

Bojan Veljković¹

UDK 615.851

dipl. psiholog

MUP R. Srbije, Policijska uprava Jagodina

INTERVENCIJE U KRIZI – POMOĆ ŽRTVAMA I POMAGAČIMA KROZ PSIHOLOŠKU INTEGRACIJU TRAUME

Apstrakt

Teška traumatska iskustva mogu kod ljudi uzrokovati upadanje u krizu kao specifično stanje karakterisano osećanjem bespomoćnosti, kognitivne dezorganizacije i izmenjenog ponašanja. Intenzitet i opseg traume, uz personalizovanost reakcije pojedinca, određuju da li će se kod osobe razviti PTSP (posttraumatski stresni poremećaj). Različiti modeli intervencija u krizi omogućavaju reuspostavljanje kontrole, psihološke ravnoteže i funkcionalnosti pojedinca kako bi se prevenirao razvoj PTSP-a kod žrtava traume ali i kod pomogača koji doživljavaju posrednu traumatizaciju. Polemika o stvarnoj neophodnosti i uspešnosti psiholoških intervencija u krizi ukazala je na potrebu empirijskih validacija protokola kriznih intervencija i unapređenje programa evaluacije procedura.

Кljučне речи : trauma, kriza, intervencije u krizi, posredna traumatizacija

Uvod

Veliki broj kriznih situacija u savremenom svetu aktuelizuje potrebu za intervencijama u krizi jer u takvim okolnostima uobičajeni načini reagovanja i rešavanja problema ne odgovaraju trenutnim zahtevima situacije (Roberts, 2000, prema Dattilio & Freeman 2011). Međutim, ako model krizne intervencije nije baziran na jakim empirijskim i praktičnim osnovama može se desiti da intervencija u krizi bude neuspešna ili čak kontra-produktivna, bez obzira na nesumnjivu nameru da se pomogne žrtvama traume (Caul & Velzant, 2005, prema Roberts & Everly, 2006). Traumatično iskustvo može biti posledica doživljaja nasilja, fizičkog napada, pljačke, teške saobraćajne nesreće, dijagnostikovane neizlečive bolesti, seksualnog zlostavljanja ili silovanja, iskustava rata, zarobljavanja, mučenja, boravka u logorima, kidnapovanja i sl. (Grbeša, 1999). Uopšteno, intervencije u krizi imaju za cilj da umanje intenzitet krize, zaštite ljude od dodatnih stresora, doprinesu mobilizaciji unutrašnjih psiholoških kapa-citeta kako bi osoba što brže uspostavila nivo funkcionisanja pre krize, da spreče ili ublaže eventualno neprilagođeno ponašanje ili emocionalne slomove koji mogu da uslede kod nekih žrtava krize. Reagovanje u stresnim i traumatskim situacijama uslovljeno je sveukupnom organizacijom ličnosti koja uključuje neurofiziološku, kognitivnu i afektivnu komponentu (Dattilio & Freeman, 2011).

Glavni cilj psiholoških kriznih intervencija je pomoći ljudima da lakše podnesu traumatski događaj, da ga integrišu u svoje životno iskustvo kako bi nastavili dalje

¹ bojan_sladja@yahoo.com

normalno da žive (Arambašić i sar., 2000). Ljudska patnja i profesionalni napori „pomagača“ tokom intervencija u krizi prepliću se kroz međusobne uticaje. Kvalitet tog odnosa je takav da veoma često dovede do potrebe „da se pomogne pomagačima“ koji prilikom svog profesionalnog angažovanja bivaju posredno traumatizovani. Da li će se intervencija svesti na kratak razgovor rasterećenja, kao psihološku „prvu pomoć“, ili će se primeniti neki od kompleksnijih modela intervencije u krizi, zavisiće između ostalog i od težine i obuhvata traumatskog događaja.

Nema potpunog slaganja među kreatorima modela kriznih intervencija u pogledu strukture same intervencije, vremena implementacije i evaluacije efikasnosti. Meta-analiza 36 studija kriznih intervencija (Roberts & Everly, 2006) pokazala je da mali broj kriznih intervencija ima dokumentovanu efikasnost i da određeni model krizne intervencije ne odgovara svakoj vrsti krizne situacije. Ova meta-analitička studija ukazala je na veći efekat kratkih i intenzivnih kriznih intervencija, uglavnom baziranih na rad sa porodicom nakon situacija zlostavljanja dece u porodici.

Everly (2000) naglašava značaj tajminga krizne intervencije i kreiranje modela intervencije prema potrebama i kapacitetima pojedinaca koji su doživeli traumu. On naglašava da su neke osobe *primarno kognitivne* u kriznoj situaciji (teže da reuspostave kontrolu i reše problem), dok su druge *primarno afektivne* (potrebna im je saosećajnost i „katarzična ventilacija“). Dakle, od suštinskog je značaja izabrati najbolju strategiju krizne intervencije za svaki specifičan traumatski događaj, specifičnu populaciju pogođenu traumom, i implementirati tu strategiju u najadekvatnijem trenutku.

Određena istraživanja (Kessler et al., 1995, prema Mc.Nally, Bryant & Ehlers, 2003) dovode u pitanje neophodnost intervencije u krizi i ukazuju na činjenicu da se većina ljudi oporavi od simptoma traume nakon tri meseca, čak iako nisu bili podvrgnuti bilo kakvom tretmanu u sklopu intervencije u krizi. Ako im je dat izbor, samo 10% onih koji su preživeli traumu traži da razgovara o svom iskustvu sa nekim od pomagača (psiholog, psihijatar, socijalni radnik i sl.) (Rose et al., 2000, prema Mc.Nally, Bryant & Ehlers, 2003). Ako insistiramo da oni koji su preživeli traumu odmah nakon toga razgovaraju sa nekim o svojim razmišljanjima i emocijama tokom traumatskog događaja, to može povećati rizik od preplavljenosti traumatskim iskustvom i biti kontraproduktivno (Mc.Nally, Bryant & Ehlers, 2003).

Istorijski posmatrano, sam pojam „*krizne intervencije*“ prvi put je upotrebljen u Beču krajem 19. veka od strane „*Lambergerovog spasilačkog udruženja*“ (Lemberger Freiwilligen Rettungsgesellschaft), a početkom 20. veka u Londonu je osnovano „*Odeljenje protiv samoubistava*“ koje je bilo aktivno u pomaganju prevazilaženja suicidalnih kriza (Dattilio & Freeman, 2011). Tokom Prvog i Drugog svetskog rata psiholozi i psihijatri koji su bili raspoređeni u blizini bojišta susretali su se sa slučajevima „granatnog šoka“ ili „borbenog zamora“ kod pojedinih boraca i imali su zadatak da odgovarajućom intervencijom u toj kriznoj situaciji takve traumatizovane borce što hitnije učine ponovo sposobnim za borbu. U ratu u Vijetnamu primenjivana su ratna sredstva i metode ratovanja (napalm bombe, ratovanje u podzemnim tunelima, i sl.) koji su kod američkih boraca izazivali intenzivne stresne i traumatske reakcije, a kasnije vrlo često i posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), poznat kao „vijetnamski sindrom“. Zajed-

nička opservacija ratnih psihologa i psihijatara bila je da bavljenje krizom ubrzo nakon traumatskog događaja umnogome umanjuje posledice traume i omogućava vraćanje velikog broja vojnika u borbu umesto slanja na dugotrajna lečenja u pozadinske bolnice, sa veoma neizvesnim ishodom.

Krizne interevencije, u smislu postupaka koji se danas podrazumevaju pod tim, postulirane su radom dvojice psihologa, Geralda Kaplana i Eriha Lindemana. Oni su, nakon tragične nesreće u Bostonu (SAD) 1944. godine, kada je u požaru u noćnom klubu stradalo preko 400 osoba, sprovedi intervenciju u krizi sa stotinak preživelih i sa članovima porodica žrtava (Arambašić i sar., 2000).

Neki noviji primeri masovnih stradanja velikog broja ljudi, sa svim obeležjima krize, poput terorističkih napada u Njujorku 11. septembra 2001. godine, havarije nuklearne elektrane Fukušima u Japanu, marta 2011. godine, ili katastrofalnih poplava u Srbiji maja 2014. godine, ukazali su na permanentnost potrebe kreiranja specifičnih modela intervencija u krizi.

Stres, trauma i kriza, pojmovno određenje i razlike

Bez obzira na široku zastupljenost u svakodnevnom govoru, medijima i literaturi, pojam «*stres*» često se shvata ili upotrebljava pogrešno, najčešće poistovećivanjem stresa sa stresorom (ne-kim objektivnim događajem koji se dogodio u okruženju) ili sa unutrašnjim psihičkim stanjem nape-tosti i zabrinutosti. U stručnim krugovima opšte-prihvaćena je definicija stresa kao *celovitog biopsihosocijalnog odgovora organizma na delovanje stresora* koji remete njegovu ravnotežu (Nešić, 2005).

Istraživanja Koxa (Cox) i Mekeja (Mackey), a kasnije i Lazarusa i Mejsona (Mason), postuliraju tzv. *psihološki model stresa* (Obrenović, 2005) sa fokusom na psihosocijalnim činiocima kao izvorima stresnih i traumatskih iskustava i odnosom pojedinca sa okolinom. Upravo kognitivna obrada situacije od strane ličnosti i njen doživljaj te situacije kao potencijalno stresne ili traumatske opredeljuje prirodu i intenzitet reakcije pojedinca (Miljković, 2005).

Za prevazilaženje stresnih situacija i povratak na adekvatno funkcionisanje pojedinac razvija sopstvene lične strategije (*strategije prevladavanja* – aktivnosti koje imaju svoju svrhu i podrazumevaju svrsishodan napor) koje uključuju promenu stresora, prihvatanje situacije ili izbegavanje stresnih situacija, a univerzalnih recepata o najboljem načinu suočavanja sa stresom nema već je to rezultat međudejstva osobina ličnosti i karakteristika stresora (Arambašić i sar., 2000).

Istraživanja učestalosti traumatskih događaja u opštoj populaciji pokazuju da takvi događaji zapravo i nisu tako retki. Oko 60% muškaraca i 51% žena potvrđuje da je imalo bar jedan traumatski događaj u životu (Kessler et al, 1995, prema Grbeša, 1999). Sa stanovišta polnih razlika muškarci su češće žrtve traume ratovanja, fizičkog napada ili kidnapovanja, dok su žene češće izložene traumama kao posledice nasilja u porodici, silovanja ili seksualnog zlostavljanja, pogotovu u ranom životnom dobu (Grbeša, 1999). Prema pojedinim istraživanjima sprovedenim u Americi, postoji verovatnoća da će 90%

Amerikanaca tokom svog života biti izloženo nekoj vrsti traumatskog događaja, a 9% njih će razviti PTSP (Breslau et al., prema Everly, 2000). Iskustva sa naših prostora, recimo kod radnika MUP-a, govore da je policijski službenik u toku obavljanja radnih aktivnosti često direktan učesnik ili posmatrač nekog traumatskog događaja (na primer, saobraćajna nesreća, teža povreda opasna po život, povreda sa smrtnim ishodom, ubistvo ili samoubistvo, razni oblici nasilja u porodici, itd.). Znaci zakasnelog stresa usled doživljene traume mogu se javiti nedeljama i mesecima nakon traume. Ti znaci uključuju razdražljivost, povlačenje u sebe, pad produktivnosti, povećano odsustvo sa posla, zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, alkohola i sl. (detaljnije u: Veljković, 2014).

Izloženost traumatskom događaju podrazumeva:

- da je osoba doživela, bila svedok ili se suočila sa događajem koji je uključivao aktuelnu ili preteću smrt ili povredu, ili pretnju fizičkom integritetu sebe ili drugih;
- da je odgovor osobe uključivao intenzivan strah, bespomoćnost ili užas (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje Američke psihološke asocijacije (APA, DSM IV, 1995, prema Grbeša, 1999).

Neki istraživači govore o podeli trauma na one sa «velikim T»- događaji koje osoba opaža kao životno ugrožavajuće (fizički napadi, kidnapovanja, silovanje, prirodne katastrofe, borbena dejstva i sl.), i traume sa «malim t»- uznemirujuća iskustva koja se svakodnevno mogu dešavati, ali nisu životno ugrožavajuća (Šapiro, 2012).

Reakcije na traumatske događaje su neizbežne i univerzalne, kod svih ili kod ogromne većine ljudi. Element *bespomoćnosti* čini određeni događaj subjektivno potrebnim i traumatskim. Iznenadnost, silina i besmisao traumatskog događaja odgovorni su za to osećanje bespomoćnosti, pogotovu na početku traumatskog događaja. Dugoročnije, iz toga može proizaći potpuni gubitak vere i nade u budućnost, pesimizam, osećaj nesigurnosti u život, promene u sistemu vrednosti.

Već i samo poreklo reči *kriza* (grč. *Krisis*- odluka, odlučivanje) upućuje na to da kriza zahteva odluke koje se donose u određenom kritičnom trenutku. Tako Lengsli (Langsley et al., 1996, prema Arambašić i sar., 2000), definiše krizu kao kritičan događaj i reakcije koje slede nakon tog događaja. Različiti događaji mogu kod pojedinih osoba izazvati stanje krize a kod drugih će reakcija ostati na nivou stresne reakcije, neće dostići nivo krize kao psihičkog stanja. Neki autori o ovome govore kao o *pragu reagovanja i ranjivosti* koji može biti različit od osobe do osobe ali se može razlikovati i kod jedne iste osobe u odnosu na situaciju (Freeman & Simon, 1989, prema Dattilio & Freeman, 2011). Na ranjivost jedne osobe utiču činioci ranjivosti (umor, glad, teška bolest, hroničan bol, slaba kontrola impulsa itd). Činioci ranjivosti mogu imati učinak sabiranja ako istovremeno deluje više njih i njihov kumulativni učinak značajno može sniziti prag ranjivosti osobe na traumu i krizu.

Everly (2000) definiše krizu kao akutni odgovor na kritični događaj koji uključuje narušenu psihološku ravnotežu, nefunkcionisanje uobičajenih mehanizama prevladavanja stresa i očiglednu disfunkcionalnost osobe.

Bez obzira što je u osnovi svake krize kao psihološkog stanja događaj koji je za pojedinca bio visoko stresan ili čak traumatičan (tzv. «okidač krize») kriza ima svoje specifičnosti u odnosu na stresnu i traumatsku reakciju. Ona će svakako kod osobe iza-

zvati promenu slike o sopstvenoj neranji-vosti, a iznenadnost i besmisao traumatskog događaja direktno utiče na preispitivanje doživljaja sveta i života kao smislenog i razumljivog (Arambašić i sar., 2000).

Traumatski događaj je specifičan po osećaju *bespomoćnosti* koji se razvija, a u krizi dolazi i do *gubitka kontrole i unutrašnje ravnoteže* kod pojedinca i do *dezorganizacije ponašanja*, koja može biti neposredna, u određenoj situaciji, ili može trajati duži vremenski period. O *krizi* govorimo ako takva dezorganizacija traje od dve do šest nedelja i znatno otežava ili onemogućava funkcionisanje osobe. Osim značajnih promena u kognitivnom funkcionisanju kod osobe dolazi i do značajnih promena na emocionalnom planu. To se najpre ogleda u visokom nivou anksioznosti kod osobe u krizi, osećajem sopstvene krivice, tugom i bezvoljnošću. Iz takvog stanja može se razviti psihološka potreba za *porica-njem* i neverovanjem u realnost traumatskog događaja. Takva stanja često bivaju na kraju zamenjena *ljutnjom* «na nekog ili nešto» čemu se pripisuje krivica za nemio događaj pa na taj način osoba uspostavlja kakav-takav osećaj kontrole i bar delimično restrukturira svoje psihološko polje.

Smanjena sposobnost rešavanja problema tokom kriznih događaja, kad uobičajeni načini funkcionisanja ne odgovaraju trenutnim zahtevima situacije, u najtežim slučajevima može dovesti i do pojave kratkotrajnih reaktivnih psihoza, kada je kognitivna, emocionalna i ponašajna dezorganizacija ličnosti izraženija i uključuje izrazitu emocionalnu nestabilnost i krajnje nepredvidivo ponašanje. Svi navedeni oblici reakcija u *kriznim markeri krizne reakcije* - zahtevaju neku vrstu intervencije u krizi. Krizna intervencija usmerena je na psihološko razrešenje trenutne krize u životu pojedinca i na njegovo vraćanje barem na nivo funkcionisanja pre krize (Aguilera, 1990, prema Dattilio & Freeman, 2011).

Psihološke krizne intervencije

U kriznim situacijama i u stanju krize uobičajeni načini rešavanja problema ne funkcionišu a psihološki mehanizmi odbrane su oslabljeni. Psihološke krizne intervencije su u suštini preventivni postupci, nisu psihoterapijski postupci niti su zamena za njih. Everly, Lating i Mitchell (2005, prema Roberts & Everly, 2006) tvrde da je uspešna krizna intervencija samo jedan segment u procesu ukupnog zbrinjavanja koje sasvim sigurno treba da uključi i neku vrstu psihoterapije. Pomoću intervencija u krizi sprečavamo teže posledice koje traumatski događaj može imati po žrtve, ne zalazeći tog trenutka u dubinu opšteg psihičkog stanja osoba, njihovih psihičkih teškoća i doživljaja. Krizna intervencija je samo jedna tačka u procesu zbrinjavanja osoba pogođenih krizom (Lating & Mitchell, 2005, prema Roberts & Everly, 2006). Krizna intervencija je akutna psihološka podrška koja ima za cilj stabilizaciju simptoma disfunkcije i njihovu klasifikaciju kako bi se opredelili najadekvatniji i osobi najpotrebniji oblici psihološke pomoći (Everly, 2000). Tako dolazimo do uopštene definicije psiholoških kriznih intervencija kao *skupu postupaka pomoću kojih se ljudima pomaže da lakše prebrode ono što su doživeli* (Arambašić i sar., 2000). Glavni cilj je pomoći žrtvama da traumatski događaj integrišu u svoje životno iskustvo, reorganizuju se i nastave normalno da žive.

Želeći, pre svega da pomogne pripadnicima pomažućih i spasilačkih službi (policajcima, vatro-gascima i radnicima hitne pomoći), američki psiholog Džefri Mičel (Mitchell, 1983, 1988, Mitchell & Bray 1990, Mitchell & Everly, 1996, prema Dattilio & Freeman, 2011), kreirao je 3 postupka u okviru šireg konteksta psiholoških kriznih intervencija:

- *postupak rasterećenja* (engl. *defusing*) - sprovodi se pre odlaska sa mesta traumatskog događaja, obavlja se sa manjom grupom ljudi- pomagača, traje oko 20 minuta do sat vremena, sadrži faze uvoda, «istraživanja» i davanja informacija. Učesnici u slobodnom razgovoru, uz pomoć voditelja postupka, izražavaju svoje utiske i doživljaje povodom kriznog događaja, dok im voditelj daje osnovne informacije o stresu, traumi i traumatskim reakcijama, pomažući im tako da svoje reakcije prihvate kao uobičajene i normalne za takvu vrstu događaja.
- *postupak demobilizacije* - sprovodi se nakon traumatskih događaja koji imaju veći opseg i intenzitet pa samim tim dovode do krize većih razmera. Postupak traje desetak minuta, a učesnici pomagači se okupljaju odmah nakon kriznog događaja i voditelj postupka im govori o znacima stresa i traume i reakcijama koje će najverovatnije primetiti kod sebe sledećih nekoliko dana. Nakon kraćeg odmora od dvadesetak minuta pomagači se vraćaju kućama ili redovnom poslu (ne vraćaju se na mesto traumatskog događaja) a u međuvremenu im se daje informacija da će u narednih par dana biti organizovan postupak sažete psihološke integracije traume.
- *postupak sažete psihološke integracije traume* - strukturirani postupak vođenja razgovora namenjenog pospešivanju emocionalne obrade traumatskog iskustva (Mitchell & Everly, 1996, prema Dattilio & Freeman, 2011).

Roberts i Ottens (2005) definisali su svoj model intervencije u krizi koji obuhvata 7 etapa:

- 1) Temeljna biopsihosocijalna analiza stanja žrtava traume koja uključuje : evidentiranje potrebe za medicinskom negom, pretnju suicidom, rizik agresivnog ponašanja žrtve, aktuelne mehanizme prevladavanja stresa, eventualnu upotrebu psihoaktivnih supstanci.
- 2) Brzo uspostavljanje odnosa sa traumatizovanom osobom uz neutralni i neosuđujući stav, u cilju uspostavljanja mira i kontrole situacije.
- 3) Identifikacija dominantnih tema za traumatizovanu osobu.
- 4) Rad sa osećanjima i emocijama, uz aktivno slušanje i korišćenje ohrabrujućih izraza, refleksija i parafraziranja.
- 5) Istraživanje alternativa, mogućnosti za prevazilaženje trenutne situacije, uz identifikaciju ranijih uspešnih mehanizama .
- 6) Razvoj i formulisanje akcionog plana postupanja žrtve traume.
- 7) Implementacija plana, uz praćenje post-kriznog statusa osobe koja je preživela traumau.

Everly (2000) govori o pet principa kriznih intervencija, sa težištem na smanjenje rizika od sprovođenja prerane krizne intervencije. Navedenih pet principa su:

- 1) kao odgovor na značajan kritični događaj mobilisati tim za krizne intervencije ;
- 2) diferencirati simptome traume koji mogu usloviti nastanak PTSP-a;
- 3) sagledati potrebe pojedinaca u krizi i njihove kapacitete za krizni odgovor;
- 4) tajming za implementaciju krizne intervencije bazirati na psihološkoj spremnosti osoba kojima se pomaže, a ne na realnom protoku vremena . Rana krizna intervencija, u prvih 48h nakon traume, nije uvek adekvatna;
- 5) implementirati odgovarajući model intervencije (specifičan u odnosu na događaj i potrebe žrtava traume).

Iskustva u zemljama u kojima postoji razvijen sistem službi i timova za pružanje psihološke pomoći u kriznim situacijama pokazuje da se zahvaljujući ovoj aktivnosti:

- brže dolazi do oporavka i ponovnog uspostavljanja funkcionisanja zajednice;
- izbegavaju se dugotrajne psihičke posledice kod žrtava traumatskih događaja (PTSP);
- osobe pogođene traumom mnogo brže se vraćaju svakodnevnim aktivnostima;
- samim tim ostvaruje se značajna društvena korist i finansijske uštede jer manji broj zaposlenih odlazi na bolovanja i lečenje (Arambašić i sar., 2000).

Struktura jednog modela intervencije u krizi; postupak sažete psihološke integracije traume

Po mnogim svojim karakteristikama postupak sažete psihološke integracije traume, kao specifični grupni postupak u okviru kriznih intervencija, odslikava kognitivno - bihevioralni pristup kriznim intervencijama. Verbalizacija doživljaja, misli i stanja i pokazivanje osećanja vezanih za traumatski događaj pomaže ljudima da bolje procene bolne traumatske i posttraumatske reakcije i integrišu događaj u sopstveno životno iskustvo (Mitchell & Everly, 1996, prema Dattilio & Freeman, 2011). Na taj način sažeta psihološka integracija traume omogućava učesnicima postupka da na odgovarajući način shvate svoje stresne reakcije pre nego što učvrste pogrešna tumačenja događaja.

Postupak je namenjen različitim nivoima učesnika u kriznom i traumatskom događaju:

- primarni nivo (neposredne žrtve događaja);
- sekundarni nivo (očevici događaja i porodice žrtava); i
- tercijarni nivo (rodbina, prijatelji, saradnici na poslu, pripadnici spasilačkih službi i pomažućih profesija- policajci, vatrogasci, radnici hitne pomoći i sl.) (Arambašić i sar., 2000).

Postupak je organizacijski formalizovao (uključivši i iskustva drugih stručnjaka, npr. psihologa Rafaela (B. Raphael) i Robinsona (R. Robinson) iz Australije, Diregrou-

va (A. Dyregrov) iz Norveške, američki psiholog Džefri Mičel sa saradnicima počev od 80-tih godina prošlog veka (Mitchell, 1983, Mitchell & Bray 1990, Mitchell & Everly, 1996, prema Dattilio & Freeman, 2011). Bez obzira što je inicijalno kreiran za potrebe pomaganja pripadnicima spasilačkih službi postupak se vremenom počeo uspešno primenjivati u mnogim institucijama u društvu (npr. u školama, bankama-nakon oružanih pljački, fabrikama-nakon teških nesreća na radu, i sl.).

U osnovi, postupak podrazumeva strukturirano detaljno prorađivanje neke traumatske situacije uz usmeravanje na emocionalne, kognitivne i ponašajne reakcije učesnika, uz istovremeno stručno vođenje, edukaciju i informisanje o bitnim činjenicama iz područja stresa i traume. (Arambašić i sar., 2000). Osnovni ciljevi postupka pojednostavljeno se mogu predstaviti kao prevencija problema koje žrtve traume mogu imati u porodici, na poslu i u svakodnevnom životu, kao i prevencija težih postra-umatskih poremećaja. Sažeta psihološka integracija traume ne može pomoći da ne dođe do neprijatnih stresnih i traumatskih reakcija ali može pomoći u uviđanju i prihvatanju njihovih značenja («normalne reakcije na nenormalnu situaciju»), i pokretanju ka preduzimanju dodatnih akcija kako bi se žrtve tra-ume što pre vratile na nivo funkcionisanja pre traume.

Sažetu integraciju traume sprovode najmanje dva stručnjaka, a po potrebi i više njih, odnosno jedan voditelj postupka i nekoliko pomagača. Sprovođenje postupka, posebno za voditelja postupka, zahteva posedovanje stručnih znanja (o krizi, psihičkoj traumi, posttraumatskoj stresnoj reakciji, sindromu PTSP), veština, poznavanje grupne dinamike i postupaka za rad sa traumatizovanim osoba-ma (Dyregrov, 1989, prema Arambašić i sar., 2000). Voditelj postupka, u suštini, treba da potvrdi tj. prihvati osećanja pojedinaca učesnika postupka, da ne umanju njihov značaj ali da radi na menjanju referentnog okvira tih osećanja, da ih učesnici postepeno integrišu u svoje životno iskustvo. Njegov glavni zadatak je, zapravo: pružanje podrške, prihvatanje i razumevanje. Krizna situacija je veoma specifična u odnosu na svakodnevne životne situacije, koje mogu biti obeležene različitim problemima i stresnim situacijama, ali bez traumatskog događaja koji vodi u krizu. Zato i kriznim intervencijama, pri sprovođenju sažete psihološke integracije traume, pomagači koriste različite vrste tehnika i postupaka. Neki od njih su: emocionalna podrška, podsticanje emocionalnog rasterećenja, pokazivanje zainteresovanosti, empatija, aktivno slušanje, definisanje problema, davanje konkretnih informacija, postavljanje konkretnih zahteva u smeru prilagođenog ponašanja, i sl.

Voditelj je obično stručnjak iz oblasti duševnog zdravlja (psiholog, psihijatar, socijalni radnik i sl.), i nije poželjno da pripada krugu ugroženih traumom, a pomagači voditelja mogu biti iz tzv. pomažućih profesija (vatrogasci, policajci, radnici hitne medicinske pomoći i sl.) koji su tokom svoje profesionalne karijeri bili suočeni sa različitim kriznim situacijama. Postupak se može podeliti u tri faze: a) priprema; b) sprovođenje postupka; c) praćenje.

U fazi pripreme definiše se koga uključiti u postupak i kojim redosledom, u koje vreme sprovođiti postupak, gde sprovođiti postupak, koliko će trajati postupak, kolika će biti veličina grupe. Obično se postupak sažete psihološke integracije traume sprovodi po redosledu «krugova ugroženosti», najpre direktni učesnici traumatskog događaja,

zatim očevici i porodice, itd. Važno je da grupe budu homogene, da se npr. u istoj grupi ne pojave podređeni i pretpostavljeni iz jedne organizacije. Nije preporučljivo da se postupak sprovodi prvih 24 sata kako bi popustili psihološki odbrambeni mehanizmi i postupak bio efektivniji. U okviru prvih 24 sata može se koristiti postupak rasterećenja (engl. defusing). Idealno vreme je 1-3 dana nakon traumatskog događaja, a optimalno vreme je do 12 nedelja nakon događaja.

Postupak se sprovodi van mesta traumatskog događaja, u sigurnom prostoru za učesnike, u neutralnom okruženju. Najoptimalnija veličina grupe je 15-20 članova. Postupak traje u proseku 90 minuta, ali može i do 3-4 sata, zavisno od veličine i otvorenosti grupe, obuhvata i intenziteta traume, i sl. Postupak ima sedam faza koje su strukturirane tako da omogućavaju prelazak iz kognitivnog nivoa funkcionisanja osobe u emocionalni nivo i ponovni povratak na kognitivni nivo funkcionisanja:

1. Uvod (kognitivno područje) - voditelj postupka se predstavlja i postupno upozna učesnike sa načinom rada i ciljevima koje grupa treba da dostigne. Iznosi pravila susreta (uz mogućnost da učesnici usvoje i neka pravila koja sami predlože i zajednički ih usvoje). Ta pravila uključuju poverljivost, odsustvo kritike i vrednovanja tuđih izjava tokom govora, neophodnost da svi učestvuju u iznošenju činjenica, da kažu svoje ime i šta su radili, videli i čuli tokom događaja (to je pravilo u uvodu, kasnije nije jer učesnici govore kada žele i osećaju potrebu), svako govori za sebe - i preuzima odgovornost za rečeno, kao i da nema fotografisanja, telefoniranja, snimanja i vođenja beležaka tokom susreta. Veoma je važno da voditelj(i) susreta još tokom ove faze ispolje osobine dobrog voditelja grupnog rada: empatičnost, stručnost, zainteresovanost i spremnost za pružanje podrške učesnicima.

2. Faza činjenica (kognitivno područje) - suštinsko pitanje u ovoj fazi jeste «šta je bio vaš posao, šta ste radili tokom kriznog događaja.» Učesnici se predstave a zatim treba da kažu šta su radili, videli, čuli, tokom traumatskog događaja. Na taj način ponovo se oživljavaju detalji događaja što do-prinosi njegovom ukupnom boljem razumevanju.

3. Faza misli (kognitivno/emocionalno područje) - voditelji susreta u ovoj fazi obično pitaju učesnike «šta im je prolazilo kroz glavu tokom traumatskog događaja», pozivajući članove grupe da kažu svoju prvu misao koja im se pojavila tokom kriznog događaja, ima li misli koje su im se ne-prestano «vrtele po glavi» nakon kriznog događaja ili su još uvek prisutne. U ovoj fazi, obzirom da se radi o mislima koje mogu biti teške i opterećujuće i duboko ličnim sećanjima može se očekivati da će nekim učesnicima biti teško da o tome govore, a drugi mogu pokazivati agresivnost ili druge jake emocije koje voditelj susreta mora uspešno «apsorbovati». Zbog svega navedenog ova faza i predstavlja prelaznu fazu iz kognitivnog ka emocionalnom području.

4. Faza najteže pojedinosti (izvorno nazivana fazom reakcije), emocionalno područje - Voditelj susreta poziva učesnike da kažu šta im je bilo najteže, šta ih je najviše potreslo, koja pojedinost događaja izaziva najjači bol, koju pojedinost iz sećanja bi najradije izbrisali. Ova faza je obično praćena jakim emocijama učesnika susreta, a cilj je postići rasterećenje kroz razgovor. U ovoj fazi voditelj samo daje podršku ili interveniše zbog kršenja nekog pravila rada, a učesnici ne govore po redosledu već se javljaju po svojoj želji.

5. Faza simptoma/znakovi stresa i traume (emocionalno/kognitivno područje) - po završetku prethodne faze i tek kad više niko ne želi da govori o najtežim pojedinostima pristupa se ovoj fazi koja traje desetak minuta. Voditelj poziva učesnike da opišu misa-one, telesne, emocionalne i ponašajne znake stresa koje primećuju kod sebe sada, koje su osetili tokom kriznog događaja ili neposredno na-kon njega. Iznošenje tih sadržaja omogućava njihovu podelu i normalizaciju jer su oni ponekad zbu-njujući za učesnike i sa izuzetnim olakšanjem prihvataju saznanje da se pojavljuju i kod drugih učesnika (Dattilio & Freeman, 2011).

6. Faza podučavanja (kognitivno područje) - ona ima za cilj da učesnike na izvestan način udalji od emocionalno teških sadržaja kojima su se bavili tokom susreta. To je nastavak vraćanja na kognitivnu obradu informacija razmenjivanjem informacija o prirodi stresnih i traumatskih reakcija i fiziološkim i psihološkim reakcijama koje se mogu očekivati kao oubičajena reakcija na krizni doga-đaj. Poželjno je napomenuti učesnicima da postoji mogućnost da će se posle sažete psihološke integra-cije traume osećati nešto lošije, ali da će takvo osećanje proći i da će nastupiti rasterećenje.

7. Faza zaokruživanja (kognitivno područje) - to je završna faza, voditelj pojaš-njava ako je nešto ostalo nejasno, daje priliku učesnicima da postave pitanja, informiše ih gde će im i kada biti na raspolaganju za eventualne individualne razgovore, upućuje učesnike na neophodnost da još neko vre-me prate svoje reakcije i daje im preporuku da se jave u odgovarajuće stručne službe ako se budu osećali loše.

Praćenje učesnika postupka je poslednji segment, ali ne manje važan od drugih za ukupnu uspešnost postupka. Neophodno je pratiti kako se učesnici sažete integracije traume osećaju 7-10 dana nakon prvobitnog susreta. Tokom ponovnog susreta mogu se postavljati pitanja kao što su: „Kako vam je na poslu / u porodici“, „oseća li neko da ga naročito muči neki deo događaja“, „kako se osećate u slobodno vreme“, „šta bi vam olak-šalo podnošenje tog kritičnog događaja“ (Mitchell & Dyregrov, 1993, prema Arambašić i sar., 2000).

Posredna traumatizacija ili kako pomoći pomagačima

Uspešno i delotvorno pomaganje pomagačima verovatno je najbolji oblik kolegi-jalnog i interdi-sciplinarnog poštovanja (Miller, 1995, prema Dattilio & Freeman, 2011). Zaposleni u tzv. pomažućim profesijama (vatrogasci, radnici hitne medicinske pomoći, policajci, socijalni radnici, i sl.) i stručnjaci iz oblasti duševnog zdravlja (psiholozi, psi-hijatri) u osnovi svog posla imaju pomoć ljudima u situacijama kada im je teško, kad dožive težak stres, traumu ili zapadnu u krizu. Šta očekuje pomagače na terenu, prilikom sprovođenja kriznih intervencija? Odgovor je: malo ili nimalo kontrole nad situacijom, vrlo jake emocije, moguć otpor pojedinaca, nedostatak prostora i vremena. «One vidljive rane mogu i da zarastu, materijalna šteta se može nadoknaditi, ali često su baš one nevid-ljive, nematerijalne posledice nekog dela ono što žrtvu izuzetno dugo opterećuje» (op. cit. Rainer, 2011, str.194).

Učestvovanje u kriznim intervencijama je veoma težak, kompleksan i iscrpljujući posao koji i same „pomagače“ može dovesti u situaciju da im je potrebna pomoć. Učinci višegodišnjih terenskih kriznih intervencija, gde pomagači moraju delovati brzo u kratkom vremenu kako bi stabilizovali situaciju nad kojom često nemaju kontrolu, gomilaju se tokom godina rada i konstantna izloženost stresu kod pomagača može dovesti do sagorevanja na poslu, depresije i/ili napuštanja područja kriznih intervencija kao profesionalne delatnosti.

Pored navedenog, još jedan psihološki mehanizam deluje u situaciji stalnih interpersonalnih i socijalnih kontakata pomagača sa osobama koje su doživele nasilje, povređivanje, napuštenost, i sl. *Transfer* negativnih emocija, misli i raspoloženja traumatizovanih osoba dovodi i da *kontratransferne reakcije pomagača* kao ukupnog emocionalnog odnosa prema traumatizovanoj osobi. Nerazrešena po-tisnuta strahovanja, iskustva ili sećanja na sopstvene traumatske doživljaje iz prošlosti pomagača ukr-štaju se sa sadržajem koji transferiše traumatizovana osoba. Uspešno prevazilaženje neminovnog tra-nsferno-kointratransfernog odnosa podrazumeva osvešćenost pomagača, njegovu oslobođenost od vla-stitih problema u što većoj meri ,kako bi izbegao projektovanje svojih nerazrešenih konflikata na osobe kojima treba da pomogne. Ljudi kojima nedostaje kontrola nad sopstvenim emotivnim životom «biju neke svoje unutrašnje bitke» koje im umanjuju profesionalnu produktivnost kroz sniženu koncentraciju i neracionalno rasudjivanje (Goleman, 2005).

Krizni događaj na pomagača utiče za vreme trajanja samog događaja, neposredno nakon događaja i 6 nedelja ili više nakon događaja. Ta tri razdoblja karakterisana su reakcijama pomagača koje vode ili u stanje šoka, krize i neuspešne integracije traume koja će dovesti do otežanog profesionalnog funkcionisanja ili čak ozbiljnijih poremećaja kod pomagača, ili će voditi u drugom pravcu - ka razrešenju, integraciji traume, prihvatanje situacije i uspešnog ličnog i profesionalnog funkcionisanja. Pravac reakcije opredeljuje čitav niz faktora: težina i opseg traume, nivo odgovornosti koju pomagač oseća, profesionalno i lično iskustvo pomagača sa krizama, profesionalna podrška i ponašanje drugih kolega, uključenost medija, stavovi pretpostavljenih (Snelgrove, 1994, prema Arambašić i sar., 2000).

Kako bi pomagači zadržali odgovarajući profesionalni nivo funkcionisanja neophodno je da se i za njih organizuju intervencije u krizi i određena vrsta integracije traume koja će omogućiti normalizaciju reakcija, ventiliranje, i na kraju reintegraciju traumatskog događaja. Nekada će za uspešnu reintegraciju traume biti dovoljna grupna diskusija sa kolegama, razgovor rasterećenja, profesionalna podrška, a u određenim situacijama biće potrebno sprovesti i sažetu psihološku integraciju traume kao neku vrstu sekundarne intervencije koju će za pomagače voditi kolega stručnjak iz oblasti mentalnog zdravlja koji je bio van traumatskog događaja.

Obuka i edukacija svih onih koji sprovode kriznu intervenciju mora da sadrži elemente koji pojačavaju prevenciju eventualnih štetnih uticaja intervencije na „pomagače“. To podrazumeva postojanje empirijski validnih i potvrđenih protokola intervencije i odgovarajućih programa evaluacije procedura (Dziegielewski & Powers, 2005, prema Roberts & Everly, 2006).

Zaključak

Svrishodnost blagovremene i kvalitetno strukturirane intervencije u krizi potvrdila se u velikom broju slučajeva tokom vremena. Međutim, raznovrsnost i specifičnost kriznih situacija i personalizovanost reakcije pojedinaca u kriznoj situaciji istakla je važnost pažljivog biranja modela krizne intervencije koji će se primeniti. Činjenica je da se samo kod određenog broja ljudi nakon traumatskog događaja razvije PTSP, uprkos tome što većina ima početne simptome. Zato je suštinsko pitanje koju vrstu intervencije treba ponuditi kao profesionalnu pomoć, kome je treba ponuditi i kada je treba implementirati. Kritici je posebno podložna rana intervencije u krizi jer ima autora koji smatraju da insistiranje na razgovoru o mislima i osećanjima odmah nakon preživljene traume može biti kontraproduktivno jer povećava rizik od preplavljenosti tim iskustvom.

Model sažete psihološke integracije traume, kao jedan od brojnih koncepata intervencije u krizi, pruža osobama nakon izrazito stresnih i traumatskih iskustava, mogućnost da kroz iznošenje činjenica, misli, emocija i sećanja o događaju, integrišu traumu u svoje životno iskustvo i nastave normalan život. Dalje usavršavanje ovog i drugih modela moralo bi da uključi mehanizme empirijske validacije ukupne uspešnosti, kao i programe evaluacije procedura uključenih u model. Između ostalog to je neophodno i zbog činjenice da pojedini autori osporavaju neophodnost i značaj intervencije u krizi za oporavak osoba koje su preživele traumatsko iskustvo.

Svi oni koji intervenišu u kriznim situacijama potencijalne su žrtve posredne traumatizacije i često je i njima potrebna stručna pomoć. Stručna i kvalitetna obuka i konstantna edukacija onih koji su uključeni u krizne intervencije kao pomagači značajno može smanjiti efekte posredne traumatizacije, ali ih ne može potpuno eliminisati. Uprkos pomenutoj sumnji pojedinih istraživača u neophodnost i efikasnost kriznih intervencija, životna realnost ne isključuje mogućnost različitih vrsta nesreća i teških traumatskih događaja i kriza. Ta činjenica nameće potrebu da se na različitim nivoima društvenog funkcionisanja formiraju osposobljeni timovi za intervencije u krizi, uz razvijanje i unapređivanje modela kriznih intervencija za specifične društvene grupe i krizne situacije.

Literatura

- Arambašić, L., Ajduković, M., Vidović, V. (2000). *Psihološke krizne intervencije: psihološka prva pomoć nakon kriznih događaja*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- Dattilio, F., Freeman, A. (2011). *Kognitivno - bihevioralne strategije u kriznim Intervencijama*. Zagreb: Naklada Slap.
- Goleman, D. (2005). *Emocionalna inteligencija*. Beograd: Geopoetika.
- Grbeša, G. (1999). *Posttraumatski stresni poremećaj*. Šid: Grafosrem.
- Everly, G. S. (2000). Five Principles of Crisis Intervention: Reducing the Risk of Premature Crisis Intervention, *International Journal of Emergency Mental Health*, 2(1), 1-4.
- Miljković, S. (2005). Od stresa do psihosomatskih poremećaja, u: Nešić, M. (ur.) *Psihoneuroendokrinoimunologija stresa*, (199-211), Niš: Univerzitet u Nišu, Medicinski fakultet.

- Nešić, M. (2005). Psihoneuroendokrinologija stresa, u: Nešić, M. (ur.), *Psihoneuroendokrinološki aspekti stresa*, (23-43), Niš: Univerzitet u Nišu, Medicinski fakultet.
- Mc. Nally, R. J., Bryant, R. A., Ehlers, A. (2003). Does Early Psychological Intervention Promote Recovery From Posttraumatic Stress? , *Psychological Science in Public Interest*, 2, 45-79.
- Obrenović, J. (2005). Modeli stresa, u: Nešić, M. (ur.), *Psihoneuroendokrinološki aspekti stresa*, (11-22), Niš: Univerzitet u Nišu, Medicinski fakultet.
- Rainer, H. (2011). Pomoć žrtvama kao tema u obrazovanju policije- idejno nadmetanje: alternativni put u repetitorijum, *Bezbednost*, 1, 189-195.
- Roberts, A. R., Everly, G. S. Jr. (2006). A Meta-Analysis of 36 Crisis Intervention, *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6, 10-21.
- Roberts, A. R., Ottens, A. J. (2005). The Seven -Stage Crisis Intervention Model: A Road-Map to Goal Attainment, Problem Solving and Crisis Resolution, *Brief Treatment and Crisis* , 329-339.
- Šapiro, F. (2012). *EMDR Terapija reprociranjem - nova dimenzija psihoterapije*. N.Sad: Psihopolis institut.
- Špirić, Ž. (2008). *Ratna psihotrauma srpskih veterana*. Beograd: Udruženje boraca rata Republike Srbije.
- Veljković, B. (2014). Stres na radu- neophodnost kvalitetne procene rizika i kreiranja strategija prevencije za zaposlene u Ministarstvu unutrašnjih poslova Republike Srbije, *Bezbednost*, 2, 157- 172.

Bojan Veljković

CRISIS INTERVENTION –HELPING VICTIMS AND SUPPORTING PROFESSIONALS BY PSYCHOLOGICAL INTEGRATION OF TRAUMA

Abstract

Different kinds of traumatic cases might cause getting into crisis as a specific state which is characterized with feelings of helplessness, cognitive disorientation and changed behavior. Intensity and trauma volume and individual's personalized reaction, determines will the PTSD (posttraumatic stress disorder) be developed. Different models of crisis intervention able regaining control, psychological balance and individual's functionality in order to prevent for trauma victims and helpers as secondary traumatized to develop PTSP. Arguments about the real necessity and successfully of crisis psychological interventions, showed the need of empirical validation for protocols of crisis intervention and also improving programs for procedures evaluation.

Key words: trauma, crisis, crisis intervention, indirectly traumatization

