

Psihijatrijska klinika Opće bolnice Osijek u domovinskom ratu

Nikola Mandić

Psihijatrijska klinika Opće bolnice Osijek

UDK 616.89:614.39;355/359

Prispjelo: u listopadu 1992.

U radu se aktualizira uloga Medicinskog fakulteta i klinika Medicinskog fakulteta. U teznji za suvremenom psihijatrijskom klinikom u svijetu, određuju se kapaciteti i sposobnosti Psihijatrijske klinike Opće bolnice Osijek i njezina zadaća u Domovinskom ratu. Klinika treba odgovoriti na pitanja stresa što ga donosi rat, pa se temeljito na Klinici istražuje epidemiologija, etiologija, patogeneza i terapija psihičkih poremećaja što ih uvjetuje ratni stres.

Posebno mjesto se daje prevenciji duševnih poremećaja u ratnim uvjetima, a gubicima i žalovanju u postratnom razdoblju.

Autor ocjenjuje dinamiku učenja i rada na Klinici pozitivno i zaključuje da je Psihijatrijska klinika Opće bolnice Osijek u Domovinskom ratu intenzivnije razvijala osnovne funkcije, istraživanje, edukacije i liječenja i tako u potpunosti odgovorila zadatku.

Ključne riječi: Psihijatrijska klinika, edukacija, istraživanje, liječenje, domovinski rat

MEDICINSKI FAKULTETI I KLINIKE MEDICINSKOG FAKULTETA

Medicinski fakultet ima najvišu razinu znanstvene, nastavne i liječiteljske djelatnosti na polju humane medicine. Na razini pojedinaca i na razini kolektiva ti se zahtjevi i posebnosti očituju kao nezaobilazni preduvjet za postizanje fakultetske izvornosti.

Specifična dinamika zbivanja na medicinskom fakultetu je određena organizacijom i ciljevima, a što izvire iz trenutnog dometa medicinske profesije i njezine promocijske snage.

Medicinski fakultet teži jedinstvenoj mogućnosti znanstvene obrade medicinskog problema u širini od molekuskog preko organskog i funkcijskog do kliničkog.

Ovisno o snazi tradicionalnog i spremnosti za uvođenje novih pristupa određeni su integritet i dinamika zbivanja na fakultetu. Medicinski fakultet i njegova djelatnost ovise i o gospodarskoj poziciji, laboratorijskim uvjetima za akademsko obrazovanje, pa i od toga koliko će medicinski fakultet u svim svojim dijelovima, pretkliničkim i kliničkim težiti izvornosti. Svi dijelovi fakulteta su u funkciji podučavanja, unapređenja zdravlja i liječenja, izravno ili posredno.

Kliničke bolnice ili klinike medicinskog fakulteta su integralni dio fakulteta s trovrskom nedjeljivom funkcijom obrazovanja, istraživanja i liječenja. Teže institutskom načinu rada. Referalno su središte za pojedine specijalističke probleme. Ne moraju pokrivati cjelokup-

no specijalističko područje. Osiguravaju povezanost eksperimentalne znanosti i primijenjene prakse. Klinike su mjesto spoznaje patobiološkog procesa, mjesto gdje se problem rješava trenutno na najvišoj mogućoj razini. (11)

Klinika je učilište medicine, mjesto gdje se ustanovljene kliničke spoznaje, ali i znanstveno tek provjerene tvrdnje prenose na nove generacije liječnika i srodnih profesija. Na klinikama se nudi i trenutno neuhvatljiva problematika u obradi i istraživanju. Razvija se pragmatički smisao, motivacija liječenja i potiče znanstveni interes za istraživanje i potencijalno rješavanje patobiološkog problema. Etička ograničenja znanstvene slobode i istraživanja humanih uzoraka (tkiva i tekućina) na klinikama se ostvaruju na životinjskim modelima punom slobodom istraživanja, kriterijima realiteta i kritičnosti tvrdnji.

Institutsko-klinički rad i bazična istraživanja osiguravaju terapiju koja je zasnovana na posebnosti patogenetskog slijeda.

Klinika je institutsko, profesionalno, visokoškolsko učilište na kojemu se edukanti (studenti, specijalizanti, postdiplomanti i doktoranti) ne zadovoljavaju suhoparnom faktografijom, oni žele osjetiti duh znanosti i izvornosti podataka. U podučavanje je utkano i znanstveno istraživanje pojedinih relevantnih problema. Na klinici postoji duhovna spremnost, smisleno kanalizirano nastojanje, postoji i osjeća se akademsko okruženje, što sve osigurava realne preduvjete za znanstvene pomake i proboje u nepoznata područja. (13)

U nastavi se osim prijenosa znanja osigurava poticaj zanimanja za otkrivanje novih horizonata spoznaje o predmetu bavljenja. Upitno pretražna dimenzija znanstvenog pristupa pomiče okvire znanja progresivno gradeći izvjesnije tvrdnje. Pragmatička zadaća liječenja obogaćuje se novim postupcima i sredstvima što rezultira promjenom tijeka bolesti.

PSIHIJATRIJSKA KLINIKA U OSIJEKU

Psihijatrijska klinika Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Opće bolnice Osijek teži suvremenoj dinamici rada i razvoja u izvršavanju svojih zadataka. Domovinski rat je dao šansu Psihijatrijskoj klinici u Osijeku da prihvaćajući se zadataka Domovinskog rata pokaže svoju sposobnost, zrelost i dinamiku na polju edukacije iz područja mentalne zaštite, istraživanja i liječenja u kriznom ratnom razdoblju, kada se od svih visokoobrazovnih i stručnih institucija očekuje ne samo profesionalno već i kreativno djelovanje.

Klinika je imala vremena od lipnja 1990. godine, od prvih demokratskih višestranačkih izbora, do ožujkskih (31. 3. 1991), svibanjskih (2. svibnja 1991), lipanjskih (17. lipnja 1991) i kolovoških (1. kolovoza 1991) dana, od događaja na Plitvicama, Borovu Selu, Dalju i Erdutu i događaja pred Općom bolnicom Osijek, da se temeljito pripremi za Domovinski rat. Odgovoriti na zadatke Klinike, značilo je uz redovnu funkciju Klinike, istraživanja, edukacije, liječenja i konzultacije biti spreman odgovoriti na zahtjeve zajednice koji su potaknuti snažnim i dugotrajnim stresom što ga nosi rat, prednjačiti u motivima za taj rat s istodobnom težnjom da pojedinci i zajednica iziđu iz rata sa što manje gubitaka. Svjesno motiviranim, stručno organiziranim aktivnostima u vrijeme pripreme za rat i u vrijeme rata, radom s građanima, bolesnicima i na sebi, s profesionalnim i paraprofesionalnim grupama nestaje strah od obveza.

Orijentacija i stav Klinike je bio da se ne mijenja organizacijska struktura, da ostanu svi klinički odjeli Klinike: Odjel za biologijski orijentiranu psihijatriju s jedinicom intenzivne skrbi, Odjel socijalne psihijatrije, Odjel za neuroze i granična područja, Odjel za dječju i adolescentnu psihijatriju te Odjel dnevne bolnice. Na Klinici je razvijena dinamika pojačanog rada. Mora se korektno obaviti redoviti posao Klinike prema zdravstvu, treba izvršiti obaveze koje traži medicinski fakultet prema studentima, a na Klinici se treba osigurati stalna izobrazba specijalizanata psihijatrije i drugih struka i istraživački rad. Prijavljen je projekt »Biologijski i psihosocijalni aspekti kriznih i depresivnih stanja«. Upravo oko ovog projekta i situacije u Republici Hrvatskoj koja je govorila za ozbiljne pripreme Domovinskog obrambenog rata, svaki član kolektiva je nastojao pridonijeti aktivnim sudjelovanjem kao pripadnik hrvatske zajednice i kao profesionalac, da kao pojedinci i

zajednica sa što manje gubitaka odgovorimo na stres koji donosi rat.

Suglasno sugestijama sanitetskog stožera Republike Hrvatske, razvijena je mreža edukacije iz ratne psihijatrije, najprije u kolektivu Klinike, a onda u grupama liječnika opće medicine, drugih specijalnosti, paraprofesionalnih grupa, direktnim kontaktima i razgovorima i preko mas medija.

DOMOVINSKI RAT I STRES

Pripremni period je bio posvećen stresu što ga nosi rat i ratna situacija.

Premda se stres istražuje još od tridesetih godina ovoga stoljeća, mnogostruki utjecaj posljedica stresa kroz psihijatrijske poremećaje, poremećaje fizičkog i psihičkog zadovoljstva, poremećaje ili smetnje u komunikaciji, predmet je velikog broja novijih istraživanja, (Dohrenwend i Shrout 1985., Lazarus i De Longis, Folkam i Gruen, 1985). To su događaji izvan uobičajenog životnog iskustva i razlikuju se po prirodi, intenzitetu i trajanju. Rat, boravak u logorima, zatočeništvo, izgnanstvo, izbjeglištvo, kidnapiranje, silovanje, teror nad političkim zatvorenicima u ljudi uvjetuju razvoj afektivnih, kognitivnih i fizioloških poremećaja. Kada govorimo o stresu u ratu, imamo na umu jedan kontinuum koji obuhvaća svakodnevne sukobe, nesreće, kroničan napor, gubitak bliskih osoba i invalidnost (2,9, 22,23).

Necé sve osobe jednako odgovarati na stresne događaje svakodnevnog života. Odgovori će ovisiti o kvalitetama i kapacitetima njihove osobnosti, međutim, danas se zna, da u većine ljudi često izlaganje ekstremnim događajima uvjetuje pojavu simptoma na psihičkom planu. Tako u općoj populaciji strukturirane psihičke smetnje u obliku posttraumatskog stresnog poremećaja, kao posljedicu izloženosti raznim oblicima stresa ima 1-2% osoba, slično pojavnosti shizofrenije, a nešto manje od pojavnosti antisocijalnog ponašanja. Međutim, pojavnost ovog psihopatološkog sindroma, kao posljedice ratne stresne situacije, prema preživjelim vijetnamskim veteranima je 15-31% a korejskim 56%, bilo da se pojavljuje u blagom, umjerenom ili intenzivnom obliku (3,10,12).

Poremećaj nastaje kao rezultat specifičnog odnosa prema učenju i procesima kondicioniranja, a promjene ponašanja su posljedica traumatskog iskustva, u čemu biološke i nasljedne predispozicije, vulnerabilnost i osobni doprinos svakog pojedinca, stresni i psihosocijalni uvjeti imaju značenja. To je kompleksan ljudski odgovor na stres mentalnim poremećajima, psihološkim i fiziološkim simptomima. Stres je kompleksna varijabla, koja obuhvaća mnogo međuzavisnih varijabli i procesa i utječe na mehanizme prilagodbe (5). Izvor stresa nije samo u okolini već i u osobnom doprinosu,

osobnim odgovorima i njihovim zahtjevima, vjerovanjima, stavovima i sposobnostima, da se suoči ublaži i obrani u interesu vlastite dobrobiti. Vanjski uvjeti definirani kao stresni i subjektivni udio svakog pojedinca i njihova povezanost, govore da nema stresnih uvjeta bez vulnerabilnih ljudi, pa tako nema stresnih događaja, osim u odnosu na neke osobine pojedinca koje ga čine osjetljivim na te događaje, navodi Hence.

Različite psihijatrijske dijagnostičke skupine bolesnika, različito će reagirati na stres ovisno o vrsti bolesti, trenutnim zdravstvenim kapacitetima i socijalnoj podršci i nizu drugih čimbenika sličnih onima zdrave populacije.

Lazarus smatra da treba ispitati varijable vrijednosti, osjećaj odgovornosti, povjerenje u sebe i druge, mogućnost da sami sebe tješimo i podršku okoline (6). Kao mjera stresnog događaja najčešće se uzima učestalost pojavljivanja tog događaja, koliko je pojedinac izložen fizičkom maltretiranju, brutalnom mučenju, koliko je sudjelovao u borbama, koliko je bio izložen nasilju, mučenju, ranjavanju, gladovanju, silovanju, opasnosti i osjećaju fizičke ugroženosti, spoznaji prijetnje životu. Dakle, nemogućnost kontrole i predviđanja trajanja traume, kao i količina traumatskih događaja, kritički su čimbenici za razvoj stresa (6,15).

Procjena prirode, učestalosti i trajanje stresora, socijalnih i fizičkih čimbenika tijekom vremena uključuje procjenjivanje relevantnih subjektivnih obilježja i obrambenih mehanizama, tipova reakcija na stresne događaje. Srdžba, opća uzbuđenost (arousal), malaksalost, glavobolja, oslabljeni sluh, gastrointestinalne smetnje, kronična bol, povećana osjetljivost na ubičajene podražaje, oslabljeni – pažnja, pamćenje i koncentracija, anksioznost i depresija, te oslabljeno apstraktno i konkretno mišljenje, ne pojavljuju se u istom slijedu i istom intenzitetu u svih osoba (18,19,20).

Osobnost, dob, obrazovanje, sociokulturni status, te proteklo proživljeno stresno iskustvo sudjeluju u psihopatologiji odgovora na stres. Dakle, stresna iskustva utječu na kognitivne, interpersonalne i bihevioralne aspekte ljudskog funkcioniranja ali je neosporiv udio osobnosti i okoline. Nedovoljno istražen i nešto drugačiji pristup odgovorima na stres je u djece (16).

PREVENCIJA I LIJEČENJE PSIHOTRAUMATIZIRANIH OSOBA

Socijalni suport i percepcija prijetnje mjenjaju odgovor pojedinca na stres. Negativan suport je u korelaciji s težinom psihopatologije pri odgovoru na stres. Ona je u korelaciji i s padom percepcije socijalnog suporta i padom socijalne participacije. Rigidne maritalne veze uvjetuju negativne psihološke posljedice stresa ženskih žrtava. Pogodna atmosfera u domu smanjuje stresnu psihopatologiju u djece, posebno one sa slabijim men-

talnim zdravljem. Muškarci više konzumiraju alkohol i skloniji su depresiji u stresnim situacijama nego žene, a oba spola su senzitivna na zahtjeve suporta. Stroge socijalne veze i komunikacije mogu biti više otežavajuće nego suportivne i pogađaju više žene. Pojava ili perzistiranje anksioznosti pri kraju prvog tjedna nakon pretrpljenog stresa, može biti indikator rizika za razvoj ozbiljnog poremećaja koji može biti akutan, subakutan, kroničan ili fluktuirajući, a može imati i zakašnjeni nastup. Demoralizacija je najčešće prisutna mjesec dana nakon traume, iskustva su drugih autora i njihovih istraživanja (1,4,17).

Ovo govori da je prvenstvena zadaća u pripremi za rat sistematska prevencija onih za koje se očekuje da će psihopatologijom odgovoriti na stresni događaj. Intenzivniji kontakt s psihotičnim bolesnicima, alkoholičarima i oboljelim od neuroze, bio je zadatak kliničkih odjela Klinike. Adekvatna terapija u uvjetima rata očekuje što prije vraćanje na radne i borbene dužnosti. Olakšavanje abrekcije iskustva u psihoterapijskom procesu, korištenje kognitivnih i bihevioralnih tehnika, te upotreba lijekova za udružene mahove, očekivana je terapija u uvjetima rata pri stresom izazvanim poremećajima.

Kardiner tvrdi da nije abrekcija, nego rekonstrukcija traumatskog događaja zajedno s replikacijom iskustva je ta koja konstituira glavni terapijskih sastojak. Produbljuje se veza između sadašnjeg problema i traumatskih događaja. Identifikacijom konflikta na traumatski događaj ide se prema otkrivanju značenja toga konflikta za nosioca poremećaja i identifikaciji konflikta koji se aktiviraju asocijacijom na traumatski događaj i njegove aktualne okvire. Pacijent uči lokalizirati defanzivni oblik koji ga čini vulnerabilnim za traumatizaciju i pokušava usvojiti adaptivnije uzorke ponašanja koji mu omogućuju kontrolu. Abreakcijsko liječenje koje daje naglasak na rekonstrukciju traumatskog događaja, rezervirano je za slučajeve teškog izbjegavajućeg oblika posttraumatskog stresnog poremećaja¹. Podvlači se važnost razumijevanja traumatskog događaja za osobu, a što je od esencijalne važnosti za psihoterapijsko liječenje, jer je to ključ za egzistencijalne promjene načina, kako osoba vidi sebe i okolni svijet i za razumijevanje njegove mentalne boli i s njom povezane simptomatologije. Bihevioralna teorija i terapija polazi od toga da svaka osoba ima svoju točku slamanja i da je poremećaj odgovor na stres, pa pažnju treba usmjeriti na obrambene mehanizme koji su postali neuspješni. Terapija je kratka, orijentirana prema realitetu, suportivna s upotrebom kognitivnih i bihevioralnih tehnika, a koristi se pri akutnoj borbenoj reakciji, produženoj borbenoj reakciji – fobični sindrom, seksualne poteškoće i rehabilitacijski problemi.

Kod kroničnog posttraumatskog sindroma u patogenezi sloma daje se sve više elementima ličnostima, dok se kod akutnog istražuje više pritisak stresa. Sveobuh-

vatni pristup bolesniku uključuje i značaj životnih kategorija kao što su obitelj, društvo i posao i što one znače za bolesnikovo stanje. Gubitak posla, odgovornosti i self imidža može uvjetovati pogoršanje ili invalidnost s traženjem kompenzacije, a povratak zdravlju znači punu participaciju u domovinskom ratu i novu prijetnju egzistenciji.

Terapeut treba da se smjesti u poziciju »one down« do pacijenta i da tako ohrabruje pacijenta za poboljšanje. Pristup simptomima, emocionalno kognitivna rekonstrukcija traume, traženje veza između sadašnjeg iskustva i traume i značenje individualnog traumatskog iskustva za bolesnika idu prema cilju koji bolesnik dopuštaju zaborav, prihvaćanje sebe na drugi način, kontrolu svoga života i poboljšava suočavanje s njim. U postizanju kompletnog terapijskog cilja ne treba zemariti i nužnost terapijske intervencije i u obitelji bolesnika.

Kontinuirani kontakt s realnošću, s točno određenim mjestom u društvu dopušta self gratifikacije i ponos, tako da je validan i zadovoljavajući posao za uspješnu terapiju. Izbor zanimanja i posla treba biti središnji terapijski cilj i značajan pokretač za promjenu i poboljšavanje. Tek što je stručni kolegij u cjelini proradio sres i posljedice stresa što ih rat donosi i provjerio znanje prenoseći ga drugim grupama zdravstvene i socijalne službe u Osijeku i na regiji, došao je 14. rujna, dan kada se kolektiv Psihijatrijske klinike pod kišom granata morao preseliti u podrumne prostore bolničkog Biokemijskog laboratorija i podruma Očnog odjela. Kapacitet je smanjen od 80 na 60 bolesnika.

Bilo je to postavljanje kreveta za bolesike u hodnicima Biokemijskog laboratorija, prvi akutni psihijatrijski stacionar bez vrata, u kojem su se bolesnici i osoblje Klinike izvrsno snalazili. U takvim smo uvjetima ostali do danas. Za 6 mjeseci je obrađivano 337 bolesnika, a među njima je bilo 50% psihoza.

Informacije o stresu i znanja o stresnim reakcijama, sada je osoblju Klinike bilo mnogo bliže. Svi su željeli da se uključe u aktivnosti Klinike, obveze i zadaci nisu se razlikovali od borbenih zadataka. Oni koji nisu bili neposredno uključivani u aktivnosti ili ih pod stresom nisu znali sami naći, razvijali su reakciju odbacivanja. Tražili su suport od stručnog kolegija i kolektiva. Drugi su pronalazili konkretne i vidljive aktivnosti uključivanjem u Hrvatsku vojsku, tako voditelj Dnevne bolnice vidi sebe korisnijim u aktivnom Sanitetu Hrvatske vojske, pa privremeno napušta rad na Klinici. Tri medicinska tehničara dokazuju svoju opredijeljenost i spremnost za domovinski rat, također odlaskom u Sanitet Hrvatske vojske. Na Klinici se pažljivo prati eventualna pojava kumulativnog stresnog djelovanja kroz erupciju latentnih efekata traume iz prijašnjeg života. Na Klinici se stvara klima za mogućnost ekspresije svojih emocija u profesionalnim grupama. Nisu bili rijetki acting outi

ni među psihijatrima, a na Klinici je postala praksa čestih razgovora u grupi kolega s osjećajima iz prethodnog dana i odgovorima na njih. Sloboda iznošenja osjećanja i odgovora, ublažavali su strah i poticali na ostajanje u realnosti. Međusobno savjetovanje i rad u grupi stručnog kolegija bili su zapravo tečajevi self razvoja i samosvijesti, osposobljavanje za samopomoć i samorazvoj, bio je to grupni suport, koji se prenosio na kolektiv Klinike iz čega je nastajao timski rad i rukovodeća i organizacijska efikasnost Klinike.

Znanje o uzrocima i prirodi stresa, znanja o posttraumatskom stresnom poremećaju, o potrebnom suportu, te ranija opća priprema za domovinski rat kroz osposobljavanje za intervencije u krizi, učinili su da Klinika razumno, smireno i savjesno prihvati izvršavanje obveza koje joj rat nameće i da kreira zadatke i obavlja ih. Drugi je važan zadatak bio da se osigura dobro zdravlje osoblja Klinike. Razvijena je široka mreža podrške, a edukacija je uključivala rad na razvoju samosvijesti i općenito na radu na sebi. Znanja o stresu su se produbljavala i odgovori na stres su prepoznavani ne samo u bolesnika nego i u članova profesionalnih grupa.

Redoviti rad s bolesnicima, na stacionaru i u psihijatrijskim abulantama odvijao se korektno, a sada je bio dopunjen odnosno proširen radom s izbjeglicama iz Čelija, Dalja, Erduta. Osnovano je osam ekipa za rad s izbjeglicama, ekipa za rad s vojnicima, ekipa za rad s ranjenicima. Sugerirao se takav rad na regiji, davala podrška općinskim službama, prenosilo znanje o stresu i tako podizao moral za obrambeni rat.

Vlastiti rad nismo razlikovali od onoga na bojištu. Bio je to samo specifičan zadatak.

GUBITAK I ŽALOVANJE

Osjetili smo i iskusili da su gubitak i lišavanje integralni dio ratnog iskustva. Patnja tuge i lišavanje mogu se suprimirati, ne samo individualno, nego i u čitavoj naciji. Patnja tuge i lišavanje širi se od jedne osobe na najbliži obiteljski ili drugi krug, pa je stvarni utjecaj rata mnogo širi i ima razinu nacionalnog terata. U tijeku rata dominira nacionalno poricanje i prve ekspresije rata i smrti počinju tek nakon završetka rata, zbog inhibicije žalovanja i neprolaska kroz rad žalovanja. (7)

Posjedovanje gubitka i boli, sabiranje troškova rata, suviše rano, može negativno djelovati na nacionalnu volju, pa pritisak na masivno negiranje dolazi od stava pojedinaca i nacije prema ratu.

Rat je najambivalentnije ljudsko iskustvo, u kojem veoma realna prijetnja od smrti iz trenutka u trenutak ističe draž života. Kao posljedica razvija se disocijacija između strave rata i aspekta sačuvanja života, biti u borbi i preživjeti. Rat kao ultimativno muško iskustvo idealizira se kao finalni znak muškosti, a gubitak se potiskuje kao univerzalno životno iskustvo. Međutim,

gubitak je psihološki događaj, koji može biti u odnosu na nešto očigledno, konkretno, ili može biti subjektivan i visokoapstraktan, težak za definiranje i artikulaciju ili čak za priznanje. Rat kao dramatično ljudsko djelovanje mobilizira mnoge emocije, pa su tako gubitak i žalost inherentni borbi, međutim vojnici su se skloni dislocirati od intenzivnih emocija koje prate borbu, a patnja vezana uz gubitke dolazi u prvi plan nakon borbe. Gubitak voljene i cijenjene osobe, gubitak nekih aspekata selfa, općeg mentalnog i fizičkog imidža, što uključuje ideje, osjećaje i vrijednosti, specijalne kvalitete, sposobnosti, atraktivnosti i dopadljivosti, gubitak dijelova tijela i funkcija, tjelesnih nagona povezanih s gubitkom pozitivnih self stavova kao što su ponos, samovrednovanje, nezavisnost i kontrola uvjetuju gubitak važnih ideala ili s njima mogu biti izgubljeni, kao što su pozicija u društvu ili status. Zatim dolazi gubitak vanjskih objekata: važni objekti, kuća i zavičaj. Četvrta skupina su razvojni gubici, koji uključuju faze sigurnosti. Adolescent vojnik biva lišen slobode mladosti. Gubitak je realan događaj i percepcija personalnog simboličnog značenja takvog događaja. Na kraju svaki gubitak nosi prijetnju dodatnih gubitaka.

Rat proizvodi više psihopatologije nego prirodna katastrofa koja je sudbinska i stvar čiste vjerojatnosti. Žrtve humano inducirane traume osjećaju veću krivnju drugih za njihove nevolje, neuspjeh u preveniranju traumatskog događaja kao i identifikaciju s agresorom. Mogu biti subjekt ponižavajućih sumnji u svezi s očitovanim smetnjama i vjerovanjima drugih da je to bila »njihova greška«. (8,14,21)

Služenje vojske i iskustvo borbe, važna su dva čimbenika koji sudjeluju u stvaranju karakterističnog lišavanja vojnika. Vojnik se u grupi deindividualizira, ali istodobno postaje subjekt hijerarhijskog komandiranja čiji zahtjevi manje ili više reflektiraju pokornost. Rezultat ovoga je jedna vrsta fakultativne regresije sa strahovima separacije od obitelji i potrebom razvoja novog identiteta.

Pod utjecajem stresa služenje u vojsci obuhvaća sve funkcije primarnih odnosa, rivalizirajući s njima u intenzitetu i važnosti. S druge strane vojnici preko časnika idu u vertikalnu ovisnost, koja također rekapitulira rana ovisnička iskustva, uz faznorazvojnu specifičnu tendenciju ka idealizaciji, koja nosi u sebi opasnost surove deidealizacije i razbijanje iluzija.

U uvjetima smrtno, ratne opasnosti ovaj regresivni stav postaje dramatično pojačan. Vojnik tada postaje svjestan svojih drugova i sebe za drugove. Tako opasnost djeluje grupno kohezivno i pojačava borbene aktivnosti. Vojnik je konfrontiran s jedinstvenim konfliktom: spasiti život i živjeti s krivnjom ili izabrati rizik života i ostati živjeti sa svojim prijateljima. Ovaj dramatični psihološki duel, borba nasuprot bijegu, ne može se dugo tolerirati i članovi stručnog kolegija Psihijatrijske

klinike su riješili ovaj konflikt već u pripremi za rat. Gubitak koji nije praćen s normalnim procesom žalovanja (šok i nevjerovanje, protest i patnja žalovanja i reinstitucija) može stvoriti kronične simptome. Okolnosti rata djeluju protiv postupnog nestajanja žalovanja i tako mogu produžiti patološko žalovanje.

Iznenadna smrt i emocionalni šok, nedostatak adekvatne okoline i izbjegavanje ekspresije personalnog gubitka kao standarda u vojnika, ambivalentnost preživljavanja u borbi, prelaženje euforije preživljavanja u ubilačke sebične stavove prema drugima, splitting kroz selektivnu amneziju i priključne emocije i vojnički obredi, odgađaju žalovanje. Dolazak vojnika s akutnom agitacijom i beznadnosti, motorna je ekspresija njegove želje da se vrati svom prijatelju. Osjećaj krivnje, povezan je s osjećajem drugih da je njegov prijatelj poginuo za njega, umjesto njega.

Gubitak časnika generira razvitak gubitka odgovornosti. Kao napuštenost potiče stresne reakcije zbog nedostatka socijalne podrške od strane časnika, iz čega nastaje osjećaj usamljenosti i izolacije, reducirani osjećaj samopoštovanja što korelira sa slabim izvođenjem borbi i rezidualnim psihološkim sekvelama.

Gubitak osjećaja neranjivosti u gruboj vojničkoj stvarnosti, pred gubitkom života u svakoj sekundi, stvarajući inicijalni šok, a zatim stalni osjećaj gubitka prijašnje nevinosti i naivnosti »vidio sam previše i nikome više ne vjerujem«. Gubitak humanosti kroz misli »uglavnom se bunim na taj način što ja poželim njih ubiti, jer su oni pokušali ubiti mene, i to me je učinilo nehumanim«, susreće se u boraca. Vojnik koji nije dobio podršku i potvrdu korisnosti nečeg većeg i važnijeg, a što se često pojavljuje pri nepovoljnoj prilagodbi na ratne uvjete, može dovesti u kritičnu izolaciju vojnika zbog razumijevanja iznenadne mogućnosti borbene smrti iz čega može nastati bijeg i neadekvatna borba.

Izostalo žalovanje može biti maskirano drugim tjelesnim simptomima, pa se takvi bolesnici liječe često na somatskim odjelima i zbog predrasuda odbijanja psihijatra i svojih problema kao psiholoških. Pojavljuje se i preopterećenje gubitkom u ratu kroz bijes i ljutnju, a kronično žalovanje nerijetko se preklapa s depresivnim bolestima, a iskrivljeno alkoholizmom i asocijalnim ponašanjem. Gubitak i ratna trauma reduciraju odgovornost ratnih veterana i povezuju zločine s gubitkom, povećanjem suicida i prometnih nesreća i padom ekonomskog, socijalnog i zdravstvenog statusa ovih ljudi koji predstavljaju rezervoar netretiranih žrtava iskrivljenog žalovanja.

ZAKLJUČAK

Intenzivna je bila znanstvena, pedagoška i ljudska dinamika na Psihijatrijskoj klinici Opće bolnice Osijek prije rata za domovinu, u vrijeme rata i poslije rata.

Radnici Psihijatrijske klinike su se opredijelili za borbu u domovinskom ratu. Adekvatnim pripremama za ovaj rat i stalnim ostajanjem u realnosti radom i učenjem u profesionalnoj grupi i s bolesnicima, pokušavali su prevenirati ratom uvjetovani psihički poremećaji u stanovništva, boraca, izbjeglica, prognanika i zarobljenika, na vrijeme intervenirati pri pojavi simptoma i na suvremenim dostignućima liječiti one u kojih se ratom uvjetovani poremećaj pojavio.

Obavljeni stručni – profesionalni rad u sasvim neprimjerenim uvjetima, održana stručnoznanstvena i istraživačka znatjelja i publiciranje radova o izbjeglicama, mržnji, psihofarmacima, suicidima (7 objavljenih radova), neometano izvršavanje edukacijskih aktivnosti specijalizanata (dva specijalizanta položila specijalistički ispit, nekoliko studenata obranilo diplomski rad, rad na doktoratu više liječnika i sudjelovanje jednog liječnika u edukaciji TEMPUS-projekta) govore da je u ratu bila očuvana trojna funkcija Psihijatrijske klinike – profesionalni stručni rad, edukacija i istraživanje. Na kraju, najbolji dokaz uspješnosti rada Klinike jest taj da se kolektiv Psihijatrijske klinike uspješno nosio s krivnjom, osamljenošću, anksioznošću, žalovanjima i drugom psihopatologijom što su donosili pacijenti, a i oni sami, te da je cijeli stručni kolegij od 20 članova ostao na ratnom zadatku.

LITERATURA

- Bleic A, Garb R, Kottler M. Treatment of prolonged combat reaction. *Br J Psychiatr* 1986; 148:493-6.
- Bremner JD, Soutwick MS, Charney SD. Animal models for the neurobiology of trauma, *PTSD Research Quarterly* 1991; 2(4):1-3.
- Card JJ. Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam Veterans. *J Clin Psychol* 1987; 43(1):6-16.
- Fairbank AJ, Nicholson AR. Theoretical and empirical issues in the treatment of posttraumatic stress disorders in Vietnam Veterans. *J Clin Psychol* 1987; 43(1):44-53.
- Foy WD, Card JJ. Combat-related posttraumatic stress disorder etiology: Replicated findings in a national sample of Vietnam – era men. *J Clin Psychol* 1987; 43(1):28-31.
- Foy WD, Carrol ME, Donahoe PC. Etiological factors in the development of PTSD in clinical samples of Vietnam combat Veterans. *J Clin Psychol* 1987; 43(1):17-26.
- Garb R, Bleich A, Lerer B. Bereavement in combat. *Psychiatr Clin North Am* 1987; 10(3):421-36.
- Green LB. Evaluating the effects of disasters. *Psychological Assessment. J Consult Clin Psychol* 1991; 3(4):538-46.
- Keane KT, Wolfe J, Taylor IK. Posttraumatic stress disorder: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment. *J Clin Psychol* 1987; 43(1):32-41.
- Keane MT. The Epidemiology of posttraumatic stress disorder: some comments and concerns, *PTSD Research Quarterly* 1990; 1(3):1-3.
- Kovač Z. Prilog raspravi o smjernicama razvitka medicinskih fakulteta u Hrvatskoj. *Med Vjesn* 1990; 22(1-2):1-6.
- Kulka AR, Schlenger EW, Fairbank AJ, Jordan K, Hough LR, Marmar RC, Weiss SD. Assessment of posttraumatic stress disorder in the community: Prospect and pitfalls from recent studies of Vietnam veterans. *Psychological Assessment. J Consult Clin Psychol* 1991; 3(4):547-60.
- Lacković Z, Buneta Z, Relja M, Čičur Lj. Medicinske znanosti Jugoslavije u Science Citation indexu: Odnos uvjeta i rezultata. *Liječ Vjesn* 1987; 109:49-53.
- Mandić N, Bosnić Dj. Psychological state of the Croatian refugees in the Republic of Hungary. *Croat Med J* 1992; War Suppl 2:106-9.
- McMiller P, Ingham JG. Are the life events which cause each other additive in their effects? *Soc Psychiatr* 1985; 20:31-41.
- McNally JR. Assessment of posttraumatic stress disorder in children. *Psychological Assessment: J Consult Clin Psychol* 1991; 3(4):531-7.
- Owen G. Support networks in health care, *Nurs Stand* 1990; 4(38):31-3.
- Resnick SH, Kilpatrick GD, Lipovsky AJ. Assessment of Rape-related posttraumatic stress disorder: Stressor and Symptom dimensions. *Psychological Assessment. J. Consult Clin Psychol* 1991; 3(4):561-72.
- Schnurr PP. PTSD and combat-related psychiatric symptoms in older veterans. *PTSD Res Quarter* 1991; 2(1):1-2.
- Solomon Z, Mikulincer M, Jakob RB. Exposure to recurrent combat stress: Combat stress reactions among Israeli soldiers in the Lebanon war. *Psychol Med* 1987; 17:433-40.
- Solomon DS, Green LB. Mental health effects of natural and human-made disasters. *PTSD Res Quarter* 1992; 3(1).
- Sutker BP, Uddo CM, Allain NA. Clinical and research assessment of posttraumatic stress disorder: A Conceptual overview. *Psychological Assessment. J. Consult Clin Psychol* 1991; 3(4):520-30.
- Weisaeth L, Eitinger L. Research on PTSD other posttraumatic reactions: European literature. *PTSD Res Quarter* 1991; 2(1-2).

Abstract

THE PSYCHIATRIC CLINIC OF THE GENERAL HOSPITAL IN OSIJEK IN HOMELAND WAR

Nikola Mandić

Department of Psychiatry for general Hospital Osijek

In the work the importance of the Medical college and the clinics of the Medical college is discussed. Trying to become a wordly up- to-date psychiatric clinic, the capacities and abilities of the Psychiatric clinic of the General hospital in Osijek and its tasks in Homeland war are determined. The clinic should cure the war stresses. Due to this task epidemiology, ethiology, pathogenesis and the therapy of the psychical disorders of the war stresses are profoundly researched at the clinic. A special importance is given

to the prevention of mental disorders in war conditions and loses and mourning in afterwar period. The author appereciates the dynamics of the learning and the work at the clinic positevely and concludes that Psychiatric clinic of the General hospital in Osijek has been developing rather intensively its main functions: research, education and healing and thus fully responded to its task.

Key words: Psychiatric clinic, education, research, healing, homeland war

Received: October, 1992