

Institut za neuropsihijatrijske bolesti "Dr Laza Lazarević", Beograd¹
Institut za mentalno zdravlje, Beograd²
Institut za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd³

Originalni naučni rad
Original study
UDK 616.89-054.73-08
DOI:10.2298/MPNS0802011C

POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ I STRATEGIJE PREVLAĐAVANJA KOD PSIHOTRAUMATIZOVANIH IZBEGLICA

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND COPING STRATEGIES IN PSYCHOTRAUMATIZED REFUGEES

Tamara ČAVIĆ¹, Dušica LEČIĆ-TOŠEVSKI² i Mirko PEJOVIĆ³

Sažetak - U ekstremnim životnim situacijama osnovne životne pretpostavke često se preispituju i menjaju. Trauma zahteva re-educaciju. Cilja rada bio je evaluacija strategija prevladavanja kod izbeglica sa posttraumatskim stresnim poremećajem pre i posle grupne kognitivno-bihevioralne terapije. Ukupn 70 izbeglica testirano je sledećim instrumentima pre i posle šestomesečne grupne kognitivno-bihevioralne terapije: revidirana Skala uticaja događaja, revidirana Lista načina prevladavanja, Skala kognitivne samoregulacije i Skala strategija prevladavanja. Nakon terapije kod izbeglica je došlo do značajnog pada učestalosti i intenziteta posttraumatskog stresnog poremećaja, poboljšanja kognitivne samoregulacije i razvijanja adaptivnih strategija prevladavanja. Naši nalazi ukazuju na pozitivno dejstvo kognitivno-bihevioralne terapije kod posttraumatskog stresnog poremećaja i posttraumatskog prilagođavanja.

Ključne reči: Traumatski stres; Posttraumatski stres; Izbeglice; Adaptacija; Kognitivna terapija; Životni događaji, promene

Uvod

Psihološki problemi izbeglica često se minimiziraju, a dugoročne posledice zanemaruju. Oni sami poriču problem i tako izbegavaju retraumatizaciju. Stručnjaci se trude da ne psihijatrizuju izbeglice, već da ih tretiraju kao zdravu populaciju sa normalnim reakcijama na nenormalne okolnosti. Ipak, samo trajanje problema, predstavlja postmigracioni stres koji dovodi do hroničnog posttraumatskog stresnog poremećaja [1,2]. Mnoge studije su ispitivale emocionalne reakcije na organizovano nasilje i izbeglištvo. Manji broj njih se bavio postmigracionim stresorima [3] i nivoom socijalne podrške [4], koji značajno doprinose posttraumatskom morbiditetu [2]. Postoji sve više dokaza o doznio-zavisnom odnosu između traume i posttraumatskog stresnog poremećaja [1], komorbidnim stanjima i onesposobljenosti [5]. Oni ukazuju na to da su protektivni faktori važni za ishod traume upravo mehanizmi prevladavanja, socijalna podrška [6,7] i pripremljenost [8,9]. Prethodno traumatsko iskustvo može ubrzati pojavu posttraumatskog stresnog poremećaja [9] ili pak, poslužiti kao protektivni faktor, ukoliko je trauma bila uspešno prevladana [10]. Prevladavanje (*coping*) je kognitivan i bihevioralni napor da se prevaziđu stresni događaji i postigne adekvatno prilagođavanje. Nalazi govore o njegovoj velikoj važnosti za vreme i posle traume [11]. Folkman i Lazarus [8] naglašavaju da tip traumatskog događaja može uticati na način i efikasnost prevladavanja, što je i potvrđeno kasnijim studijama [12]. Međutim, kumulativni stres može otežati prevladavanje [13]. Janoff-Bulman ističe važnost osnovnih životnih pretpostavki, koje se menjaju u ekstremnim životnim situacijama [14]. Te pretpostavke se odnose na dobronamernost sveta, smisao i ličnu

vrednost. Prevladavanje je proces rekonstrukcije osnovnih pretpostavki. Posle NATO agresije na Srbiju i Crnu Goru, grupa izbeglica sa Kosova, smeštena je u bivšu psihijatrijsku kliniku u predgrađu Beograda. Njihovi psihološki problemi traumatizacije i tugovanja komplikovani su izolacijom, kolektivnim stilom života, etiketom izbeglice i, najzad, stigmom stanovnika psihijatrijske institucije. Pristupili smo grupnoj kognitivno-bihevioralnoj terapiji sa ciljem da pomognemo izbeglicama u procesu oporavka. Zajednički motiv bio je pronaći novi smisao, kreirati načine prevladavanja problema i poboljšati kvalitet života. Cilj studije bio je evaluacija kognitivno-bihevioralne terapije kod homogene grupe psiho-traumatizovanih izbeglica.

Materijal i metode

Uzorak je sačinjavalo 70 izbeglica istih po poreklu i traumatskom iskustvu (etnički konflikti, bombardovanje, izbeglištvo). Ispitanici su upoznati sa studijom i dali su pismenu saglasnost. Uključujući kriterijumi bili su: minimum 18 godina starosti, prisustvo psiholoških problema i odsustvo prethodne psihijatrijske bolesti. Ispitanike je intervjuisao psihijatar, da bi se procenio njihov psihički status i utvrdio kriterijume za ulazak u studiju. Deseta međunarodna klasifikacija bolesti [15] korišćena je za postavljanje kliničke dijagnoze. Upotrebljeni su sledeći upitnici samoprocene:

Socio-demografski upitnik. Namenski dizajniran za ovu studiju, prikuplja generalije, podatke u vezi sa izbeglištvom, informacije o prihodu, bolestima i povredama ispitanika i članova njihove porodice.

Revidirana Skala uticaja događaja (Horowitz) [16]. Skala samoprocene sa 28 ajtema merenih na četvorostepenoj skali (0-uopšte ne, 1-retko,

Tabela 1. Posttraumatski simptomi na revidiranoj Skali uticaja događaja pre i posle tretmana

Table 1. Post-traumatic symptoms on Impact Event Scale-Revised before and after treatment

	Pre tretmana <i>Before treatment</i>	Posle tretmana <i>After treatment</i>	p
Skor-ukupni <i>Score-total</i>	30,36 (SD=11,23)	18,47 (SD=12,45)	0,001
Skor-nametanje <i>Score-intrusion</i>	14,74 (SD=5,35)	8,64 (SD=6,23)	0,001
Skor-izbegavanje <i>Score-avoidance</i>	15,59 (SD=6,30)	9,83 (SD=6,72)	0,001

p- koeficijent verovatnoće: *Probability Quocient*

SD- standardna devijacija: *Standard Deviation*

2-ponekad i 3-često) procenjuje uticaj životnih stresora na psihološko funkcionisanje. Simptomi ocenjeni sa 2 i više, izdvajaju se kao pozitivni. Supskale kvantifikuju dve glavne grupe simptoma (klastera) - nametanja i izbegavanja.

Revidirana lista načina prevladavanja (*Folkman&Lazarus*) [8]. Kvalitativni upitnik sa 67 ajtema, merenih na skali 0-4 (nikada, ponekad, prilično, veoma mnogo), obuhvata četiri osnovna načina prevladavanja: direktnu akciju, inhibiciju akcije, traženje informacija i intrapsihički/kognitivni koping.

Aachen skala kognitivne samoregulacije [3]. Kvalitativna skala sa četiri grupe pitanja koja se kvantifikuju u rasponu 1-5 (uopšte ne, jedva, umereno, prilično, veoma mnogo), konstruisana za prepoznavanje i merenje kognitivnih distorzija.

Aachen skala strategija prevladavanja [3]. Kvantitativna skala sa 20 ajtema koja meri strategije prevladavanja (1-5: uopšte ne, jedva, umereno, prilično, veoma mnogo). Skalom samoregulacije olakšava dijagnozu nekompletnog i kompletnog posttraumatskog stresnog poremećaja.

Nakon administriranja testova, pristupilo se kognitivno-bihevioralnoj terapiji. Ona se izvodila u četiri srednje grupe (15-18 članova), dve ženske i dve muške, sa dinamikom od 20 nedeljnih seansi tokom šest meseci. U završnoj fazi grupe su zatvorene, a ispitanici retestirani. Podaci su analizirani univarijantnom i multivarijantnom analizom. Sve analize urađene su sa verovatnoćom većom od 95% ($p = 0,05$).

Rezultati

Sociodemografski podaci. U uzorku je bilo 53% žena i 47% muškarca, prosečne starosti 42 godine (SD=16,38), u rasponu 18 do 70. Prosečno obrazovanje bilo je 9,09 godina (SD =3,69). Većina je bila u braku (82,9%), živela sa članovima šire porodice (94,3%) i imala 2-3 dece (srednjih 50%, SD =1,66). Razvedenih nema. Svi potiču iz ruralne sredine. Većina (78,6%) živela je u izbegličkom centru 16 meseci pre uključivanja u istraživanje (SD

=1,31). Zaposleno je bilo 38,5%, sezonski (15,7%) ili za stalno (12,9%). Četvrtina (25,7%) je imala neku povredu ili telesnu tegobu, a 20% uzimalo je sedative.

Posttraumatski stresni poremećaj. Istraživanje je sprovedeno 1,5 godinu nakon traumatskih događaja. Posttraumatska patologija poprimila je hroničan oblik. Frekvence na revidiranoj Skali uticaja događaja pre terapije, ukazuju da su simptomi izbegavanja izraženiji od simptoma nametanja. Simptomi koji opisuju kognitivne poremećaje bili su nisko ocenjeni. Ovo ukazuje na relativno očuvane kognitivne funkcije, pažnju i koncentraciju kod ispitanika. Pozitivni simptomi iz klastera nametanja i izbegavanja na revidiranoj Skali uticaja događaja izdvojili su se srednjim vrednostima (ajtemi 1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 11, 13, 14, 17), koeficijentima preferencijalnog očekivanja po maksimalnim vrednostima (ajtemi 13, 14, 10, 11, 17, 2, 3) i po minimalnim vrednostima (ajtemi 14, 13, 10, 17). Najizraženiji simptomi bili su: nametanje osećanja vezanih za događaj pri svakom podsećanju (ajtem 14), izbegavanje razmišljanja o događaju (ajtem 13), spontano nametanje slika traumatskog događaja (ajtem 10) i ponovno proživljavanje događaja tokom razmišljanja o njemu (ajtem 17). Pozitivni simptomi bili su zastupljeni kod 52,9%, a negativni 47,1% ispitanika. Skorovi na revidiranoj Skali uticaja događaja značajno su promenjeni nakon terapije. Na testu preferenci (prema minimalnim vrednostima) neki simptomi nametanja i izbegavanja perzistirali su i nakon terapije (ajtem 6 - "sanjam ono što se dogodilo" i ajtem 3 - "pokušavam da to izbacim iz sećanja"). Pozitivni simptomi bili su prisutni kod 11,4% ispitanika. Neki simptomi nisu se značajno razlikovali nakon terapije (ajtemi 6, 15 - snovi o događaju, otupelost osećanja i ajtemi 26, 27, 28- očuvana pažnja i koncentracija). Faktorska analiza izdvojila je sedam faktora posttraumatskog stresnog

Tabela 2. Faktorska analiza posttraumatskih simptoma na revidiranoj Skali uticaja događaja pre tretmana

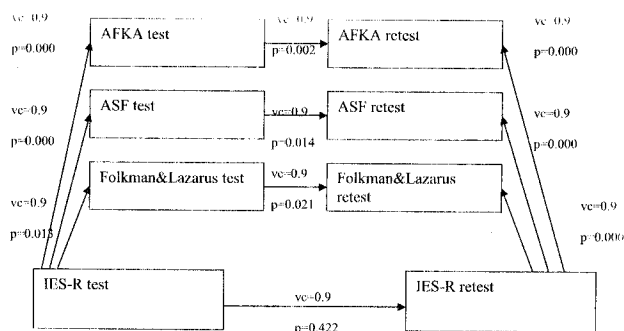
Table 2. Factor analysis of post-traumatic symptoms on Impact Event Scale-Revised before treatment

I faktor »nametanje i izbegavanje«	ajtemi 1, 2,3,4,5,6,7,8,9,12
I factor »intrusion and avoidance«	items 1,2,3,4,5,6,7,8,9,12
II faktor »nametanje i pobudenost«	ajtemi 18, 19*, 20*, 22*
II factor »intrusion and hyperarousal«	items 18, 19*, 20*, 22*
III faktor »izbegavanje i pobudenost«	ajtemi 21*, 24*, 26*, 28*
III factor »avoidance and hyperarousal«	items 21*, 24*, 26*, 28*
IV faktor »nametanje«	ajtemi 10,11,17,23
IV factor »intrusion«	items 10,11,17,23
V faktor »izbegavanje«	ajtemi 15, 16*
V factor »avoidance«	items 15, 16*
VI faktor »izbegavanje i nametanje«	ajtemi 13, 14
VI factor »avoidance and intrusion«	items 13, 14
VII faktor »pobudenost«	ajtemi 25*, 27*
VII factor »hyperarousal«	items 25*, 27*

* Pridruženi ili hipotetski faktori./* Joined or hypothetical factors

poremećaja prema podacima iz revidirane Skale uticaja događaja pre terapije (Tabela 2). U faktoru II pojavljuju se disocijativno-konverzivni i simptomi kognitivne narušenosti. Faktor III obuhvata depresivne simptome, simptome perceptivnog i kognitivnog oštećenja. Faktori ekstrahovani nakon terapije su nešto drugačije distribuirani, ali je prvi faktor i dalje sadržao pretežno simptome iz klastera nametanja i izbegavanja, a bio je zasićen sa 50%.

Kognitivna samoregulacija, Strategije prevladavanja i Načini prevladavanja. Pre terapije kognitivna samoregulacija bila je zasnovana na spoljašnjem lokusu kontrole. Radni status je pozitivno korelirao sa varijablama kognitivne samoregulacije i strategija prevladavanja. Na retestu, vrednosti na skali semoregulacije pokazale su poboljšanje. Najubedljivije su razlike u prvoj i trećoj grupi pitanja, koja se bave time kako ispitanici utiču na svoje probleme, kao i načinima da sami poboljšaju životne okolnosti. Novoosvojene strategije prevladavanja nakon terapije bile su: postavljanje realnih ciljeva (ajtem 1); kontrola telesnih reakcija (ajtem 2); prilagođavanje na poslu (ajtem 5); nove situacije kao izazovi (ajtem 6); rešavanje ličnih problema (ajtem 7); nalaženje snage u teškim situacijama (ajtem 8); osećanje kontrole nad svojim zdravljem (ajtemi 9, 16, 18); sposobnost rešavanja konflikata (ajtem 13); emocionalna komunikacija (ajtemi 14, 17, 19); osećaj radne sposobnosti (ajtem 15). Terapija je poboljšala repertoar veština prevladavanja i prema skali Folkmana i Lazarusa. Omiljene strategije bile su: vera u Boga, prihvatanje korisnih alternativa, okretanje radu, razmatranje realističnih mogućnosti, otvaranje kroz razgovor i informisanje kroz diskusiju sa drugim ljudima.



Slika 1. Vektorska korelacija posttraumatskih simptoma pre i posle tretmana

Fig. 1. Vector correlation of post-traumatic symptoms before and after treatment

Legenda: AFKA - Aachen skala kognitivne samoregulacije/Aachen Scale of Cognitive Self-Regulation

ASF - Aachen Skala strategija prevladavanja/Aachen Scale of Coping Strategies

Folkman i Lazarus - Revidirana lista načina prevladavanja/Ways of Coping- Revised

IES-R - Revidirana Skala uticaja događaja. Impact Event Scale-Revised

vc - Vektorska korelacija/Vector correlation.

p - Koeficijent verovatnoće/Probability quotient

Korelacija posttraumatskih simptoma i kognitivnih parametara. Visoko značajna korelacija nađena je između revidirane Skale uticaja događaja i ostalih instrumenata, kako pre, tako i posle terapije. Korelacije testa i retesta na revidiranoj Skali uticaja događaja, koje nisu bile statistički značajne na nekim ajtemima, ostvarene su preko kognitivnih parametara, i to sa visokom statističkom značajnošću. Tako su rezultati testa i retesta potpuno nezavisni, odnosno, ne možemo zaključivati o stanju ispitanika nakon terapije, na osnovu nalaza pre terapije (Slika 1).

Diskusija

Proteklih godina sprovedena su brojna psihološka istraživanja izbeglica i programi prevencije i rehabilitacije [17,13]. Neka od njih su našla da tip kopinga korišćen tokom traumatskog događaja utiče na nivo simptoma nametanja godinu dana kasnije [4]. Naši ispitanici su pre terapije zasnivali svoje akcije na "osećaju" i oslanjali se samo na sebe i prethodno stečena znanja i veštine. Nakon tretmana, oni akcentiraju na harmonične porodične odnose, emocionalnu komunikaciju sa drugima i razrešavanje problema kroz rad i prilagođavanje. Ovo je u skladu sa nalazima slično dizajniranih studija [7,12]. Efekti razgovora o traumatskom događaju još uvek su kontroverzni. Noviji nalazi govore o jednakoj efikasnosti kognitivno-bihevioralne i terapije izlaganjem [6]. Terapija svedočenjem koristi prisećanje traumatskih događaja u zaštićenim uslovima, uz zapis, koji za izbeglice ima značenje društvenog prepoznavanja [18]. Naši rezultati pokazuju da su izbeglice značajno unapredile svoju kognitivnu samoregulaciju, napustili stare i osvojile adaptivne načine prevladavanja stresa. Njihove fantazije o promeni traumatskih događaja svedoče da proces tugovanja nije završen. Lekovitost grupne i kognitivne terapije potvrđena je u mnogim studijama: žrtava torture, prorade traumatskog materijala, tugovanja i prevencije hronifikacije posttraumatskog stresa [1,2,7,19]. Mana ove studije je odsustvo kontrolne grupe. Imajući u vidu visoko homogen uzorak u pogledu porekla, traumatskog iskustva i uslova života, bilo je teško obezbediti adekvatnu poredbenu grupu. Ovo istraživanje retrospektivno evaluira uticaj stresnih iskustava, što može biti nedostatak. Neke studije našle su da aktuelno stanje utiče na procenu proteklih traumatskih događaja [10,16]. Post-migracioni stresori mogli bi imati takvu ulogu u našem uzorku. Druge retrospektivne studije govore da se u analizi posttraumatskih reakcija moraju razmotriti mnogi faktori [20-23]. Faktori ličnosti, prethodni stresni događaji i izlaganje novim stresovima snažno interreaguju u konačnom ishodu traumatskog stresa [13,17, 24].

Zaključak

Rezultati vektorske (nelinearne) korelacije, ukazuju da kognitivni parametri mogu biti značajan

marker u prognozi posttraumatskih reakcija. Naši nalazi upućuju na efikasnost grupne kognitivno-bihevioralne terapije u uspostavljanju kontrole nad traumatskim iskustvima i osvajanju adaptivnih strategija prevladavanja. Postoji potreba za dugo-

ročnim psiho-socijalnim programima koji bi uključili kognitivno-bihevioralnu terapiju, kao i za prospektivnim istraživanjima koje bi pratili prilagođavanje i kvalitet života izbeglica.

Literatura

1. Mollica RF, McInnes K, Poole C, Tor S. Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and posttraumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *Br J Psychol* 1998;17:482-8.
2. Steel Z, Silove DM, Phan T, Bauman A. Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population-based study. *Lancet* 2002;360:1056-62.
3. Wälte D, Kröger F, Hendrichke A. Familiäre krankheitskonzepte: ein neuer ansatz in der empirischen familienforschung. In: Franz M, Tress W, eds. *Psychosomatische medizin - ankunft in der praxis*. Frankfurt: Shattauer; 1997.
4. Wiser S, Goldfried MR. Therapist interventions and client emotional experiencing in expert psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioural therapies. *J Consult Clin Psychol* 1998;66(4):634-40.
5. Gorst-Unsworth C, Goldenberg E. Psychological sequelae of torture and organized violence suffered by refugees from Iraq: trauma related factors in exile. *Br J Psychol* 1998;172: 90-4.
6. Solomon Z, Garb R, Bleich A, Grupper D. Reactivation of combat related posttraumatic stress disorder. *Am J Psych* 1987;144:51-5.
7. Gavrilovic J, Lecic-Tosevski D, Knezevic G, Priebe S. Predictors of posttraumatic stress in civilians 1 year after air attacks: a study of Yugoslavian students. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190(4):257-62.
8. Gavrilovic J, Lecic-Tosevski D, Dimic S, Pejovic-Milovancevic M, Knezevic G, Priebe S. Coping strategies in civilians during air attacks. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38(3):128-33.
9. Folkman S, Lazarus RS. Ways of coping checklist (revised). In: ETS tests in microfiche collection: 012456. 1983.
10. Harvey AG, Bryant RA. Memory for acute stress disorder symptoms: a two year retrospective study. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:602-7.
11. Drakulic B, Tenjovic L, Lecic-Tosevski D. Time integration questionnaire: A new instrument for the assessment of subjective time experience. *Eur J Psychol Assess* 2003;19(2): 101-16.
12. Basoglu M, Mineka S, Paker M, Aker T, Livanou M, Gok S. Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture. *Psychol Med* 1997;27:1421-33.
13. Priebe S, Bolze K, Rudolf H. Persisting mental sequelae of harassment because of an application to leave the GDR. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1994;61:433-7.
14. Lecic-Tosevski D, Gavrilovic J, Knezevic G, Priebe S. Personality factors and posttraumatic stress: associations in civilians one year after air attacks. *J Pers Disord* 2003;17(6):537-49.
15. Janoff-Bulman R. *Shattered assumptions: toward a new psychology of trauma*. New York: Free Press; 1992.
16. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: WHO; 1992.
17. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of event scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med* 1979;41 (3):209-18.
18. Lecic-Tosevski D, Draganic S, Jovic V, Ilic Z, Drakulic B, Bokonjic S. Posttraumatic stress disorder and its relationship with personality dimensions. In: *Issues in Psychiatric Prevention* (ed. G.N.Christodoulou, D. Lecic-Tosevski, V. Kontaxakis). Bazel: Karger; 1999. p. 95-102.
19. Agger I, Jensen SB. *Trauma and healing under state terrorism*. London: Zed Books; 1996.
20. Kramer S, Akhtar S. *When the body speaks: psychological meanings in kinetic clues*. New Jersey: Jason Aronson; 1992.
21. Ilić Z, Lečić-Toševski D, Jović V, Bokonjić S, Drakulić B. Kognitivno-bihevioralna terapija post-traumatskog stresnog poremećaja kod žrtava torture. *Psihijatr Danas* 1999;31(2-3): 113-26.
22. King DW, King LA, Foy DW, Gudanowski DM. Pre-war factors of combat related posttraumatic stress disorder: structural equation modelling with a national sample of female and male Vietnam veterans. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64:520-31.
23. Lecic-Tosevski D, Draganic-Gajic S. The Serbian experience. In: Lopez JJ, Maj M, Christodoulou GN, Sartorius N, Okasha A, eds. *Disasters and mental health*. London: John Wiley&Sons; 2005:247-55.
24. Mattlin JA, Weithington E, Kessler RC. Situational determinants of coping and coping effectiveness. *J Health Soc Behav* 1990;31:103-22.
25. Paunovic N, Ost LG. Cognitive behaviour therapy vs. exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behav Res Ther* 2001;39:1183-97.

Summary

Introduction

In extreme life events basic assumptions are frequently reassessed and changed. Therefore, trauma requires re-education. Effective coping strategies enable individual to tolerate, minimize, accept or ignore what one cannot manage and to moderate the consequences of stressful, traumatic events.

Materials and Methods

The aim of this study was to evaluate coping strategies in refugees with post-traumatic stress disorder prior and after group cognitive-behavioural therapy. The sample included 70 refugees who experienced multiple stressors such as organized violence, ethnic conflicts, bombing, expelling from their homes and life in exile. Impact Event Scales-Revised, Ways of Coping-Revised, Scale of Cognitive Self-regulation and Scale of Coping

Strategies were administered before and after six months of group cognitive-behavioural therapy.

Results

Post-traumatic stress disorder in refugees after therapy significantly decreased. Cognitive self-regulation was improved by moving locus of control from external to internal resources. Coping was qualitatively different, with a wider repertoire of adaptive strategies.

Discussion

Cognitive group work facilitates processes of grieving, working-through of traumatic material, increasing emotional awareness and developing creativity in coping. Conclusion: Our findings highlight the positive impact of cognitive-behavioural treatment on post-traumatic stress disorder and post-traumatic adjustment.

Key words: Stress Disorders, Traumatic; Stress Disorders, Post-Traumatic; Refugees; Adaptatio, Psychological; Cognitive Therapy; Life Change Events

Rad je primljen 27. I 2006.

Prihvaćen za štampu 16. II 2006.

BIBLID.0025-8105:(2008):LXI:1-2:11-15.