

Психолошко-психијатријске последице агресије Северноатлантског пакта на Савезну Републику Југославију

УДК: 159.97+616.89]:[355.013.4:327.51](1-15:497.1)

Проф. др сци. мед. *Милоје Прерадовић*, пуковник

Историја света је умногоме историја ратова, јер ратова има од када има и људи, а човек је једино живо биће које води рат против себе. Његово правило игре је агресивност и убијање. У моралном смислу, рат није само лош због тога што се може погинути већ и због тога што се убијају и други и што се са тим мора живети. Уласком у рат мора се прихватити ризик који он носи. То је ризик смрти, штете, пораза и понижења. У рату се пролива крв, а то има посебно тајанствено значење. Он трује целе народе и рађа нова крвопролића, изазива ужасавање и мења људе. И поред тога, интервенције и ратови су стални пратилац историје људског друштва. Тако су у 20. веку вођена два велика светска рата, а између њих „низ малих ратова“, с великим изгледом да се тако настави у 21. веку. То су ратови ниског интензитета, повремени али пролонгираног тока. Циљ ратних дејстава ниског интензитета јесте утицај агресора на друштвене токове у одређеном региону или држави. Информационо-медијска пропаганда претходи свакој другој активности и она је перманентна. Њоме покушава да се убије истина и тако агресор амнестира од сваке одговорности за неморалне поступке. Непријатељ подстиче мржњу као тамну страну људске природе, уводи економске санкције и покушава да придобије значајне личности земље жртве агресије ради остваривања својих циљева. Сви облици притиска примењују се с променљивим интензитетом. Само ратиште карактерише тзв. расути тип ратовања, какав је био за време агресије НАТО-а на СР Југославију. У њему не постоји линија фронта и позадине. Угрожени су војни и цивилни циљеви. Циљеви желе да се постигну с минималним ангажовањем копнених снага и војних ефектива. Тај тип дејстава праћен је високим степеном психичког напрезања свих учесника у сукобу због непрекидног узнемиравања и исцрпљивања противника. Напади се изводе са дистанце авиоударима и ракетним системима далеког домета. У позадину противника убацују се мање, специјално наоружане и обучене диверзантско-терористичке групе.

За време агресије НАТО-а на нашу земљу у исто време бомбардовано је више појединачних циљева, на целом државном простору, скоковито, у непредвидивим интервалима, уз повећање интензитета. Тако су првог дана бомбардовања бомбардована у исто време 22 места, а сваког следећег дана још по 11 нових места. Циљ је био да се изазове

осећање беспомоћности, губитак националног и личног достојанства и истрајности, као и одустајање од пружања било каквог отпора.

Објекти бомбардовања, на почетку борбених дејстава, били су унапред добро испланирани. Рушени су мостови, ТВ репетитори, РТС, верски објекти и болнице, понављана су бомбардовања фабрика и извора енергије, а када нису постигли жељене ефекте бомбардовали су цивилне циљеве, што су правдали, цинично, колатералним грешкама. Бацали су тзв. меке бомбе по електроенергетским објектима и графитне бомбе које спадају у нехумана оружја јер превасходно наносе патњу цивилном становништву. Користили су разорне пројектиле који након експлозије изазивају потресе тла. Поред наведених, бацали су и забрањене касетне бомбе, као и ракете с осиромашеним уранијумом.

Због рушења нафтних постројења и фабрика хемијских производа дошло је до аерозагађења, тј. до еколошке катастрофе. Сирене које су најављивале нападе деловале су стресогено, тако да је Београд био под узбуном 774 часа. Наиме, Београђани су под узбуном, у просеку, провели 9,9 часова дневно, а 31. марта 1999. под узбуном су били 23 часа. Поред бомбардовања, тих дана је било много падавина, изузетно јаких грмљавина и поплава, па је у појединим тренуцима било тешко одредити да ли су били тежи стресови од напада агресора или од природних непогода. Сва збивања у току агресије одвијала су се према следећем обрасцу: агресор активно ради на смишљању злочина, затим га почини и одмах подметне жртви. Пошто се злочин не прашта, жртва се кажњава, за агресоров подметнути злочин. Сигурно је да су креатори напада знали да се на тај начин народ доводи у стање хроничног стреса.

За време агресије НАТО-а целокупно особље ВМА било је максимално ангажовано у збрињавању повређених и оболелих, а на Клиници за психијатрију примани су психотрауматизовани болесници. Поред наведених стресова, максималног ангажовања на радним местима и брига за чланове породице док су били на дежурствима били су додатна оптерећења за целокупно особље. Посебно је стресогено деловало бомбардовање Полицијске академије, а потом касарне „В. Чарапић“. Због близине наведених објеката дошло је до оштећења и саме зграде Војномедицинске академије. Ради превенције последице стреса на почетку агресије одржано је предавање за особље ВМА о стресу, његовим последицама и превенцији. Особљу је понуђена могућност консултација код стручњака Института за ментално здравље и Психијатријске клинике. Лекар психијатри пружили су стручну помоћ лекарима специјалистима на предњим етапама. Едуковано је особље клинике да би адекватније пружило помоћ психотрауматизованим. Истраживачки тим Клинике за психијатрију конципирао је истраживање ефеката и могућих последица стреса изазваног агресијом. Тестирано је 1.065 испитаника, међу њима и особље ВМА и цивили. Сви су тестирани у различитим фазама агресије. Контролна група је била група цивила из различитих делова града и цивили из једног града удаљеног 60 km од Београда који првих месец дана нису били бомбардовани. У том периоду два специјализанта су положила специјалистички испит.

Гледано из психолошко-психијатријског угла, рат је сложени психолошки, физички и социјални стрес који може да доведе до дестабилизације и декомпензације појединаца и групе изазивајући низ психичких поремећаја и психосоматских обољења. Најчешћи психички поремећаји везани за ратна дејства дијагностиковани су према 10. међународној класификацији списка болести:

- F 43 акутна реакција на стрес,
- F 43.1 посттрауматски стресни поремећај,
- F 43.2 поремећај прилагођавања,
- F 43.20 краткотрајна депресивна реакција,
- F 43.21 продужена депресивна реакција,
- F 43.22 мешовита анксиозна и депресивна реакција,
- F 43.23 са продуженим поремећајем дубљих емоција,
- F 43.24 са претежним поремећајима понашања,
- F 43.25 са мешовитим поремећајем емоција и понашања,
- F 43.28 са другим специфичним претежним симптомима,
- F 43.8 друге реакције на тежак стрес,
- F 43.9 реакција на тежак стрес.

У излагању ћу се посебно осврнути на посттрауматски стресни поремећај (ПТСП) због његове учесталости и тежине испољене симптоматологије.

Основни симптоми посттрауматског стресног поремећаја

Посттрауматски стресни поремећај се дефинише као специфични синдром везан за „догађај који је ван уобичајеног људског искуства и који би био значајно стресоген за готово сваку особу, нпр. озбиљна претња сопственом животу или физичком интегритету, озбиљна претња сопственом детету, брачном партнеру, блиском сроднику или пријатељу, нагло разарање сопственог дома или заједнице, виђање других особа у току или непосредно после тешко задесног или намерног рањавања, убијања, који најмање траје један месец“. Посттрауматски стресни поремећај може да почне непосредно после трауматског догађаја, као наставак акутне реакције на стрес, али и после различитих периода, све до неколико деценија. Његова инциденца је различита, у целини зависна, поред свега, од интензитета доживљене трауме и мање, бар до сада, препознатљивих карактеристика сличности пре трауматских и посттрауматских фактора.

Фактори који доприносе појави посттрауматског стресног поремећаја

Већина аутора је сагласна да интензитет трауме примарно детерминише појаву и симптоме ПТСП, мада различити аспекти посттрауматског функционисања доприносе актуелно менталном статусу. Такође,

доказано је да претходни психијатријски поремећаји повећавају могућност појаве посттрауматског стресног поремећаја. Највероватније је ризик обољевања од ПТСП условљен бројним факторима, међу којима су најважнији: физичко и психичко здравље, наследне особине, способност разумевања и схватања догађаја који нас окружују, адаптивни механизми, подршка послератне околине итд., али пре свега врстом, интензитетом и трајањем стресогеног догађаја. Уколико је траума интензивнија и неуобичајенија, утолико је мањи значај социјалних услова и индивидуалних карактеристика у детерминацији ПТСП. Кад су услови довољно ризични „попуштање“ је универзално, док у мање ризичним ситуацијама социјална подршка и индивидуалне особености доприносе већем разумевању облика испољавања и тока развоја посттрауматског стресног поремећаја. Основни симптоми ПТСП могу да се групишу у три карактеристичне групе:

– прву групу чини синдром релетиције – појава упорног, спонтаног оживљавања и емоционалног проживљавања трауматског догађаја при подсећању у сновима и ноћним морама (кошмарима) и „*flash back*“ дисоцијативним епизодама с илузијама и/или халуцинацијама;

– други скуп симптома карактеришу знаци емоционалне тупости, тј. опште одсутности и незаинтересованости за активности, људе и ствари око себе, као и избегавања активности разговора и мишљења повезаних са стресом;

– трећи скуп чине симптоми и стања повећане емоционалне осетљивости и вегетативне узбудљивости, што укључује поремећај сна, раздражљивост, социјалну нетолерантност, осећање резигнације и безперспективности, тешкоће концентрације и памћења и хиперфизиолошке реакције.

Озбиљност и комбинација симптома разликује се од појединца до појединца. Дезорганизација личности може да буде изражена у различитом степену, тако да су неки само благо погођени, а другима је живот потпуно разорен.

Симптоми ПТСП понављају се и иритирају. Жртва се креће предвидивом спиралом све интензивнијих симптома. Она покушава, уз помоћ личних и социјалних ресурса, да савлада проблеме. При томе, неки успевају а други не, док трећи патолошки „копинг“ механизмима погоршавају постојећа стања и често упадају у секундарни поремећај анксиозности, депресије, фобија, алкохолизма, и слично. Циклус може да започне физичким болом, емоционалним тегобама или након догађаја који асоцира на трауматски инцидент. Покренуте визуелне слике и присећања узрокују повећање активности аутономног нервног система, хиперактивност кардиоваскуларних функција, система дисања и мишићног тонуса. Спирала се у почетку покреће догађајима из окружења, а када се циклус једном успостави, догађаји из окружења попримају све мањи значај. Симптоми ПТСП могу да се појаве непосредно, посредно или одложено након трауматског догађаја. Најчешће се

симптоми јављају по изласку из трауматске ситуације, а затим непомредно у току трауматске ситуације и ређе (у око 10 одсто случајева) после извесног периода, који може бити дуг и деценијама. Тако је знатан број вијетнамских ветерана по први пут затражило психијатријску помоћ после 10 и више година од учешћа у ратним злочинима. У рату између живота и смрти борац, да би преживео, мора да искључи своје емоционално и морално реаговање и суђење. Сурова реалност рата диктира да емоционални аспекти ратних искустава буду маскирани, игнорисани или потиснути барем до појаве нових провоцирајућих услова. Емоционално потискивање може да постане навика, поготову ако је трауматско искуство изузетно болно и дуготрајно. Стога се војник и када напусти бојиште из навике понаша на исти начин. Неки од њих су научили да се држе одвојено од својих емоција, тако да је повратак нормалном животу и емоционалном испољавању непријатно искуство, дуготрајан и болан процес. Потискивање трауме троши знатан део енергије и може да доведе до емоционалног инвалидитета. Код ратних ветерана је запажено да и после отклањања спољних услова који угрожавају преживљавање може да прође дужи период пре него што се отклоне у рату условљене кочнице „мрачног дела мозга“. Понекад потпуно нова траума нагло отвара врата одложеном ПТСП и бурном емоционалном реаговању, у којем почетне трауматске успомене постају пресудне у циклусу интензивираних ПТСП симптома. Многи не желе да признају иритирајуће симптоме, те се препуштају седативима, алкохолу и дрогама, што на почетку ублажава симптоме, али се особе утапају у циклус све већег бола и отуђења од себе и своје околине, а то је додатни терет за постојеће нелагодности, сложена и веома конфузна стања. Поновљена „самолечења“ резултирају толеранцијом и потребом за повећаним дозама, до покушаја смањења или уздржавања од конзумације, што води ка стању акутног апстиненцијалног синдрома, уз буђење оригиналног стресогеног стања.

Појаве алкохолизма, дубљих неуротских поремећаја, афективних, па све до психотичних стања утицале су да се иновира DSM III класификација и уведе категорија ПТСП, заједно са сродним поремећајима и дијагностичким категоријама, укључујући ратну нервозу, поствијетнамски синдром и синдром концентрационих логора. На тај начин је наглашен значај индивидуалног емоционалног одговора узрокованог траумом.

Посттрауматски стресни поремећај с коморбидном патологијом

Према DSM III, било придружен ПТСП или као компликација самог поремећаја, јавља се скуп симптома и бихевиоралних абнормалности који укључују депресију, анксиозност, повећану иритабилност, повезану са спорадичним непредвидивим експлозијама, агресивношћу, злоупотребом супстанци, импулсивношћу, суицидалним радњама, професионалном ометеношћу, као и професионалном дисфункционалношћу.

ћу. Посебан проблем у дијагностици је реакција ћутње у односу на трауму. Учесници рата често имају негативну перцепцију спремности околине да их разуме и да им помогне, па при повратку кући избегавају дискусију о својим ратним искуствима. То је посебно испољено код учесника у масакру, тортури и силовању. Код њих се јавља осећање кривице због преживљавања или за учињено дело. Додатно негирање сличних искустава може да отежа успостављање дијагнозе и да доведе до ретроспективног фалсификата. Велики проблем код те групе људи јесте невољност признавања постојећих симптома, било да су физичке или психичке природе, дуго потискивање и не третирање стреса, што може да доведе до озбиљних органских оштећења у смислу хипертензије, инфаркта, гастроинтестиналних, реуматских, ендокринолошких и дерматовенеролошких обољења као и до појаве изненадне смрти.