

Percepcija obolijevanja od PTSP-a kod hrvatskih branitelja

Zoran Komar¹, Mladen Lončar¹, Herman Vukušić¹, Ivana Dijanić Plašč²,
Petra Folnegović-Grošić³, Ivana Groznica², Neven Henigsberg⁴

¹Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti

²Medicinski centar za prava čovjeka, Zagreb

³Klinika za psihijatriju, KBC Rebro, Zagreb

⁴Psihijatrijska bolnica, Vrapče, Zagreb

SAŽETAK Dosadašnje spoznaje upućuju na snažnu socijalnu uvjetovanost razvojnog tijeka posttraumatskog stresnog poremećaja: pozitivan ili negativan odnos prema osobama s PTSP-om može u bitnome odrediti brzinu i tijek njihova oporavka ili produbiti i proširiti njihove tegobe, vodeći iz akutnog u kronično stanje. Prošlost (ratom izazvanog) posttraumatskog stresnog poremećaja obilježena je brojnim primjerima ignoriranja i iskrivljenih tumačenja tog fenomena. Rana istraživanja provedena u Republici Hrvatskoj ukazivala su na masovnost pojave PTSP-a, pa je bilo za očekivati poduzimanje širokih i adekvatnih mjera pomoći oboljelom pojedincu i njegovoj obitelji. Ipak, u mnogočemu se pokazalo drugačije, od donošenja zakonskih odredbi koje nisu usklađene s dijagnostičkim kriterijima za PTSP do nedostatka specijaliziranih centara na regionalnoj razini, a što je vjerojatno utjecalo i na negativnu percepciju šire javnosti o problematici, odnosno dovelo je do izbjegavanja i/ili izolacije traumatiziranih, što vodi u novu viktimizaciju, a što u konačnici može dovesti i do transgeneracijskog prijenosa traume.

KLJUČNE RIJEČI posttraumatski stresni poremećaj; prijenos; rat

Dilema o podcjenjenosti ili precijenjenosti problema posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) izazvanog ratnim traumama prisutna je u Hrvatskoj zadnjih dvadeset godina ratnog i poratnog razdoblja. Branitelji pogođeni PTSP-om nezadovoljni su svojim statusom i tretmanom u društvu. Ponekad se doživljava da sustav mjera psihosocijalne skrbi za ovu kategoriju ratnih stradalnika implicitno ili eksplicitno sadrži dozu suspektosti ili/i podcjenjivanja/ignoriranja problema. Dosadašnje spoznaje upozoravaju na snažnu socijalnu uvjetovanost razvojnog tijeka poremećaja: pozitivan ili negativan (ignorirajući) odnos prema osobama s PTSP-om može u bitnome odrediti brzinu i tijek njihova (samo)oporavka ili produbiti i proširiti njihove tegobe, vodeći iz akutnog u kronično stanje.

RAZVOJ SHVAĆANJA RATNE PSIHO-TRAUMATIZIRANOSTI KROZ POVIJEST

Prošlost (ratom izazvanog) posttraumatskog stresnog poremećaja obilježena je brojnim primjerima negacije, ignoriranja ili iskrivljenih tumačenja tog fenomena: od potpunog negiranja, preko djelomičnog prihvaćanja postojećeg problema kroz fizičke, odnosno fiziološke simptome traumatiziranih u zamjenu za realne psihičke probleme vojnika, pa do konačnog uvođenja poremećaja u službenu klasifikaciju psihičkih poremećaja kao

nove dijagnostičke kategorije.^{1,2} Primjerice, do kraja 19. stoljeća svi vojnici koji su iskazivali znakove tjeskobe, straha, potištenosti tijekom ili nakon boja, u pravilu su bili kažnjavani, čak i strijeljanjem kao poruka drugima ili su bili nečasno otpušteni iz vojske kao „dokazane kukavice“.³ Naime, u to vrijeme vladalo je izrazito negativno mišljenje o psihičkim oboljenjima. Psihičke bolesnike doživljavalo se kao prijetnju društvenoj zajednici, a tretman se svodio na izopćavanje i sklanjanje od očiju javnosti u zatvorene klinike s vrlo lošim životnim uvjetima. Ratna psihijatrija i psihologija u to vrijeme tek su se nastojale afirmirati kao nove znanstvene i stručne discipline. Stoga, logično je bilo da su se vojnici i ratni stradalnici uglavnom obraćali liječnicima zbog mnogih fizioloških simptoma u podlozi kojih su bile psihičke tegobe. Tako su poznata oboljenja pod nazivima „željeznička kralježnica“ (tumači se kao posljedica fizičke traume leđne moždine do koje je došlo prilikom tada čestih prometnih nesreća), kasnije prepoznata kao „traumatska neuroza“; potom bolest nazvana „granatni šok“ (intenzivna izloženost topničkoj vatri), a da bi se kasnije diferencirala od „granatnog udara“, koji doista uzrokuje tjelesna oštećenja, pa sve do „ratnih neuroza“ ili „bojnog udara“ prepoznatih tijekom Drugog svjetskog rata do današnje službene dijagnoze posttraumatski stresni poremećaj, koji je kod laičke javnosti bio više poznat kao „vijetnamski sindrom“.⁴

Odnos prema PTSP-u u ratnoj i poratnoj Hrvatskoj Do početka 90-ih godina, kada je započeo rat protiv Hrvatske, PTSP je u međunarodnim stručnim krugovima bio već općeprihvaćen i intenzivno istraživani poremećaj, te se opravdano moglo očekivati da će pojavljivanje PTSP-a kod sudionika Domovinskog rata naići na primjereno razumijevanje stručne, ali i šire javnosti u Hrvatskoj, utoliko prije što se radilo o braniteljima. Proaktivno takvom očekivanju, prve reakcije upućivale su ipak na nedovoljno poznavanje fenomena. Treba napomenuti da PTSP u vrijeme Domovinskog rata nije postojao kao zasebni poremećaj u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, nego je uključen tek u 10. reviziju, koja se u Hrvatskoj počela primjenjivati od 1995. godine.

Prvih godina rata bilo je zastupljeno mišljenje da je u populaciji hrvatskih branitelja teško moguće očekivati izraženiju zastupljenost PTSP-a jer su domoljubni motivi naših vojnika bili toliko jaki da su ih štitili od psihičkih stradanja na bojištu. Istraživanja o zastupljenosti PTSP-a kod hrvatskih branitelja ubrzo su opovrgla ovu pretpostavku, upozoravajući istodobno na potencijalno vrlo ozbiljne razmjere ovog fenomena. Prvo istraživanje provedeno tijekom 1992. i 1993. godine pokazalo je da se PTSP u cijelosti ispoljio kod 14% hrvatskih branitelja, dok je kod daljnjih 17% uočen djelomičan razvoj poremećaja.⁵ S obzirom na razvojnu prirodu poremećaja, zastupljenost PTSP-a među hrvatskim braniteljima iskazana je u rasponu od 14 do 31%. Istraživanja iz 1997. i 1998. godine provedena na velikim uzorcima muških ispitanika, razvojačenih hrvatskih branitelja, pokazala su da je zastupljenost PTSP-a između 15 i 17%, uz dodatnih 10% s djelomičnom kliničkom slikom poremećaja u prvom istraživanju, a već sljedeće godine PTSP je dijagnosticiran kod 16% ispitanika, uz dodatnih 26% s djelomičnim PTSP-om.^{6,7}

Drugim riječima, već tada se mogla očekivati zastupljenost PTSP-a u Hrvatskoj kod najmanje oko 15% branitelja, što je u skladu s nalazima većine dosadašnjih stranih istraživanja.⁸⁻¹⁶ Podaci su ukazivali na masovnost pojave (procjene gornjih stopa zastupljenosti PTSP-a kretale su se od 27 do 40%), stoga je bilo za očekivati poduzimanje širokih i adekvatnih mjera pomoći i podrške kako oboljelom pojedincu tako i njegovoj obitelji, te užoj i široj društvenoj zajednici. Suočavanje s postojećim problemom nažalost se gotovo isključivo pokušalo riješiti putem donošenja raznih zakona, a i tu je bilo određenih nelogičnosti, poput Zakona o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata prema kojem se PTSP, kao i druge bolesti priznavao, samo ako je podnositelj zahtjeva posjedovao liječničku dokumentaciju iz ratnog razdoblja, odnosno najdalje „30 dana nakon prestanka sudjelovanja u obrani RH, otpuštanja iz oružanih snaga, odnosno prestanka neprijateljstava“ (čl. 73) To je u kontradikciji sa samom dijagnozom PTSP-a i razvojem bolesti, jer se zna da se bolest razvija naknadno, najčešće od tri do šest mjeseci, ali čak i 30 godina nakon doživljenog traumatskog (ratnog) iskustva. To se pokušalo ispraviti donošenjem novog Zakona o pravima hrvatskih branitelja.¹⁷ Uočeno je puno nepravilnosti, odnosno ne-

adekvatnosti u odnosu države, a potom i društva prema rješavanju postojeće problematike vezane uz oboljele od ratnog PTSP-a, što u mnogočemu ne ide u korist smanjivanju i/ili ublažavanju iste, odnosno prevenciji razvoja i nekih drugih problema.

SEKUNDARNA VIKTIMIZACIJA BRANITELJA I NJENE POSLJEDICE

Sekundarna viktimizacija pojavljuje se u slučajevima izostanka socijalne potpore i razumijevanja, odnosno neshvaćanja, nevjerovanja i nepriznavanja žrtvinih patnji od strane uže i šire socijalne sredine.¹⁸ Na temelju opažanja odnosa društva prema ratom traumatiziranoj braniteljskoj populaciji, napose prema braniteljima s dijagnozom PTSP-a, moguće je uobičajeno razlikovati tri razvojne faze tog odnosa.¹⁹ U prvoj „fazi medenog mjeseca“ braniteljima se iskazuje zahvalnost za sudjelovanje u ratu, nastoji im se pružiti sva moguća potpora, a prevladavaju osjećaji euforije i sreće zbog okončanja rata. Potom nastupa „faza otrežnjenja“ u kojoj se preispituje težina tereta zbrinjavanja ratnih stradalnika, što neizbježno vodi smanjenju financijske i ukupne socijalne potpore. U ovoj fazi zamjetne su dvije specifičnosti: pojavljuje se teza prema kojoj psihičke tegobe oboljelih nisu rezultat njihovog sudjelovanja u ratu, već poglavito socijalno-biološke predisponiranosti zbog čega se postupak ostvarivanja kompenzacijskih prava produžuje i komplicira. Time se dovodi u pitanje legitimitet branitelja s dijagnozom PTSP-a. U trećoj „fazi negacije“ minimaliziraju se rezultati rata, a branitelji, osobito oni stradali u ratu, doživljavaju se kao neželjeni podsjetnik i smetnja u okretanju prema boljoj budućnosti.¹⁹ Za oboljele od PTSP-a vjeruje se da im je već pružena sva potrebna pomoć i očekuje da će se njihovi problemi s vremenom sami riješiti.

Vrijedi naglasiti da sekundarna viktimizacija kojoj su ratni stradalnici izloženi nakon rata nije hrvatska specifičnost. Štoviše, brojna zabilježena iskustva iz drugih zemalja upućuju da je prije riječ o pravilu nego iznimkama.²⁰⁻²²

Za tumačenje ovog naizgled paradoksalnog ponašanja društvene zajednice koja okrivljuje, osuđuje i odbacuje one svoje članove kojima je u situaciji sveopće nesigurnosti iskazivala divljenje i koji su u toj situaciji stradali za dobrobit zajednice, može poslužiti teoretski model Janoff-Bulman o uvriježenim kognitivnim obrascima poimanja sebe, životnog okružja i odnosa prema drugim ljudima.²³⁻²⁵ Prema toj teoriji ljudi u osnovi svijet doživljavaju pozitivnim i dobrim, vjeruju da mogu sami upravljati vlastitom sudbinom, da se loše stvari u životu događaju samo lošim ljudima, te da ljudi u konačnici od života dobivaju ono što i zaslužuju. Traumatska iskustva narušavaju ove idilične predodžbe, pa „zdravi“ pripadnici društva traumatizirane pojedince doživljavaju kao potencijalnu prijetnju, kao „kliconoše opasne zaraze“ koja bi mogla narušiti umirujuće iluzije o vlastitoj neranjivosti.²³⁻²⁵ Otuda su logične reakcije ignoriranja, izbjegavanja ili izolacije (stavljanja u „karentenu“) traumatiziranih.

ZAKLJUČAK

Na individualnom planu proces sekundarne viktimizacije branitelja oboljelih od PTSP-a dovodi do općeg pogoršavanja njihova stanja, kronifikacije poremećaja i razvoja novih patoloških tendencija (trajne promjene osobnosti, alkoholizam i drugih ovisnosti) s mogućim

fatalnim ishodom: razrješenjem kumuliranih patnji samoubojstvom. Na socijalnom planu cijena negacije plaća se višestruko povećanim troškovima tretmana, raširenim pojavama nasilničkog (destruktivnog i auto-destruktivnog) ponašanja, trajno narušenim obiteljskim odnosima, sve do prijenosa poremećaja na nove naraštaje, odnosno javljanja tzv. transgeneracijskog PTSP-a.

Perceived prevalence of PTSD in Croatian war veterans

SUMMARY Recent knowledge indicates that the course of post-traumatic stress disorder (PTSD) socially determined to a large degree: positive or negative attitude towards people suffering from PTSD could significantly influence the time and course of recovery, aggravate their problems, or even influence the transition from the acute to the chronic stage of the disorder. PTSD has long been either ignored as a phenomenon or misinterpreted. Early research among Croatian veteran population has shown high PTSD prevalence in this population, which indicated the need for adequate public health measures targeting survivors and their families. However, there are many examples of opposite approach including legal regulations ignoring the PTSD diagnostic criteria and lack of specialized treatment centres for PTSD at regional level. Such an approach has probably contributed to negative community attitude towards patients with PTSD, resulting in avoidance and isolation of trauma survivors, which then leads to secondary victimization and, eventually, possible transgenerational transmission of trauma.

KEY WORDS stress disorder, post-traumatic; transmission; war

LITERATURA

1. **DSM I – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder.** 1st ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1952.
2. **DSM III – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder.** 3rd ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1980.
3. **Gabriel R.** Nema više heroja – Ludilo i psihijatrija u ratu. Zagreb: Alfa, 1991.
4. **Trimble MR.** Post-traumatic Stress Disorder: History of a Concept. In: Figley CR, ed. Trauma and Its Wake: The Study and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder. New York: Brunner/Mazel, 1985:5-14.
5. **Gustović A, Komar Z.** Socijalna re/integracija hrvatskih vojnika s problemima prilagodbe. U: Socijalna re/integracija hrvatskih vojnika i njihovih obitelji. Zagreb: MORH-IPDI (interno izvješće), 1994:44-52.
6. **Kušević Z, Vukušić H, Lerotić G.** Prevalence of chronic posttraumatic stress disorder in Croatian war veterans. First International Conference on Psycho-Social Consequences of War – Abstract Book. Dubrovnik; 1998.
7. **Komar Z, Vukušić H.** Post-traumatic stress disorder in Croatian war veterans: prevalence and psychosocial characteristics, Croatian Academy of Sciences and Arts' symposium "New insights in post-traumatic stress disorder". Zagreb; 1999.
8. **Helzer JE, Robins LN, McEvoy L.** Post-traumatic stress disorder in the general population: findings of the epidemiologic catchment area survey. N Engl J Med 1987;317(26):1630-4.
9. **Wang H, Cui S, Chen J, Mei G, Zhou H, Li X, Yu H, Chen F, Liou Q, Sun J, Li N, Cheng M.** An epidemiological survey on post-traumatic stress disorder among Chinese army men, XXXI. International Congress on Military Medicine – Abstract Book. Beijing; 1996.
10. **Brom D, Kleber RJ.** Prevention of PTSD. J Trauma Stress 1989;2(3):335-51.
11. **Keane TM, Fairbank JA, Caddell JM, Zimering RT, Bender ME.** A Behavioral Approach to Assessing and Treating Post-traumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans. In: Figley CR, ed. Trauma and Its Wake: The Study and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder. New York: Brunner/Mazel, 1985:257-94.
12. **Figley RC.** Trauma and Its Wake: The Study and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder. New York: Brunner/Mazel Publishers, 1985.
13. **Kulka AR, Schlenger EW, Fairbank AC, Hough LR, Jordan BK, Marmar CR, Weiss SC.** Executive summary: Contractual report of findings from the National Vietnam veterans readjustment study. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute, 1988.
14. **Jones DF.** Chronic Post-traumatic Stress Disorders. In: War Psychiatry. Washington D.C.: Office of the Surgeon General, 1995: 409-30.
15. **Ursano JR, Rundell RJ.** The Prisoner of War. In: War Psychiatry. Washington D.C.: Office of the Surgeon General, 1995:431-55.
16. **Oboler S.** American prisoners of war – an overview. In: Williams T, ed. Post-Traumatic Stress Disorder: a handbook for clinicians. Cincinnati, Ohio: Disabled American Veterans, 1987:131-44.
17. **Narodne novine, broj 57/92 i 77/92: 1992.**
18. **Symonds M.** The "second injury" to victims. Evaluation and Change, special issue. 1980:36-38.
19. **Vukušić H, Wilson JP, Gregurek R, Komar Z, Pavić L, Gogić B.** Sekundarne viktimizacije ratnih veterana s posttraumatskim stresnim poremećajem: Hrvatska iskustva. Psychiatria Danubina 2003;1-2:13-25.
20. **Op den Welde W, Falger PRJ, Hovens JE, de Groen JHM, Lasschuit LJ, Van Duijn H, Schouten EGW.** Posttraumatic Stress Disorder in Dutch Resistance Veterans from World War II. In: Wilson JP, Raphael B, eds. International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York: Plenum Press, 1993:219-30.
21. **Solomon Z.** From denial to recognition: attitudes toward Holocaust survivors from World War II to the present. J Trauma Stress 1995;8(2):215-28.
22. **MacPherson M.** Long Time Passing: Vietnam and the Haunted Generation. New York: Anchor Books, 1984.
23. **Janoff-Bulman R.** The Aftermath of Victimization: Rebuilding Shattered Assumptions. In: Figley CR, ed. Trauma and Its Wake: The Study and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder. New York: Brunner/Mazel, 1985:15-35.
24. **Janoff-Bulman R.** Assumptive worlds and the stress of traumatic events. Applications of the schema construct. Soc Cogn 1989;7:113-36.
25. **Janoff-Bulman R.** Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma. New York: The Free Press, 1992.

ADRESA ZA DOPISIVANJE

Mr. sc. Zoran Komar, dr. med.
Ministarstvo obitelji, branitelja, i međugeneracijske solidarnosti RH
Trg hrvatskih velikana 6, 10000 Zagreb
E-mail: zoran.komar@mobms.hr
Telefon: +385 1 2308 817