihološka dijagnostika PTSP-a značajno unapredovala ne postoji standardni postupak za identificiranje tog poremećaja. Različiti dijagnostički instrumenti variraju u svojoj senzibilnosti u odnosu na PTSP, ali i u razlikama specifičnih grupa traumatizacije. Danas postoji izvjestan broj postupaka koji stoji na raspolaganju pri dijagnostici PTSP-a.

## 2. KRATAK PREGLED METODA KLINIČKE PROCJENE

### 2.1. STRUKTURIRANI INTERVJU

Osnova u dijagnostičkom radu je *klinički intervju*. U svrhu dijagnosticiranja primjenjuju se različiti strukturirani klinički intervjui, primjereni strukturi klijenta, preferiranju dijagnostičara ili geološko-jezičkoj inklinaciji. Svrha standardiziranih intervjua je utemeljenje dobivenih podataka uz što veće smanjenje subjektivnosti procjene.

Bez obzira na postojeće razlike u dužini intervjua, vrste pitanja i polaznog koncepta PTSP-a, svi takvi instrumenti imaju nekoliko zajedničkih osobina:

- Precizno se opisuje vrsta traume, vrijeme kada je osoba bila izložena traumatizaciji, da li se radi o jednokratnom ili ponovljenom traumatskom iskustvu i unosi se tačan vremenski period od momenta traumatizacije do procjene.
- Svaki simptom procjenjuje se pojedinačno (iz liste tipičnih simptoma za PTSP)
- Od pacijenta se traži kvantificiranje pojedinih simptoma (npr. učestalost javljanja sedmično, dužina sna se izražava satima spavanja, intenzitet simptoma se prikazuje na grafičkim skalama).

Iako je sa stajališta praktičara poželjna objektivna i valjana procjena PTSP-a radi što boljeg obavljanja dijagnostičko-klasifikacijskih zadataka, strukturirani klinički intervju ne može biti zamjena za stručnu i obimnu eksploraciju individualne problematike traumatizirane osobe. Zbog toga je veoma važno obratiti pažnju na određene faktore: *kognitivne faktore, faktore uključenja porodice, faktor komorbidnosti i etničke i kulturne faktore. Kognitivni faktori* - U toku kliničkih kontakata kao i u istraživačkim radovima ustanovljeno je da osobe sa PTSP često imaju iskrivljeno poimanje i interpretiranje okoline.

Ellis (1994;3-25), objašnjavajući glavne postavke ove konstatacije, iznosi njihovu uzrokovanoost apsolutističnošću, musturbatorcijom i grandioznim zahtjevima. On smatra da su ovi zahtjevi djelomično naučeni od roditelja i kulture i da se kod emocionalno uznemirenih osoba transformiraju u komande. Ellis navodi tri takve važne komande, na primjeru svoje pacijentice, koja je nakon seksualnog nasilja razvila simptome PTSP-a:

1. „Zbog toga što ja posebno volim da budem korisna i priznata od strane značajnih ljudi, ja to moram i apsolutno biti (ukoliko već nisam, ja sam nekompletna osoba).“ Na ovakva vjerovanja može se naići u Njemačkoj kod velikog broja traumatiziranih izbjeglica iz Bosne i Hercegovine (op. aut.). Nalazeći se u tuđini, u stalnom su nastojanju da urade što najbolje mogu i da za to dobiju priznanje. Zakonski propisi ih najčešće sputavaju, npr.: stalno traženje radne dozvole, pokušaj rada na „crno“ uz veliku dozu straha zbog kršenja zakonskih propisa i mogućeg protjerivanja, u najviše slučajeva napuštaju taj posao. Bez mogućnosti zadovoljavanja ovih zahtjeva, dolazi do učvršćenja iracionalnih postavki.

2. „Zbog toga što ja zaista želim da se značajni ljudi staraju o meni i da me tretiraju prilično dobro, oni to apsolutno moraju uraditi (ukoliko to već nisu, oni su loši ljudi)“ (Ellis, 1994;3-25). I ovo iracionalno vjerovanje je takođe izuzetno rasprostranjeno među traumatiziranim osobama iz Bosne i Hercegovine, posebno neposredno poslije izbjeglištva ili prognanstva iz domovine. Izuzetno razočarani ambivalentnim gledanjem na njihove probleme i sputani nemogućnošću planiranja i kontrole budućeg organizovanja esencijalnih životnih formi, gube i onako već nisku sposobnost tolerancije stresa, te češće reaguju agresivno, što dovodi do sukoba i svađa u krugu prijatelja, porodice i službi zaduženih za stranačka pitanja zemalja koje su ih prihvatile. To iracionalno vjerovanje da se ljudi *uvijek* moraju prema „*meni*“ dobro ophoditi, može rezultirati povredom, depresivnošću i posezanjem za alkoholom i drogom, uslijedi li isto ponašanje kao i prema drugima u istoj situaciji (Ellis,1994).

3. „Zato što ja izuzetno želim da uslovi pod kojim živim budu lagani i udobni, strašno je ako to oni nisu, to ne mogu podnijeti i čitav moj život je loš i teško da može biti vrijedan nastavka“ (Ellis,1994). Upravo rat, izbjeglištvo i migracioni proces su primjeri da životni uslovi ne moraju biti lagani. Osjećaj da su prisutne poteškoće nesavladive, povećava bespomoćnost i iracionalnu pretpostavku da je

prošlost ista kao i budućnost. Život u novoj sredini je izuzetno je stresogen, ukoliko se i dalje ostaje pri apsolutističkim zahtjevima, obično djeluje izuzetno frustrirajuće.

*Faktori uključenja članova porodice* - U porodicama traumatiziranih osoba često se pojavljuju različiti problemi vezani uz traumatizaciju jednoga člana (Ellis,1994; Diekstra,1987,1999; Ōzek,1999; Peseschkian,1999;Izvor istraživanja autora). Zbog toga je poželjno, uvijek kada je to moguće, da se u dijagnostiku PTSP-pacijenata uključe osobe iz bliže okoline. Time se dobivaju sljedeće dodatne informacije:

- potvrda o prisutnosti simptoma PTSP-a, koje je pacijent već djelomično naveo
- objašnjenje simptoma i njihovog odražavanja na pacijenta i okolinu
- procjene potrebe za psihoterapijom samog pacijenta a moguće i članova porodice
- odluka o kompetenciji nekog člana porodice koji treba da npr. podrži terapijski postupak
- procjena moguće kognitivne konfuzije

*Faktor komorbidnosti* - Na osnovu epidemioloških studija US-Američkog stanovništva iz 1995. godine (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson,1995;52) došlo se do podataka da su 88,3% muškaraca i 79% žena koji su u toku života jednom ispunili kriterij PTSP-a, razvili takođe i neki drugi psihički poremećaj, prije svega na području depresija, anksioznosti i ovisnosti.

Pri dijagnostici PTSP-a treba obratiti pažnju da se pojedinačni simptomi često ne razlikuju od simptoma nekih drugih poremećaja. Tek u kombinaciji i na osnovu klasifikacionog kriterija daju sliku tog poremećaja. Epidemiološka i klinička istraživanja pokazuju da u 60, pa čak i u 100 % slučajeva, PTSP ide uz neki drugi poremećaj (poremećaji dijagnosticirani na osi I, Diekstra, 1999,2000;Izvor istraživanja autora).

Ukoliko se nakon traumatizacije razvije PTSP, postoji povećan rizik da se u toku života oboli od nekog drugog psihičkog poremećaja (Butollo,1999). Diekstra (1999,2000; Izvor istraživanja autora) ističe posebno veliki broj samoubistava kod PTSP-pacijenata. Po njegovom mišljenju, pokušaj suicida je u toj populaciji stanovništva osam puta veći nego u normalnoj populaciji.

Kod hroničnog PTSP-a je prisutan visok rizik i komorbidnost sa depresivnim poremećajima, GAD, somatskim poremećajima kao i poremećajima povezanim uz prekomjerno konzumiranje alkohola, droge i medikamenata (Maerker,1997).

Međutim, veoma je teško ustanoviti da li je zloupotreba tih supstanci već primarno postojala ili je zaista posljedica PTSP-a. Da bi se uz PTSP mogli dijagnosticirati i drugi mogući poremećaji, preporučuje se primjena strukturiranog i standardiziranog intervjua, odgovarajući psihometrijski postupci kao i upitnici – testovi za procjenu opasnosti od suicida.

*Etnički i kulturni faktori* - U odnosu na pripadnost drugoj kulturi i moguće poteškoće u dijagnosticiranju, Butollo (1999; Izvor istraživanja autora) navodi da je u zapadnom poimanju bolesti još uvijek jako prisutna podjela između psihičkog i fizičkog oboljenja, što nije evidentno i kod pojedinih pripadnika drugih kultura. Po njegovom mišljenju se čak i zbog nejasnog raporta mogu pojaviti problemi u dijagnosticiranju. „Kultura i društvo ne formiraju samo socijalno značenje određenog traumatskog iskustva, nego i način kako jedna osoba reagira, da li i sa kojim simptomima i na koji način će ona ili on biti ponovo zdravi“ (Butollo, 1999;137).

## 2.2. PSIHOMETRIJSKI POSTUPCI

Skoro do kraja osamdesetih godina, jedan dio PTSP-dijagnostike koristio se prilagođenim postupcima koji su zapravo bili konstruisani za druge poremećaje. Tek od tada sa rastućom potrebom, imamo pojavu validnih i relijabilnih dijagnostičkih instrumenata koji uzimaju u obzir različite vrste traumatizacije. S obzirom na obimnost korištenih mjernih instrumenata u dijagnostici PTSP-a, dat ćemo samo kratak pregled često spominjanih instrumenata koji su u upotrebi kod kliničara i praktičara.



Psihometrijski postupci su namjenjeni preciznijem mjerenju određenih ograničenih simptoma ili grupa simptoma. Dije se na skale za samoprocjenu i na upitnike koje ispunjavaju i stručnjaci u slučaju težih poremećaja. Uz diferencijalnu dijagnostiku omogućavaju i specifikaciju komorbidnosti, te daju specifičnu sliku o razvoju simptoma u toku terapije.

U posljednje vrijeme sve veću kliničku primjenu ima **CAPS** (Clinician Administered PTSP Scale; Blake et al. 1990;187-188) kojom je omogućeno osim postavljanja dijagnoze, utvrđivanje i stepena poteškoće u postupku procjene. Korištenjem CAPS-a dobivaju se informacije o svim simptomima koji se često pojavljuju kod PTSP-a, a nalaze se u klasifikaciji DSM.

Kratak pregled skala za samoprocjenu: IES (Impact of Event Scale) PDS (Posttraumatic Stress Disorders Scale), PSS-SR (PTSP Symptom Scale-Self Report). Kod komorbidnosti odnosno kod diferencijalne dijagnostike mogu se primijeniti za ispitivanje depresivnosti BDI (Beck Depression Inventory), za ispitivanje habitualne i trenutne anksioznosti STAI (State & Trait Anxiety Inventory ili BAI (Beck Anxiety Inventory) itd.

### 2.3. PSIHOFIZIOLOŠKA MJERENJA

Psihofiziološka mjerenja pružaju mogućnost kliničaru da kod traumatiziranih pacijenata dobije i dodatne informacije o nastalom poremećaju. Obično se primjenjuju podražaji relevantni za traumu : Auditivni, audiovizuelni, imaginativni, kao i kontrolni neutralni podražaji. Ovako dobivene reakcije na osnovu različitih stimulusa mjere se npr., stres-termometrom (subjektivne informacije), tlakomjerom i EKG-om (fiziološki podaci) i promatranjem motoričkih smetnji ( npr. nemir, odustajanje od mjerenja itd ).

Na osnovu velikog broja psihofizioloških laboratorijskih istraživanja ratnih veterana, pokazala se konzistentno povišena fiziološka reaktivnost na stimuluse asociirane traumatskim doživljajem kod pojedinaca sa PTSP-dijagnozom. Do sada sprovedene studije su uspjele utvrditi diferencijalne vrijednosti mjerenjem srčanog ritma i sprovodljivosti kože kod PTSP pacijenata u odnosu na kontrolnu grupu. Iako fiziološka reaktivnost predstavlja posebnu dijagnostičku odliku PTSP-a, u terapijskoj praksi se zbog tehničkih i finansijskih ograničenja vrlo rijetko vrše fiziološka mjerenja.

### 2.4. DIJAGNOSTIČKI KRITERIJI: DSM-IV, ICD-10

Analiza simptoma kompleksnih oboljenja kao što je PTSP, predmet je interesa ne samo psiholoških organizacija već i Svjetske Zdravstvene Organizacije (WHO). U devetoj reviziji dijagnostičkog manuala ICD-9 (WHO; 1980) predstavljena je samo akutnu reakciju na stres, da bi u desetoj reviziji klasifikacionog sistema PTSP bio zastupljen i kao nozološki entitet. Oba danas važeća dijagnostička manuala (DSM-IV i ICD-10) baziraju na specifičnim i općenitim simptomima.

DSM-IV ih kumulira i grupira na pet osa (multiaksialna dijagnostika). One opisuju aspekte poput kliničkog sindroma, poremećaja ličnosti, općenitog zdravstvenog stanja, psihosocijalne aspekte i globalne procjene funkcionisanja. Time je prilaz psihičkom oboljenju bio-socijalan, a ne isključivo medicinsko-patološki. Za svaku kategoriju DSM-IV propisuje koliki broj simptoma je neophodan ili nezaobilazan da bi se sa sigurnošću došlo do dijagnoze PTSP-a.

ICD-10 definira klinički relevantne simptome, grupirane u općenite i specifične simptome, koji se ne adiraju linearno već po kliničkoj „težini“ doprinose dijagnozi i time omogućavaju fleksibilnost u radu.

#### **F 43 – reakcije na ozbiljan stres i poremećaji prilagođavanja**

Poremećaji ovog dijela razlikuju se od ostalih ne samo po simptomatologiji i razvoju, već i u jednom ili dva uzrokovna faktora: jedan neobično opterećavajući doživljaj koji prouzrokuje reakciju tipičnu za ozbiljan stres ili jedna izuzetna promjena u životu, koja dovodi do trajno neugodne situacije i konačno izaziva poremećaje prilagođavanja.

### F 43.1 – Posttraumatski stresni poremećaj

Poremećaj se javlja kao odgođeni i / ili protrahirani odgovor na stresogeni događaj ili situaciju (bilo kratkotrajni ili dugotrajni) izrazito prijeteće ili katastrofične prirode, koji dovodi gotovo redovito do dugotrajnog poremećaja kod skoro svake osobe (prirodna nepogoda ili katastrofa izazvana ljudskim faktorom, borba, ozbiljna nesreća, biti svjedok tuđe nasilne smrti, izlaganje torturi, terorizam, silovanje i drugi zločini).

## 2.5. SMJERNICE ZA DIJAGNOSTIKU

Ovaj poremećaj ne bi trebalo generalno dijagnosticirati ako nema dokaza da se javio unutar šest mjeseci nakon traumatskog događaja izrazite ozbiljnosti. Dijagnoza PTSP potencijalno je još uvijek moguća ukoliko je period između traume i početka poremećaja i duži od šest mjeseci, ukoliko su kliničke manifestacije tipične i ako se ne radi o nekom drugom poremećaju (npr. anksioznosti, opsesivno-kompulzivnom poremećaju ili depresivnoj epizodi). Osim dokaza o postojanju traume, moraju postojati repetitivna intruzivna sjećanja ili odigravanje događaja u sjećanjima, dnevnim sanjarenjima i snovima. Emocionalna odvojenost, zamrzavanje osjećaja i izbjegavanje stimulusa koji mogu pokrenuti prisjećanje na traumu često su prisutni, ali nisu ključni za postavljanje dijagnoze. Autonomni poremećaji, poremećaj raspoloženja i poremećaj ponašanja su elementi dijagnoze, mada nisu od primarne važnosti. Prema kriterijima nastanka PTSP-a nakon stresogenog/ih događaja, koristi se i simptomatska trijada, koju predstavljaju:

- *ponovno preživljavanje traumatskog događaja*
- *izbjegavanje traumatsko relevantnih stimulusa*
- *stalno povišeno pobuđenje.*

Kasne hronične posljedice teškog stresa, t.j. one koje su manifestne i mnogo godina nakon stresogenog iskustva, treba klasifikovati u sekciji F62.0 (Stalne promjene ličnosti poslije ekstremnog opterećenja). Dijagnostički kriteriji na osnovu DSM-III-R, DSM-IV i ICD-10 su i dalje predmet kritičke diskusije. I ovdje se treba naglasiti važnost poznavanja sociokulturne pozadine migranata (Hoffmann, 1987;42-48).

## 3. INTERKULTURNI ASPEKTI U DIJAGNOSTICIRANJU TRAUMATIZIRANIH

### 3.1. KULTURNA POZADINA I JEZIČNE BRIJERE

Iako je koncept PTSP-a u Evropi našao svoje mjesto, u dijagnostici su još uvijek prisutne veoma žive kontroverze. Mnogi evropski stručnjaci iznose da su odgovori na ekstremnu stresnu situaciju „normalna reakcija na nenormalnu situaciju“. Međutim, postavlja se pitanje koje se od tih reakcija pojavljuju u svakoj kulturi, odnosno važe za svaku kulturu, a koje su ovisne o određenoj kulturi, odnosno pojavljuju se samo u toj kulturi.

Primjena istih koncepata dijagnosticiranja u različitim kulturnim krugovima može dovesti do poteškoća. U svrhu relevantne validnosti i relijabilnosti preporučuje se diferencirana primjena uz reflektirani odnos prema kulturnoj pripadnosti (Marsela, Mather & Friedman, 1996;183-205). Važno je da se u dijagnostici i primjeni koncepta PTSP-a stalno ima u vidu konfrontacija sa najmanje tri dimenzije ljudskog bivstvovanja: **individualnom, kulturnom i univerzalnom**. Iz toga slijedi da je trauma univerzalni fenomen, čije manifestacije i načini savladavanja ipak pokazuju velike varijacione razlike.

Kluckholm i Muray (1957) su to najbolje prezentirali spajajući ovu problematiku u jednu rečenicu: „*Every man is like every other man, like some other man and like no other man*“ (Peseschkian 1999: Izvor, istraživanja autora).

U odnosu na ovakve postavke Peseschkian (1999: Izvor, istraživanje autora- upitnik) navodi: „ Obično terapeuti ne govore jezik zemlje iz koje dolazi klijent, ne poznaju njegove običaje, njegovu porodičnu situaciju i životni ritam određen njegovom religijom, najčešće ne poznaju ni jačinu trauma, ni veličinu njegove ekonomske bijede niti bolove koje odvajanje i rastanak od domovine donose sa sobom. Polazeći od te pozadine, može se desiti da simptomi izgledaju sasvim drugačije nego kod npr. nekog njemačkog pacijenta. Posljedica toga je bespomoćnost terapeuta koga kulturni procijep dijeli od pacijenta.“

Perren-Klingler (1998,1999; Izvor, istraživanja autora) iznosi da se u razgovoru mora uzeti u obzir izuzetna kreativnost u jezičkom izražavanju kod pripadnika različitih kultura tako da značenje pojedinih izraza može biti sasvim različito.

### 3.2. INDIVIDUALNO ZNAČENJE

Individualno značenje se najdrastičnije očituje već i prije početka terapijskog rada. Veoma često je izraženo izbjegavanje odlaska psihoterapeutu zbog stigmatizacije takvog „poteza“ baziranog na kulturno uslovljenim predrasudama. Ōzek (1999; Izvor, istraživanja autora u odgovoru na upitnik) opisuje takvo doživljavanje terapije kao svakodnevne pojave kod migranata, jer iz kulturnog kruga iz kojega dolaze, »tamo« pripadaju samo luđaci i simulanti. Čak i kada se donese odluka za psihoterapiju, individualno značenje otežava njen tok. Butollo (1999;Izvor, istraživanja autora) ističe da individualno značenje koje se pridaje jednom stresoru modificira reakciju na taj stresor, otežava dijagnostiku bez obzira na njegove objektivne kvalitete.

Tako je kod migranata dijagnostički proces često otežan sramom, nastalim subjektivnom procjenom da je pokazana reakcija neadekvatna npr. pretjerana na neznatnu traumu. Posljedično se reakcije ponekad prikrivaju ili takve situacije potpuno izbjegavaju (skretanjem pažnje irelevantnim pričama, pošalicama i sl.). Daljnje poteškoće stvara i razlikovanje psihičkih i fizičkih simptoma, jer predstavnici nekih kultura bolest doživljavaju u njenoj cjelokupnosti dok je u zapadnjačkom poimanju bolesti prisutna podjela (Butollo, 1999, Perren-Klinger, 1999; Ōzek, 1999; Izvor, istraživanja autora).

### 3.3. PREPORUKE U DIJAGNOSTICIRANJU PTSP-a KOD MIGRANATA

**Opšte preporuke:** Po mogućnosti treba metode ispitivanja sprovesti na jeziku koji pacijent razumije. U slučaju neizvodljivosti bilo bi poželjno imati prevodioca koji osim jezičkih poznaje i kulturološko-psihološke finese doživljavanja, te ih zna adekvatno prenijeti. Poželjno je takođe ne koristiti samo jedan dijagnostički instrument, već bazirati dijagnozu na više indikatora. Ta potreba vrijedi za svaku vrstu dijagnostike, a u odnosu na migrante postaje još akutnija zbog otežanog razumijevanja odnosno različitog verbaliziranja simptomatike. Važno je obratiti pažnju na prijevod mjernog instrumenta koji se koristi u dijagnostici, a pri tome uzeti u obzir i validnost s obzirom na različitost kulturne pozadine. U direktnom prijevodu mjernog instrumenta pojavljuje se pitanje njegove adekvatnosti, jer su načini reagovanja na traumatsku situaciju specifični za određenu kulturu. Ovakvo primijenjeni testovi moguće da nisu osjetljivi na takve razlike.

**Preporuke u odnosu na dijagnostički proces:** U dijagnosticiranju PTSP-a bilo bi poželjno da se primjeni multimodalni prilaz. Na ovakav način omogućava se veći stepen pouzdanosti pri dobivanju informacija kao i adekvatnije dijagnosticiranje kod pacijenata iz različitih kultura.

Multimodalni vid dijagnostike implicirao bi sljedeće metode ispitivanja:

- strukturirani intervju
- odgovarajuće psihološke testove
- po potrebi psihofiziološka mjerenja
- relevantne arhivirane podatke i činjenice specifične za pojedinu kulturu.

**Preporuke u odnosu na terapeuta:** Bilo bi poželjno da interkulturni terapeut stalno »osluškuje« sebe, vlastite etnocentrične poglede na svijet, na ljude i uz lični angažman i superviziju isključi njihovo prisustvo u dijagnosticiranju i terapiji sa traumatiziranim migrantima. U idealnom slučaju terapeut bi

trebao stalno razvijati svijest o tome da kultura u kojoj je traumatizirani migrant odrastao utiče na njegov način mišljenja, ponašanja, na njegov komunikativni stil, na njegovu ličnost i ukupno iskustvo. Imajući ovo u vidu povećala bi se sigurnost dijagnostičkog procesa.

Pri dijagnostici PTSP-a veoma je teško dati uopštenu preporuku za primjenu određenog kliničkog instrumenta. Maercker (1997;77) ipak iznose veliki broj strukturiranih kliničkih instrumenata, koji primijenjeni od strane iskusnog kliničara mogu dati dobre rezultate. Rad kliničara sa PTSP-pacijentima je dodatno otežan vremenskim razlikama u traženju stručne pomoći. Dok se jedni pacijenti javljaju kratko nakon traumatizacije, kod drugih je taj period veoma dug, a ponekad i nije praćen izuzetnim problemima (Butollo,1997;20). Uzimajući navedeno u obzir potrebno je da s tim instrumentima radi posebno izvježban stručnjak. Međutim, mnogi od ovih instrumenata ne mogu biti zamjena za opširnu, stručno vođenu eksploraciju u kojoj se osim dijagnostike i klasifikacije osvjetljava i individualna problematika. I na kraju treba se naglasiti da sama populacija na koju se primjenjuje dijagnostika, ima veoma važnu ulogu.

## ZAKLJUČAK

Ovaj rad obuhvatio je kolektivni i socijalni realitet u odnosu na sve više rastući broj migranata u svijetu i problematiku dijagnosticiranja njihove traumatiziranosti. Nije mi intencija bila da dosadašnja iskustva u ovoj oblasti reduciram na već utvrđene nivoe za interpretaciju nego da dam akcent dimenziji *migracioni proces* sa svim svojim specifičnostima i *migrantom* kao osnovnom jedinicom u njegovom sociokulturnom kontekstu. Subjektivni mehanizmi savladavanja traumatiziranosti, kao i sam način ispoljavanja psihičke patnje su različiti, ovisno o porijeklu i pripadnosti određenoj grupi naroda.

Kako dijagnostika svakog psihičkog poremećaja, a posebno ekstremne traumatiziranosti i rezultiranja PTSP-a, zahtijeva informacije iz više različitih izvora, bilo bi poželjno da kliničar u svrhu klasifikacije smetnji i određivanja terapijskog plana, koristi i psihometrijske postupke.

Zato bi za cjelokupan dijagnostički proces bilo poželjno posjedovanje diferencijalno-kulturnih predznanja i to u odnosu na zemlju iz koje dolazi migrant kao i znanja u odnosu na specifične situacije u kojoj se on nalazi. Ovakav preduslov smanjio bi pojavu stereotipija i predstavljao potrebnu kompetenciju u svrhu sprečavanja pogrešnih dijagnostičkih kodiranja.

## LITERATURA

1. Akgün, L. (1992) *Sprache und Wirklichkeit in der interkulturellen Kommunikation*. In: *Informationsdienst zur Ausländerarbeit, Heft 3 / 4, 56-60*
2. APA (American Psychiatric Association) (1989). *Diagnostisches und statistisch Manual psychischer Störungen*. (Original erschienen 1987) *DSM-III-R (rev. 3. Aufl.)*. Weinheim: Beltz.
3. APA (American Psychiatric Association) (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3. Aufl.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
4. Becker, D. (2006) *Sequentielle Traumatisierung und Stigma, Fachtagung 2006; 18-20*
5. Blake et al (1990) *A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1*. *Behavior therapist, 18, 187-188*
6. Butollo, W. (1997) *Traumatherapie, Die Bewältigung schwerer posttraumatischer Störungen*. CIP
7. Butollo, W. &., Hagl, M., Krüsmann, M. (1999) *Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung*, München: Pfeiffer
8. Duden, (2001) *Fremdwörterbuch, Dudenverlag-Leipzig-Wien-Zürich*
9. Ellis, A. (1994). *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A rational emotive behavioral theory*. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 12, 3-25*
10. Hoffmann, L. (1987) *Braucht man sozio-kulturelles Hinterwissen, um Ausländer zu verstehen?* In: *Sozial Extra, Heft 10, S. 42-48.*
11. Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995) *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. *Archives of General Psychiatry.*
12. Kris, E. (1956) *The recovery of childhood memories in psychoanalysis: Psychoanal Study Child*

13. Kulka, et al (1988) *National Vietnam Veterans readjustment study (NVVRS): Description, current status, and initial PTSP prevalence estimates*. Washington, D.C.: Veterans Administration
14. Küchenhof, J. (1990) *Die Repräsentation früher Traumata in der Übertragung*. Forum Psychoanal
15. Maercker, A. (1997) *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*, Berlin, Springer
16. Marsella, A.J., Friedman, M.J., Gerrity, E.T., R.M. Scurfield (1996), *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder. Issues, Research, and Clinical application*. Washington, APS
17. Saigh, P.A. (Ed.) (1992) *Posttraumatic Stress Disorder, A Behavioral approach to assessment and treatment*. Boston, MA Allyn & Balon
18. Terr, L.C. (1991) *Childhood traumas: An outline and overview*. American Journal of Psychiatry
19. Vizek-Vidovic (1992) / Arambašić, L., Vizek-Vidović, V., Anić, N. (1992) *Posttraumatski stresni poremećaj*, Ministarstvo obrane Republike Hrvatske, Zagreb

AZRA PETERSCHIK, PhD

### MAKING A DIAGNOSIS OF TRAUMAS WITH MIGRANTS WITH THE SPECIAL ACCOUNT ON PTSP

#### SUMMARY

*Psychological diagnostics of traumatized migrants, especially those with extreme trauma, is a complex and multidimensional process. It requires, not only insight into symptoms and estimation of a traumatic state, but also implication of some individual reality in which within mutual interaction there are as well affective-cognitive systems of the traumatized. Though a direct causality within migration and trauma was not proved, a traumatic state is very often manifested as a trauma (disorder and a psychic balance injury) lasting for longer period, and more expressed in case when leaving of the own home place is not personally determined. As such it is determined as a sequence of less or more traumatic experiences of different intensity, and accordingly comes into the category of cumulative, that is summarized traumas, which may be developed in PTSP state. Consequently, it will be desired with making diagnosis of the traumatized migrants to establish the migration process with its all specific elements as well as a migrant as the basic entity in his/her socio-cultural context.*

**Keywords:** *Diagnostics, Trauma, Migrant, PTSP*