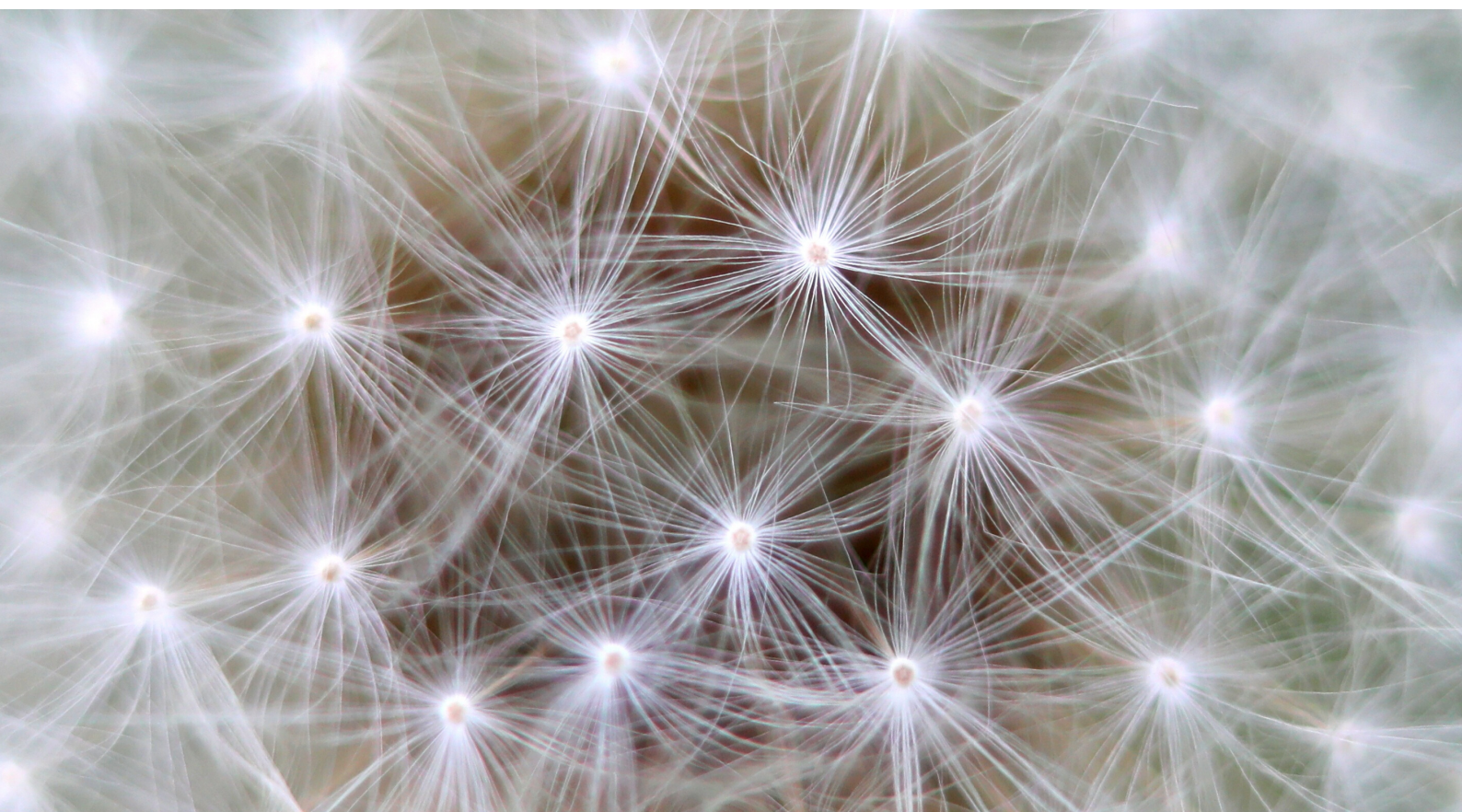


POVEZANI

Telefonsko i e-savjetovanje
u suočavanju s pandemijom COVID-19
i njenim posljedicama



Gordana Buljan Flander, Andreja Bogdan i suradnici

Gordana Buljan Flander, Andreja Bogdan i suradnici

Povezani

**Telefonsko i e-savjetovanje u suočavanju s
pandemijom COVID-19 i njezinim posljedicama**

Naziv djela: Povezani: Telefonsko i e-savjetovanje u suočavanju s pandemijom COVID-19 i njezinim posljedicama

Glavne urednice: Gordana Buljan Flander i Andreja Bogdan

Izvršne urednice: Tea Brezinščak i Ella Selak Bagarić

Autori (abecednim redoslijedom): Andreja Bogdan, Vlatka Boričević Maršanić, Tea Brezinščak, Gordana Buljan Flander, Mirna Čagalj Farkas, Renata Ćorić Špoljar, Tamara Gojković, Nada Kegalj, Anita Matijević, Igor Mikloušić, Živko Mišević, Bruna Profaca, Ella Selak Bagarić, Inge Vlašić-Cicvarić, Herman Vukušić, Zoran Zoričić

Recenzenti: prof. dr. sc. Predrag Zarevski i prof. prim. dr. sc. Igor Filipčić

Predgovor: doc. dr. sc. Vjekoslav Jeleč

Za izdavača: Hrvatska psihološka komora, Grad Zagreb, Gradski ured za zdravstvo i Poliklinika za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba

Za nakladnika: Andreja Bogdan, Hrvatska psihološka komora (tiskano izdanje, 300 primjeraka)

Grafičko oblikovanje: Tea Brezinščak

Oblikovanje naslovnice: Tea Brezinščak

Fotografije: Pixabay, Freepik, iStock, Canva

ISBN 978-953-7373-24-5

© Copyright Hrvatska psihološka komora, Grad Zagreb i Poliklinika za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba 2020. Dozvoljeno je slobodno korištenje, kopiranje i distribuiranje ovog priručnika za namjenu edukacije. Nije dozvoljena prodaja niti bilo kakvo drugačije komercijalno korištenje. Dozvoljeno je citiranje i prenošenje dijelova ili cijelih tekstova uz obavezno navođenje izvora i autora.

Gordana Buljan Flander, Andreja Bogdan i suradnici

Povezani

**Telefonsko i e-savjetovanje u suočavanju s
pandemijom COVID-19 i njezinim posljedicama**

Zagreb, 2020.

Prvo izdanje

Sadržaj

Predgovor

Doc. dr. sc. Vjekoslav Jeleč

Iz recenzija

Prof. dr. sc. Predrag Zarevski i prof. prim. dr. sc. Igor Filipčić

Uvod

Prof. dr. sc. Gordana Buljan Flander i Andreja Bogdan, klinički psiholog

I. Suočavanje s pandemijom:

Razumijevanje novog i nepoznatog, pronalaženje oslonca u poznatom

1. Psihološko značenje pandemije COVID-19 i put prema oporavku 19
Gordana Buljan Flander
2. Preporuke i smjernice za psihološke intervencije u krizi izazvanoj bolesti COVID-19 41
Igor Mikloušić
3. Pružanje psihološke podrške u krizi 57
Bruna Profaca
4. Telefonsko savjetovanje 69
Mirna Čagalj Farkas
5. Elektroničko savjetovanje 87
Mirna Čagalj Farkas

II. Svi smo u istoj oluji, ali ne i u istom čamcu:

Odgovaranje na potrebe klijenata u pandemiji COVID-19

6. Što je dobro imati na umu pri psihološkoj podršci oboljelima od COVID-19 101
Inge Vlašić-Cicvarić
7. Posebno izazovni pozivi: Specifičnosti komunikacije s osobama s mentalnim poremećajima 111
Vlatka Boričević Maršanić
8. Telefonsko savjetovanje osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem 127
Andreja Bogdan i Herman Vukušić
9. Smjernice za podršku osobama s problemom ovisnosti u doba COVID-a 137
Zoran Zoričić i Živko Mišević

10. Preporuke za telefonsko savjetovanje s djecom, roditeljima i učiteljima <i>Nada Kegelj</i>	143
---	-----

III. Iza zatvorenih vrata:

Zaštita od nasilja kao prioritet u pandemiji COVID-19

11. Nasilje u obitelji: Podrška i zaštita djeteta <i>Renata Ćorić Špoljar, Ella Selak Bagarić i Tea Brezinščak</i>	151
12. Prijavljivanje nasilja nad djecom kao preduvjet pravovremene reakcije sustava u zaštiti djece <i>Anita Matijević</i>	161
13. Ostvarivanje prava i usmjeravanje na resurse u zajednici <i>Tamara Gojković</i>	173

IV. Preživjeti i napredovati:

Temelji oporavka i rasta klijenata i pomagača

14. Izgradnja otpornosti: Prilika koja ne smije biti propuštena <i>Gordana Buljan Flander, Tea Brezinščak i Ella Selak Bagarić</i>	181
15. Briga o sebi: Sekundarna traumatizacija i sekundarna otpornost <i>Bruna Profaca</i>	203

V. U korak s novim spoznajama

16. Preporučeni izvori	215
○ AUTORIMA	220

Predgovor

Dani karantene, obilježeni neizvjesnosti, tjeskobom, boli i strahom, sasvim sigurno ulaze u naše kolektivno sjećanje, a psihološka kriza koja slijedi onu zdravstvenu, neminovno nas upozorava na nužnost hitnog pružanja pomoći i zaštite najranjivijima. Smisao ove knjige je višestruk; ona pruža sveobuhvatan prikaz COVID-19 ne samo kao zdravstvenog, već i kao socijalnog, intrapersonalnog, interpersonalnog, psihološkog izazova, odnosno, neupitno javnozdravstvenog problema naše današnjice.

Knjiga daje uvid u najnovije znanstvene i stručne spoznaje, potekle iz svjetskih istraživanja, ali i kliničkih bilježaka onih koji u dane karantene nisu bili u sigurnosti svojih domova, već na prvoj liniji pružanja psihološke pomoći. U fokusu ove knjige je čovjek i zaštita njegovog mentalnog zdravlja. U globalno nesigurnim vremenima poput ovih, objavljivanje knjige namijenjene kao pomoć pomagačima, jedan je od načina i za afirmaciju hrabrosti, nesebičnosti i mudrosti, koje su svi oni nezamjenjivi za očuvanje zdravlja i dobrobiti drugih pokazali u jeku pandemije. To je iskustvo koje nas bez presedana motivira, a vjerujem da će inspirirati i nove generacije stručnjaka, onih koji tek dolaze, kada iz ovih stranica budu učili i spremali se dati svoj doprinos struci u nekim budućim vremenima.

Posebno sam ponosan što je ova knjiga svima dostupna potpuno besplatno. Vjerujem da je upravo ovakva solidarnost, marljivost i predanost također jedan od važnih koraka ka suočavanju s teškoćama i jačanju otpornosti svih nas. Zato, kroz pomaganje drugima na njihovom putu ka zdravlju, vodimo računa i o našem – budimo jedni drugima podrška.

Hvala i čestitke svim autorima koji su doprinijeli izradi ove publikacije!

doc. dr. sc. Vjekoslav Jeleč

Iz recenzija

Bolest COVID-19, obilježena teškim akutnim respiratornim teškoćama i prvi put zabilježena u Wuhanu u prosincu 2019. godine, do danas se proširila na gotovo svaki kutak svijeta, utječući na pojedince, ali i kolektivno. Razvidno je da se učinci COVID-19 krize protežu daleko izvan široko zabilježenih učinaka na tjelesno zdravlje. Prijetnja bolesti i samo obolijevanje mogu značajno ugroziti i opće blagostanje, čime predstavljaju izazov za međunarodno javno zdravstvo, odnosno, na individualnoj razini, izazov psihološkoj otpornosti osobe.

Stručnjacima mentalnog zdravlja, osobito onima zaposlenim u sustavu zdravstva te na linijama psihološke pomoći, posebno je važno imati na umu da, prema podacima studija iz prethodnih epidemija, trećina pacijenata razvija posttraumatski stresni poremećaj. Stoga je nužno pripremiti se na slične stope kod oboljenih od COVID-a 19 te raditi na kontinuiranoj edukaciji, razmjeni iskustava i znanja među kolegama, razvoju vještina sukladno potrebama današnjice, kao i pratiti preporuke krovnih međunarodnih institucija te znanstvenih istraživanja, a sve kako bi se pogođenim osobama osigurala odgovarajuća kvaliteta pruženih usluga.

Pogledamo li iskustva različitih zemalja, vidjet ćemo kako su zdravstveni sustavi, pa tako i naš hrvatski, već učinili veliki iskorak u osiguravanju dostupnosti usluga pacijentima te su se orijentirali na telemedicinu i savjetodavne usluge pružene telefonskim, odnosno elektroničkim putem. Telemedicina može pomoći u prepoznavanju i preveniranju psihološke krize uslijed karantene i socijalnog distanciranja, a, ukoliko se učini pravovremena procjena moguće dekompenzacije pacijenata s prethodnim teškoćama te ih se uputi u nužnu obradu, i razvoj ozbiljnijih psihijatrijskih stanja. Naglasak je, sukladno međunarodnim preporukama, stavljen na kontinuitet skrbi i liječenja. Moramo se prilagoditi uvjetima života, „novog normalnog“ te iznaći načine za podršku, psihoedukaciju i krizne intervencije. Pritom, posebni naponi moraju biti usmjereni na ranjivu populaciju (primjerice, oboljele od COVID-19, djecu i žrtve nasilja, starije osobe, osobe s problemima ovisnosti i sl.).

Sve navedeno sistematizirano je kroz više od 200 stranica od strane praktičara različitih struka, čija je suradnja nezaobilazna u zaštiti mentalnog zdravlja, a koji su nesebično odlučili u vrijeme ovih osobnih i profesionalnih izazova drugim odlučili svojim kolegama pružiti podršku u zajedničkom pothvatu. Ova knjiga ostaje trajni trag znanja o mogućnostima telemedicine i psihološke pomoći u kriznim vremenima, kovan od strane onih na prvoj liniji fronte, koji će sasvim sigurno osigurati prednost u radu i nakon COVID-19 krize, zbog čega čvrsto vjerujem u njenu vrijednost kao potencijalnog udžbenika za psihologe i druge stručnjake mentalnog zdravlja u budućnosti.

Čestitke autorima!

prof. dr. sc. Predrag Zarevski

Pandemija koronavirusa ima snažan učinak na sve aspekte društva. Prožimajući izravni i neizravni, psihološki i socijalni učinci pandemije imaju utjecaj na trenutno, ali i buduće psihičko zdravlje, a dodatni utjecaj u gradu Zagrebu imaju i potresi koji su nas pogodili. Aktualna zdravstvena kriza te njezine psihološke posljedice predstavljaju izazov za cjelokupno društvo, a posebice za najvulnerabilnije skupine kao što su djeca, osobe s ranijim teškoćama mentalnog zdravlja i poviješću traumatskih iskustava, oboljelih i osoba u samoizolaciji, starijih osoba, roditelja i majki novorođenčadi, invalida, osoba u rizičnim zanimanjima, osoba koje su i ranije bile socijalno izolirane te izbjeglica.

Skupina recentnih autora je na potpuno originalan način pristupila temi pružanja psihološke pomoći i podrške ključne za globalni oporavak i jačanje otpornosti u zajednici putem digitalne i telefonske komunikacije, kao jedine moguće opcije u uvjetima globalne pandemije. Knjiga je iznad svega plod zalaganja i iskustva velikog broja autora koji su neposredno pružali psihološku pomoć tijekom ovog izuzetno izazovnog razdoblja te je vrlo pregledan i nadasve sadržajan prikaz svih relevantnih tema.

Knjiga će omogućiti da se i stručni krugovi i javnost upoznaju s ključnim temama i informacijama relevantnim za savjetodavni rad u aktualnoj zdravstvenoj krizi, vodeći posebno računa o specifičnostima i najrecentnijim empirijskim podacima koji su u

ovom trenutku dostupni. Biti će korisna svim pružateljima psihološke pomoći, ali i studentima medicine, psihologije i drugih fakulteta. Također će ga koristiti stručnjaci drugih profila, u prvom redu liječnici specijalisti i specijalizanti psihijatrije, klinički psiholozi, ali i socijalni radnici.

Pisana je znanstveno utemeljeno i argumentirano, ali isto tako pitko i zanimljivo, po ugledu na najsuvremenije udžbenike iz ovog područja. To znači da je tekst čitavo vrijeme vrlo sustavno organiziran i strukturiran, i to tako da se pojedine skupine sadržaja iznose po sličnom obrascu, što olakšava čitanje teksta i snalaženje u njemu. Ova je knjiga opsežno i sveobuhvatno djelo koje je napisano vrlo temeljito, kritički i promišljeno.

prof. prim. dr. sc. Igor Filipčić

Uvod

Prošlo je čitavo stoljeće od kada je svijet posljednji put doživio krizu sličnu onoj u kakvoj se sada nalazi. Iako se odvija globalno, ova zdravstvena kriza vrlo je osobna. Ona u središtu ima pojedinca i njegovo tjelesno i mentalno zdravlje, a time zahtijeva i pomoć usmjerenu na individualne potrebe. COVID-19 kriza za građane Zagreba dodatno je otežana potresima, koji su uslijedili mjerama koje su poručile *#ostanidoma*. U njima su neki dom izgubili, dok je drugima on prestao biti sigurnim mjestom.

Kada se osoba suočava s neizvjesnim vremenima, događaji koji su sada svakodnevnica mogu snažno doprinijeti osjećaju straha, izolacije i neizvjesnosti, ali i pojavi drugih emocionalnih stanja i reakcija. Mnogi ovih dana u potrazi su za resursima, onim unutar, ali i izvan nas samih, koji će im olakšati nošenje sa zahtjevima prilagodbe na nove okolnosti, izostankom uobičajene strukture dana, potencijalnim ili stvarnim gubitcima bliskih osoba, odnosa i stabilnosti te narušenosti obiteljskih odnosa uvjetovanoj stresnim okolnostima.

Potreba za pomoći posebice je izražena kod onih koji su najranjiviji – djece, osoba s ranijim teškoćama mentalnog zdravlja i poviješću traumatskih iskustava, oboljelih i osoba u samoizolaciji, starijih osoba, roditelja i majki novorođenčadi, invalida, osoba u rizičnim zanimanjima, osoba koje su i ranije bile socijalno izolirane, te izbjeglica.

Stres je evolucijski odgovor na prijetnju na koji svi reagiramo na različite načine. Ponekad ona može probuditi najbolje u nama, čemu smo u ovoj krizi već i svjedočili. U danima koji su i dalje ispred nas, na svima nama je odgovornost kako ćemo utjecati na pojedinca, zajednicu i društvo u cjelini, koristeći resurse i snage koje imamo. Doprinos stručnjaka mentalnog zdravlja, zajedno s naporima liječnika, epidemiologa i virologa, upravo kroz razumijevanje ljudskog ponašanja te pružanje psihološke pomoći i podrške, ključan je za globalni oporavak i jačanje otpornosti u zajednici. Svjesni smo rizika od dugoročnih posljedica po mentalno zdravlje koji mogu uslijediti, i zato moramo djelovati odmah, i to koordinirano, na način da pomoć bude

pravovremeno dostupna svima. Kroz pomaganje onima koji nas trebaju, gdje god se nalazili i u vrijeme kada zaista osjete potrebu, možemo smanjiti negativne učinke pandemije i pomoći vratiti nadu i sigurnost ljudima koji su pogođeni u krizi.

Kroz četiri cjeline koje su pred Vama, pokušali smo obuhvatiti ključne teme i informacije relevantne za savjetodavni rad u aktualnoj zdravstvenoj krizi, vodeći posebno računa o specifičnostima i relevantnim najrecentnijim empirijskim podacima koji su u ovom trenutku dostupni.

Prva se cjelina odnosi na suočavanje s pandemijom, pružajući nam jasan pregled recentnih znanstvenih spoznaja o onome što nam je u ovoj krizi do nedavno bilo novo i nepoznato te nas upućuje na pronalaženje oslonca u onome što je poznato. Čitatelja se upoznaje sa psihološkim značenjem pandemije COVID-19 i putanjama oporavka, te se predlažu preporuke i smjernice za organiziranje i pružanje psihološke podrške u aktualnoj krizi. U ovoj cjelini posebno je obrađena tema koja se tiče specifičnosti telefonskog i elektroničkog savjetovanja, koji su u ovim trenucima vrijedan, a ponekad i jedini način, dopiranja do onih kojima je podrška potrebna.

Druga cjelina usmjerena je na odgovaranje na specifične potrebe klijenata u pandemiji COVID-19. Kao što nas podsjeća ovih dana često spominjana izreka: „Svi smo u istoj oluji, ali ne i u istom čamcu“. Iako mnoge izazove dijelimo, različite osobe pogođene su na različit način i u različitoj mjeri. Stoga je nužno razumjeti i prepoznati individualne potrebe i prilagoditi naš pristup. Cjelina obuhvaća smjernice za pružanje psihološke podrške oboljelima od COVID-19, osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem i drugim mentalnim poremećajima, s problemom ovisnosti, ali i preporuke za savjetodavni rad s djecom, roditeljima i učiteljima.

Treća cjelina obuhvaća temu zaštite od nasilja u obitelji, koja se nametnula kao prioritet u pandemiji COVID-19, a u okviru koje se ukazuje na nužnost međusektorske suradnje, pravovremene reakcije sustava u zaštiti djece te informira o mogućnostima ostvarivanja prava i na resurse u zajednici.

Četvrta cjelina ukazuje na temelje oporavka i rasta klijenata i pomagača kroz izgradnju otpornosti i brigu o sebi. Spoznaje o otpornosti kojima danas obiluje znanstvena literatura podsjećaju nas da je njeno jačanje naša profesionalna, ali i mogli bismo reći i moralna odgovornost u ovim trenucima. Istovremeno, brinući o svojim klijentima, ne smijemo zaboraviti na brigu o sebi, koji pružajući im podršku zapravo s njima dijelimo brojne izazove.

U dodatku ove knjige, nastojali smo objediniti izvore informacija i materijala izrađene od strane relevantnih hrvatskih i međunarodnih organizacija, a koji su u ovim trenucima besplatni i javno dostupni.

U izradi ove knjige sudjelovali su istaknuti stručnjaci, naši uvažene kolegice i kolege, koji svakodnevno i izravno rade s rizičnim skupinama - i prije, a i za vrijeme ove zdravstvene krize. Zahvaljujemo svim autorima na spremnosti da podijele svoja znanja sa svima nama, te se nadamo da će ova publikacija pomoći u daljnjim izazovima i radu svima kojima je životni poziv – pomagati.

prof. dr. sc. Gordana Buljan Flander, klinička psihologinja i psihoterapeutkinja

Ravnateljica Poliklinike za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba

Andreja Bogdan, klinička psihologinja

Predsjednica Hrvatske psihološke komore



SUOČAVANJE S PANDEMIJOM

**Razumijevanje novog i nepoznatog,
pronalaženje oslonca u poznatom**



Psihološko značenje pandemije COVID-19 i put prema oporavku

Gordana Buljan Flander

Kao pojedinci i stručnjaci nalazimo se u situaciji punoj nepoznanica i neizvjesnosti, čije ćemo učinke u potpunosti razumjeti tek u budućnosti. Povijest zasigurno pamti druge pandemije, no ona s kojom se u ovom trenutku suočavamo u mnogim je aspektima jedinstvena i do sada nezabilježena. Situacija u kojoj se nalazimo kao pojedince nas suočava s našom ranjivošću. Kao stručnjaci suočeni smo s izazovnim zadacima predviđanja mogućih posljedica prisutne nestabilnosti i razvijanja novih modela podrške. Paradoksalno, one iste suvremene tehnologije za koje smo brinuli da nas udaljavaju jedne od drugih, sada su jedini način na koji možemo biti međusobno povezani, a da pritom ostanemo potpuno sigurni.

Što ovu krizu čini drugačijom? Za razliku od ranijih epidemija i pandemija, COVID-19 pogađa nas globalno i kolektivno. Uspoređujemo li aktualnu pandemiju s drugim krizama, poput ratova ili nepogoda, ističe se činjenica da je neprijatelj protiv kojeg se borimo nevidljiv - može se nalaziti svugdje, a mi nikada ne možemo biti sigurni koliko smo u određenom trenutku zaista ugroženi, što doprinosi neizvjesnosti. Naposljetku, ono s čime se mnogi najteže suočavaju - ne znamo koliko će ovo trajati, kada će biti otkriveni lijek ili cjepivo, niti kako će svijet izgledati kada prođe. Iako su mnoge ranije krize imale neke od ovih elemenata elemente, aktualna je pandemija prva koja objedinjuje sve njih.

Bez obzira na sve nepoznanice, postoje stvari na koje se u ovoj krizi možemo osloniti. Kao stručnjaci razumijemo stres, traumu i gubitak, značenje samoće i izolacije psihološku dobrobit, kako reagiramo i što se događa s našim odnosima kada se susrećemo s krizom te koje posljedice krize mogu imati za naše mentalno zdravlje. Istovremeno, razumijemo uspone i padove tijekom oporavka, znamo što ljude čini otpornima i kako to njegovati te koliko je važno u ovom procesu brinuti o sebi. Sve to su znanja koja su nam sada potrebna.

Cilj ovog teksta upravo je objediniti znanja iz ovih područja kako bismo prikazali psihološko značenje COVID-19 pandemije, njene potencijalne učinke na mentalno zdravlje, zakonitosti tijekom oporavka i načine na koje možemo njegovati otpornost.

PANDEMIJA KROZ PRIZMU STRESA I TRAUME

Utjecaj zdravstvene krize s kojom se suočavamo višestruk je. Osim ugroze koju ona donosi našem zdravlju, ugrožena je globalna ekonomija i izvjesno je da se svijet nalazi na pragu snažne financijske krize. Oba procesa ugrožavaju mentalno zdravlje pojedinaca i povećavaju rizik od nasilja spram ranjivih skupina, što nam je poznato iz ranijih kriza, a povećan rizik od nasilja nadalje produbljuje rizike za mentalno zdravlje.

Gledano kroz prizmu stresa i traume, COVID-19 nam trenutačno izmiče tlo pod nogama na tri načina:

- 1) **prolongirani, intenzivni stres:** promjene izazvane pandemijom izlažu nas brojnim stresorima uslijed čega doživljavamo stanje intenzivnog, produljenog stresa, za koji znamo da iscrpljuje naše psihološke rezerve i podiže rizik za javljanje niza teškoća i tjelesnog i mentalnog zdravlja

- 2) **potencijalna trauma:** određene pojedince pandemija suočava s potencijalno traumatizirajućim događanjima
- 3) **gubitak izvora podrške:** zbog potrebe za socijalnim distanciranjem gubimo izvore podrške na koje smo se ranije mogli osloniti (npr. cjeloviti kontakt s prijateljima i obitelji, izvore podrške roditeljstvu i mentalnom zdravlju).

Specifični stresori vezani uz COVID-19 pandemiju

Strah od obolijevanja

Strah od zaraze drugih

Izolacija

Neizvjesnost

Izostanak uobičajene strukture dana

Intenziviranje zahtjeva roditeljstva (uvjetovano dječjim reakcijama na stres i izolacijom)

Potreba za preuzimanjem novih uloga (npr. edukator, zaposlenik od kuće) i intenziviranje postojećih sukoba uloga

Potreba za organiziranjem alternative skrbi o djeci za trajanja mjera zatvaranja

Narušenost obiteljskih odnosa uvjetovana stresnim okolnostima

(Potencijalni) gubitak posla i financijske stabilnosti

Manjak (jasnih) informacija

Izloženost informacijama iz medija

Pojačan profesionalni stres zbog prirode zanimanja (npr. zdravstveni djelatnici, vozači...)

Praktične teškoće vezane uz ograničenja uvjetovana primjenom epidemioloških mjera

Aktualna situacija donosi niz specifičnih stresora (prikazanih u tablici *Specifični stresori vezani uz COVID-19 pandemiju*) čije je djelovanje udruženo s djelovanjem životnih stresora koje inače doživljavamo. Prisutnost opasnosti od zaraze i povezanih epidemioloških mjera s ciljem ublažavanja učinka COVID-19 pandemije značajno mijenjaju našu svakodnevicu. Poremećene su naše rutine, udaljeni smo od voljenih osoba, zabrinuti oko mogućih ili već prisutnih financijskih teškoća i gubitka posla, a situacija je posebno izazovna za roditelje. Izloženost visokim razinama stresa,

posebice kroz dulje periode, uz istovremeni gubitak izvora podrške, stavlja nas u stanje **krize**, o kojoj ćemo detaljno govoriti u idućem poglavlju.

Uz zaokupljenost odraslih egzistencijalnim brigama, dječje brige lako padaju u drugi plan. Ne treba zaboraviti da ova situacija teško pogađa brojnu djecu, čija je psihološka dobrobit zbog neizgrađenosti obrambenih mehanizama posebno ugrožena (molimo vidjeti tablicu *Specifični stresori vezani uz COVID-19 pandemiju za djecu*).

Specifični stresori vezani uz COVID-19 pandemiju za djecu

Strah od obolijevanja/smrtnosti sebe i bliskih osoba

Promjene dnevnih rutina izazvane mjerama socijalnog distanciranja

Gubitak kontakata s prijateljima, obitelji i drugim bliskim osobama

Gubitak kontakata s roditeljem s kojim ne žive

Ograničen kontakt s roditeljima koji su u rizičnim zanimanjima

Zahtjevi nastave na daljinu

Anksioznost vezana uz posljedice u tijeku obrazovanja (npr. akademske teškoće, upis srednje škole ili fakulteta)

Izloženost informacijama u medijima

Izloženost narušenim odnosima u obitelji

Neadekvatno roditeljsko postupanje uzrokovano ili ojačano stresnim okolnostima

Izloženost stresnim i traumatskim reakcijama osoba s kojima žive

Stresu su posebno izložene oboljele osobe i osobe u riziku od obolijevanja. Istraživanja ranijih epidemija i sadašnja iskustva upozoravaju da rizici s kojima se susreću sami oboljeli i osobe koje su s njima u kontaktu nadilaze zdravstvene rizike. Oboljeli, njihove obitelji, liječnici i drugi zdravstveni djelatnici u kontaktu s oboljelima izvještavaju o osjećaju stigmatiziranosti i odbačenosti (Bai i sur., 2004; Cava, Fay, Beanlands, McCay i Wignall, 2005; Inter-Agency Standing Committee, 2020; Lee, Chan, Chau, Kwok i Kleinman, 2005; Reynolds i sur., 2008; Rump, De Boer, Reis, Wassenberg i Van Steenbergen, 2017).

Može li COVID-19 biti izvor traume?

Stres koji donosi ova kriza za neke pojedince može poprimiti traumatske razmjere, što nam potvrđuju i aktualna istraživanja. Traumatski događaj uobičajeno se definira kao događaj izvan uobičajenog ljudskog iskustva, koji izaziva uznemirenost kod gotovo svih koji ga dožive, označava prijetnju za život ili zdravlje te izaziva intenzivan strah ili bespomoćnost (Gold, 2017). Najčešći odgovor na traumu je strah i anksioznost. Javljaju se smetnje spavanja, nesanica, slab apetit. Dolazi do pojave psihosomatskih bolesti. Može doći i do pojave posttraumatskog stresnog poremećaja koji se očituje u ponovnom proživljavanju traume, izbjegavanju podražaja koji podsjećaju na zlostavljanje, distraktibilnosti, noćnim morama, iritabilnosti (Buljan Flander i Ćosić, 2003).

Traumatski potencijal aktualne pandemije za pojedinca stoga prije svega ovisi o specifičnostima situacije u kojoj se nalazi i njenom psihološkom značenju za pojedinca, - uključuje li ona ozbiljnu prijetnju životu ili tjelesnom integritetu pojedinca ili drugih i stavlja li ga u poziciju bespomoćnosti.

Primjerice, osoba koja je zdrava, ne pripada nijednoj rizičnoj skupini, živi u zajednici u kojoj je niski broj zaraženih i ima mogućnost socijalnog (odnosno fizičkog) distanciranja, u značajno je manjem riziku od traumatizacije od:

- oboljele osobe suočene s teškim medicinskim intervencijama
- bliske prijateljice djevojčice poginule u potresu koji je pogodio Zagreb tijekom pandemije
- zdravstvene djelatnice koja mora birati kome će spašavati život
- osobe koja skrbi o tijelima preminulih u zajednici s visokom smrtnošću.

Ova četiri primjera ujedno prikazuju način na koji prema posljednjem, petom izdanju Dijagnostičko statističkog priručnika za mentalne bolesti (Američka psihijatrijska udruga, 2013) osoba može doživjeti traumatski događaj: osobno, svjedočiti traumatskom događaju drugih, saznati da se traumatski događaj dogodio bliskoj osobi ili biti ponovljeno izlagan averzivnim detaljima traumatskog događaja. Rizik od traumatizacije u ovom periodu pojačan je i zbog povećanog rizika od izloženosti obiteljskom nasilju, nasilju nad djecom i starijima.

Ranija trauma – rizik ili resurs?

Reakcije osoba koje su proživjele ranija traumatska iskustva mogu biti vrlo različite. Neke se u ovom periodu mogu činiti posebno osjetljivima, dok se za druge čini kao da izostaje reakcija kakvu bismo očekivali.

Ranija trauma kao rizični čimbenik → Za neke pojedince ranija trauma može predstavljati rizični čimbenik. Budući da je njihov organizam u stalnom stanju pretjerane pobuđenosti, usmjeren na traženje opasnosti u okolini, njihove reakcija mogu biti snažnije od očekivanih. Situacija za njih ponekad može biti toliko zastrašujuća da se priklanjanju naučenom mehanizmu disocijacije pa se čini da reakcija izostaje.

Ranija trauma kao resurs → Naučeni obrasci preživljavanja ili stečena otpornost isto tako mogu biti resurs. Npr. netko tko je prošao terapijski proces razumije da su njegove reakcije sada normalne reakcije na situaciju koja to nije i ima alate kako se s njima izboriti, što smanjuje vjerojatnost dugoročnih posljedica.

Neke osobe pojedini aspekti ove situacije mogu podsjetiti na ranija traumatska iskustva, što može dovesti do ponovnog javljanja ili intenziviranja postojećih simptoma, odnosno – **retraumatizacije** (Dallam, 2010; Duckworth i Follette, 2012). Primjerice, za nekoga tko je tijekom rata doživio izoliranost ili svjedočio smrti u medijima u ovoj situaciji može se pokrenuti se davno uspostavljeni traumatski krug reagiranja te osoba dublje tone u traumu.

Tretman koji uvažava traumu

U procesu savjetovanja važno je biti svjestan moguće traume klijenta, odnosno načina na koji ona može utjecati na sadašnje reakcije, uspostavu odnosa i na to kako osoba čuje i doživljava ono što govorimo. Različiti aspekti komunikacije sa savjetovateljem, koji osobu podsjetite na traumatsko iskustvo, pokreću spiralu tjelesnih reakcija i dovode do retraumatizacije. Tretman koji uvažava traumu (engl. *trauma informed*) uključuje:

- 1) **razumijevanje** uključenosti i utjecaja nasilja i viktimizacije na živote osoba uključenih u različite vidove zdravstvene podrške
- 2) **primjenu** tog razumijevanja u pružanju usluga i oblikovanju modela podrške.

Cilj ovakvog pristupa je **sprječavanje retraumatizacije i facilitiranja suradnje klijenta**, te se, kao takav, razlikuje se od tretmana specifičnog za traumu (engl. *trauma specific*), odnosno usmjerenog na traumu, čiji je cilj ublažiti njene posljedice (Butler, Critelli i Rinfrette, 2011).

Smjernice za rad temeljene na četiri temeljna principa tretmana koji uvažava traumu (prilagodba modela Butler, Critelli i Rinfrette (2011))

1. SIGURNOST "Hoćeš li me i ti povrijediti?"	2. POUZDANOST "Mogu li ti vjerovati?"
Posvetiti više vremena uspostavi odnosa	Objasniti zbivanja koja možemo predvidjeti
Osigurati i jasno komunicirati povjerljivost i anonimnost	Detektirati zbunjenost i razjasniti nejasnoće
Uvažiti moguću osjetljivost na osudu i odbijanje	Tražiti informirani pristanak („Voljela bih provjeriti s kolegicom koje su Vaše mogućnosti. Je li to u redu?“)
Pružiti razumijevanje, usmjeriti se na emocije, a ne postupke te pažljivo, svrhovito i pravovremeno konfrontirati	Postaviti primjerene profesionalne granice i ne obećavati ono što ne možemo ispuniti („Javit ću vam se sutra.“, „Neću nikome reći to što mi želite ispričati.“)
3. IZBOR I SURADNJA „Hoću li opet biti bespomoćan?“	4. OSNAŽIVANJE „Hoću li opet biti preslab da se izborim?“
Tretiranje pojedinca kao stručnjaka za svoj život	Istražiti strategije suočavanja i osobne snage koje su osobi pomogle u ranijim krizama
Poštivati različite načine i tempo suočavanja	Educirati osobu o tijeku očekivanih reakcija na sadašnje okolnosti
Naglašavati osobni izbor i usmjeravati na kontrolabilne aspekte situacije	Graditi realistični osjećaja nade i realni optimizam
Jasno komunicirati situacije u kojima mora biti prekršena povjerljivost	

PANDEMIJA KROZ PRIZMU GUBITKA

David Kessler (2020), stručnjak za tugovanje koji je razvijao model tugovanja s Elisabeth Kübler-Ross, nedavno je u intervjuu izjavio: „Svi se suočavamo s kolektivnim gubitkom svijeta kakvog smo poznavali. Svijet kakav smo poznavali je zauvijek nestao.“ Sadašnju situaciju usporedio je s američkim 11. rujnom, koji je trajno promijenio neke aspekte naše svakodnevice, kao što je održavanje sigurnosti zračnih luka.

U posljednjih mjesec dana doživjeli smo niz gubitaka i izvjesno je da se kao pojedinci i kao društvo nalazimo u procesu tugovanja. Promatrano kroz podjelu gubitaka koje donose stres i trauma Lidije Arambašić (2005) gubitke povezane s aktualnom pandemijom možemo svrstati u tri skupine:

- 1) **socijalni gubitci** (gubitci ljudi) - susreti i okupljanja s bliskim osobama, tjelesni kontakt, kontakti djece i roditelja, životi bliskih osoba
- 2) **gubitci apstraktnih stvari** - kontinuitet i predvidljivost, osjećaji sigurnosti i slobode, iluzija kontrole, planovi i ideje o budućnosti, zdravlje
- 3) **gubitci materijalnih vrijednosti** - financijska stabilnost, domovi oštećeni u potresu i „sve što je tamo ostalo“ (Arambašić, 2005, str. 30).

Uz gubitke koje smo doživjeli, suočeni smo i s prijetećim, odnosno anticipiranim gubitcima, čije nas iščekivanje ispunjava tjeskobom. Većina nas, naših članova obitelji i nama bliskih osoba još uvijek je zdrava, ali strepimo od obolijevanja. Strepimo od gubitka financijske stabilnosti, negativnih posljedica na tijek obrazovanja naše djece, narušavanja našeg mentalnog zdravlja, gubitka odnosa ili ponovnog intenziviranja pandemije. Živimo u stalnoj neizvjesnosti.

Tugovanje

Proces tugovanja Hall (2014, str. 7) definira kao „odgovor na gubitak u njegovoj punini, uključujući njegove tjelesne, emocionalne, kognitivne, ponašajne i duhovne manifestacije, te prirodnu i normalnu reakciju na gubitak“. Najpoznatiji i najčešće korišteni model tugovanja zasigurno je model Elisabeth Kübler-Ross i Davida Kesslera (2014), koji prepoznaje pet temeljnih faza tugovanja: *poricanje*, *ljutnju*, *cjenkanje*,

depresiju i prihvatanje. Često pogrešno shvaćen, ovaj model ne inzistira na linearnom tijeku procesa tugovanja, pa čak ni nužnosti postojanja svake faze. U knjizi „O tuzi i tugovanju“ autori modela pojašnjavaju da se pojedinac zapravo kreće između ovih reakcija, da ih ne mora doživjeti sve niti u određenom redoslijedu, a da njihovo trajanje u pojedinom javljanju može biti i vrlo kratko (Kübler-Ross i Kessler, 2014). Postojeći model Kessler 2019. godine upotpunjuje s posljednjom, šestom fazom, koja nam je poznata iz tretmana traume: *pronalaženjem značenja*.

Iako je model doživio niz kritika, zanimljiv je nalaz longitudinalne studije žalovanja na Sveučilištu Yale (Maciejewski, Zhang, Block i Prigerson, 2007), koji govori da, iako je dominantni pokazatelj tugovanja čežnja, pojedini emocionalni odgovori dosežu svoj vrhunac upravo kako fazni modeli predviđaju. U njihovom istraživanju nevjerica je dosegla najveće razine 1 mjesec, ljutnja 5 mjeseci, a depresivnost 6 mjeseci poslije gubitka, dok su razine prihvatanja rasle kroz čitav period od 24 mjeseci.

Prikaz faza tugovanja prema Kübler-Ross i Kessleru (2014)

PORICANJE: Stanje snažnog djelovanja obrambenih mehanizama koje omogućuje nošenje s preplavljujućom stvarnošću, a prepoznamo ga kao šok, nevjericu i emocionalnu otupjelost

LJUTNJA: Stanje emocionalne aktivacije u kojem se javlja ljutnja spram sebe, drugih, Boga ili sudbine, ispod koje se nalaze druge emocije (ljutnja okrenutu prema sebi prepoznamo kao krivnju)

CJENKANJE: Stanje zaokupljenosti razmišljanjem o onome što smo mogli učiniti ili sada možemo učiniti da spriječimo gubitak

DEPRESIVNOST: Stanje intenzivne tuge, potištenosti i bespomoćnosti

PRIHVAĆANJE: Prihvatanje realnosti u kojem onoga što je izgubljeno više nema i činjenice da je ona trajna

ZNAČENJE: Pronalaženje smisla, odnosno značenja u gubitku za osobu (ne treba pojednostavljeno shvaćati kao pronalaženje pozitivne strane)

Suvremeni pogled na tugovanje odmiče se od faznih modela, smatrajući da one ne mogu zahvatiti „kompleksnost, različitost i idiosinkratičnost iskustva tugovanja“ te naglašavajući manjak njihove empirijske podrške (Hall, 2014, str. 8). Jedna od

najutjecajnijih današnjih teorija tugovanja, primijenjivana i u kliničkom kontekstu, model je dualnog procesiranja u suočavanju s gubitkom (Stroebe i Schut, 1999; Stroebe i Schut, 2010; Stroebe i Schut, 2016).

Model predviđa da se pojedinac kreće, odnosno oscilira, između suočavanja s dvije skupine stresora, onima vezanim za procesuiranje samog gubitka (orijentacija na gubitak) i onima vezanim uz izgradnju života u kojem više ne postoji ono što je izgubljeno (orijentacija na obnovu) (Stroebe i Schut, 1999; Stroebe i Schut, 2010; Stroebe i Schut, 2016).

Primjerice, orijentacija na gubitak u kontekstu epidemije može uključivati tugu zbog gubitka osjećaja slobode, čežnju za kontaktom s bliskim osobama, tugovanje zbog gubitka bliske osobe koja je oboljela. S druge strane, u poziciji orijentacije na obnovu, osoba primjerice usmjerava svoj fokus na održavanje kontakta s bliskim osobama putem suvremenih tehnologija, pronalazi učinkovitije načine rada od kuće ili uključuje različite rituale brige o sebi u svoj dan. Zdravo suočavanje s gubitkom prema modelu uključuje osciliranje između opisane dvije orijentacije, dakle, između bavljenja samim gubitkom i odmicanja od njega (Stroebe i Schut, 1999; Stroebe i Schut, 2010; Stroebe i Schut, 2016).

Bez obzira na to kojem se modelu tugovanja priklonili, u nastojanju da razumijemo tugovanje kao proces važno je istaknuti sljedeće:

- 1) u svojoj srži proces tugovanja **nije patološki proces** – osim u iznimnim slučajevima, tugovanje ne zahtijeva podršku stručnjaka, ali stvara potrebu za podrškom okoline
- 2) proces tugovanja **duboko je individualan** - ne postoji jedan, jedini prihvatljivi put tugovanja, na proces tugovanja utječu naše osobine, okolnosti gubitka, razdoblje života u kojem se nalazimo te mnogi drugi čimbenici
- 3) proces tugovanja **prožima nas u cjelini** – gubitak možemo proživljavati na tjelesnoj, emocionalnoj, kognitivnoj, ponašajnoj i duhovnoj razini.

PSIHOLOŠKI UČINCI PANDEMIJE COVID-19

Istraživanja provedena za vrijeme ranijih epidemija i istraživanja koja su do sada provedena u zemljama u kojima je epidemija u uznapredovalim fazama, pokazuju

da postoji opasnost od potencijalno dugoročnih posljedica za psihološku dobrobit i mentalno zdravlje. Iako je rezultate ovih studija važno uzeti s oprezom, imajući na umu različite epidemiološke uvjete, specifičnosti zemalja u kojima su provođene i obuhvaćenih skupina, kao i specifičnosti COVID-19 pandemije, ovi nam nalazi daju vrijedni uvid u potencijalne učinke aktualne zdravstvene krize.

Hossain, Sultana i Purohit (2020) objedinili su nalaze osam sistematičnih pregleda istraživanja usmjerenih na povezanost mentalnog zdravlja i iskustva karantene i izolacije potaknutih mjerama zaštite od zaraznih bolesti (npr. MRSA, SARS, H1N1). Većina obuhvaćenih istraživanja provođena je u Sjedinjenim američkim državama, Ujedinjenom Kraljevstvu i Kanadi te je bila usmjerena na zdravstvene radnike. Zabilježeni ishodi povezani s iskustvom izolacije i karantene uključivali su niz emocionalnih, kognitivnih i ponašajnih promjena, od kojih su najčešće zabilježeni **anksioznost, depresivnost, ljutnja i iritabilnost** te **povišene razine stresa** (Hossain i sur., 2020).

Među osobama koje su bile izolirane također su zabilježeni akutni i posttraumatski stresni poremećaj, nesanica, strah, manjak samokontrole, narušena koncentracija i smanjena radna učinkovitost, kao i stigmatiziranost, percipirana socijalna isključenost i osjećaj zanemarenost, osjećaj krivnje i nisko samopoštovanje (Hossain i sur., 2020). Na planu ponašanja nalazi ukazuju na naglašeno pranje ruku zbog osjećaja prljavosti, izbjegavanje okupljanja koje perzistira i nakon perioda izolacije te povećan rizik od zloupotrebe alkohola (Hossain i sur., 2020).

Istraživanja provedena s vremenskim odmakom upućuju na mogući rizik od dugotrajnijih posljedica na mentalno zdravlje. Zdravstveni djelatnici s iskustvom izolacije i rada u rizičnim uvjetima bili su u povećanom riziku od visokih razina depresivnosti (Liu i sur., 2012) i simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja (Wu i sur., 2008), kao i zloupotrebe alkohola (Wu i sur., 2009) **tri godine poslije** epidemije SARS-a. Rizik za dugotrajnije teškoće među izoliranim zdravstvenim djelatnicima bio je povećan kod osoba s ranijim traumatskim iskustvima, višim percipiranim rizikom od obolijevanja (Liu i sur., 2012), radom u rizičnim uvjetima (Wu i sur., 2009; Wu i sur., 2008) te osobama kojima su oboljele bliske osobe (Wu i sur., 2009).

Sukladno ranijim nalazima, najveći broj istraživanja proveden tijekom aktualne pandemije bilježi povišene razine **anksioznosti**, a osobe u pogođenim zemljama suočavaju se i s povišenim razinama **depresivnosti**, **stresa**, **uznemirenosti i ogorčenosti te nižim razinama sreće i zadovoljstva životom** (Cao i sur., 2020; Guo i sur., 2020; Huang, Han, Luo, Ren i Zhou 2020; Li, Wang, Xue, Zhao i Zhu, 2020; Qian i sur., 2020; Qiu i sur., 2020; Tan i sur., 2020; Wang i sur., 2020; Zhu i sur., 2020). Većina ovih istraživanja provedena je u Kini, zemlji koja se do sada s pandemijom suočila u drugačijem opsegu i uvjetima od većine drugih, a istraživanja koja su trenutačno u tijeku pružit će detaljnije spoznaje o potrebama za podrškom mentalnom zdravlju u drugim zemljama.

Mentalno zdravlje u Hrvatskoj tijekom prve faze pandemije

Preliminarni podaci istraživanja Poliklinike za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba (2020), prikupljeni u periodu od 19. ožujka do 7. travnja, na temelju odgovora 1314 sudionika prosječne dobi od 32 godine (sd=12), pokazuju niske razine anksioznosti, depresivnosti i stresa, ali i veće opterećenje na istim skalama među osobama kojima je naložena mjera samoizolacije.

Do sada provedena istraživanja usmjerena na traumatizaciju izazvanu aktualnom zdravstvenom krizom ukazuju na mogućnost doživljavanja simptoma iz kruga **posttraumatskog stresnog poremećaja**. Međutim, s obzirom na različitu pogođenost pojedinih područja i različita iskustva pojedinih skupina, dobivene su vrlo različite razine njihove raširenosti. Prema sadašnjim podacima ona iznosi 7% u općoj populaciji (Liu i sur., 2020), 7,7% do 27,4% među zdravstvenim osobljem koje skrbi o oboljelima (Huang, Han, Luo, Ren i Zhou 2020; Tan i sur., 2020) pa sve do 96,2% među pacijentima otpuštenima iz improviziranih Fang Cang bolnicama u Wuhanu (Bo i sur., 2020), što potvrđuje da doživljavanje aktualnih okolnosti kao traumatskih nije univerzalno već ovisi o specifičnostima situacije u kojoj se pojedinac nalazi.

Budući da kriza s kojom smo suočeni još uvijek traje, kao i s obzirom na različite moguće putanje procesa oporavka nakon izloženosti traumatskom događaju, koji uključuje i moguće odgođene reakcije (Bonnano, 2004), možemo reći da je cjelovitu procjenu učinka aktualnih okolnosti na ljudsku psihi ipak potrebno još vremena.

Ranjive skupine

Do sada provedena istraživanja pokazuju da su određene skupine u većem riziku od teškoća mentalnog zdravlja. Najveći broj istraživanja kao rizičnije ističe žene, što se dijelom pripisuje i većoj opterećenosti zahtjevima brige o djeci. Ostali faktori rizika uključuju:

- povijest mentalnih bolesti
- ranije traumatsko iskustvo
- veći rizik od obolijevanja (osobe koje se procjenjuju podložnijima bolesti ili lošijeg zdravlja, osobe s kroničnim bolestima, zdravstveni djelatnici koji rade s oboljelima, migrantski radnici)
- zaraženost bliske osobe
- percipiranje bolesti kao teže
- dob (u najvećem su riziku mlade odrasle i starije osobe)
- više razine obrazovanja
- zabrinutost oko pouzdanosti dostupnih informacija
- doživljaj utjecaja na financijsku stabilnost, svakodnevicu i odgodu akademskih aktivnosti

(Cao i sur., 2020; Huang, Han, Luo, Ren i Zhou, 2020; Liu i sur., 2020; Qian i sur., 2020; Qiu i sur., 2020; Wang i sur., 2020; Wu i sur., 2009; Wu i sur., 2008; ; Zhu i sur., 2020).



U oblikovanju odgovora na potrebe stanovništva u kriznoj situaciji, za učinkovitu raspodjelu postojećih resursa ključno je identificirati ranjive skupine i osigurati im dostupnost psihološke pomoći. Imajući na umu sve do sada izneseno, kao i specifičnosti situacije u Hrvatskoj, čiji je glavni grad krajem ožujka pogođen teškim potresom, koji je oštetiio nekoliko bolnica i ostavio brojne obitelji bez domova, izdvajamo nekoliko takvih skupina (tablica *Skupine kojima je posebno važno učiniti dostupnom psihološku pomoć*). Naglašavamo da ovaj popis nije potpun te da u određenoj mjeri ovisi o specifičnostima pojedine zemlje.

Skupine kojima je posebno važno učiniti dostupnom psihološku pomoć

Oboljeli

Osobe u visokom riziku od obolijevanja

Osobe u samoizolaciji

Djeca

Starije osobe

Osobe s ranijim teškoćama mentalnog zdravlja

Osobe s poviješću traumatskih iskustava

Rodilje i majke novorođenčadi

Invalidi

Osobe u rizičnim zanimanjima, kao što su zdravstveni djelatnici, vozači (npr. kamiona, hitne službe, saniteta, taksisti) te izložena zanimanja (npr. trgovci, djelatnici pošte, dostavljači)

Osobe koje su i ranije bile socijalno izolirane

Migranti i izbjeglice

Osobe bez (sigurnog) mjesta za život

Žrtve obiteljskog nasilja

PUT PREMA OPORAVKU

Situacija u kojoj se nalazimo jedinstvena je, ali u nekim aspektima ipak bliska situacijama prirodnih ili djelovanjem ljudi uzrokovanih katastrofa. Zajednički elementi vidljivi su iz same definicije katastrofe kao „ozbiljnog remećenja funkcioniranja

zajednice ili društva koje uzrokuje raširene ljudske, materijalne, ekonomske ili okolišne gubitke koji nadilaze sposobnost pogođene zajednice da se suoči oslanjajući se na vlastite resurse“ (ReliefWeb, 2008, str. 22). Ono što aktualnu pandemiju razlikuje od događaja poput uragana ili potresa prije svega je duljina vremena kroz koje će nas ona pogađati, tijekom kojeg postoji i mogućnost ponovnih udara - povlačenja i ponovnog intenziviranja pandemije, a uslijed čega je nemoguće u potpunosti predvidjeti tijek oporavka pred nama. Međutim, svjesnost o pojedinim fazama tijekom oporavka ipak nam pruža određenu mogućnost psihološke pripreme i organiziranja odgovora na potrebe zajednice.

Tijek psiholoških reakcija na katastrofe opisan je u široko primjenjivanom teorijskom modelu Zunina i Myers (2000). Obrasci reagiranja, kao i trajanje pojedinih faza, ovisni su o nizu čimbenika, koji uključuju uzroke i opseg katastrofe, duljinu trajanja njenih učinaka i mogućnost ponovnog javljanja, osobnu pogođenost, kao i obilježja pojedinca i same zajednice (Webber i Mascari, 2018). Tipično se odvijaju se kroz šest temeljnih faza (DeWolfe 2000; Webber i Mascari, 2018; Zunin i Myers, 2000).

1. FAZA PRIJE KATASTROFE

Obilježena je strahom i neizvjesnošću, a reakcije zajednice ovisne su o vrsti događaja, odnosno postojanju upozorenja. U kontekstu COVID-19 pandemije, ova je faza bliska razdoblju u kojem naša zajednica još nije bila pogođena, ali smo promatrali njen učinak u drugim zemljama. Zajednice u kojima je pandemija nastupila naglo, bez upozorenja, mogu se suočiti s dodatnim osjećajem ranjivosti, gubitkom osjećaja sigurnosti i kontrole i strahom za budućnost, dok se u onima u kojima je postojalo upozorenje može pojaviti osjećaj krivnje jer u fazi prije udara nije poduzeto sve što je bilo moguće da bi se zajednice pripremile. U našoj zemlji ovu smo fazu mogli primijetiti po sklonosti mnogih pojedinaca stvaranju zaliha neposredno prije proglašenja karantene.

2. FAZA UDARA

Najkraća faza, obilježena nizom mogućih emocionalnih reakcija uključujući šok, zbunjenost, nevjericu, paniku te usmjerenošću na zaštitu sebe i obitelji. Katastrofe koje se odvijaju sporo, s manjim razinama prijetnje, dovode do drugačijih

emocionalnih reakcija od onih koje nastupaju naglo, što možemo vidjeti i u razlikama u reakcijama različitih zemalja ovisno o brzini porasta broja zaraženih. Ponovni porast broja zaraženih, odnosno drugi val, predstavljao bi novu fazu udara.

3. FAZA HEROJSTVA

Nakon naglog udara ili postupnog odvijanja katastrofalnih događanja, preživjeli doživljavaju navalu adrenalina i dio njih usmjerava svoje napore na spašavanje. Fazu obilježava visoka razina aktivnosti, ali niska razina učinkovitosti i ponekad narušena procjena rizika zbog utjecaja stresa. U kontekstu zbivanja u Hrvatskoj, ova je faza uključivala mnoge aktivnosti nakon proglašenja karantene, kao i nakon potresa u tom periodu, kao što su organiziranje dostave namirnica i obroka za starije građane ili podrška navijačkih skupina u podizanju improviziranih bolnica i premještanju inkubatora iz zgrade oštećene potresom.

4. FAZA MEDENOG MJESECA

Ova faza obilježena je velikom dostupnošću podrške i pomoći, rastućom socijalnom kohezijom zajednice i optimističnim očekivanjima o povratku na „normalno“, a tipično traje nekoliko tjedana. U našoj zemlji, ova faza može se povezati s periodom nakon uvođenja intenzivnih epidemioloških mjera, u kojem su uspostavljeni određeni mehanizmi praktične i psihološke podrške građanima i izgrađeno je povjerenje da krizni stožer uspješno upravlja situacijom. Njeno povlačenje moguće je već s ublažavanjem epidemioloških mjera, koje bi nas mogle suočiti s činjenicom da ne postoji „normalno“ kojem se možemo vratiti.

5. FAZA GUBITKA ILUZIJA

U fazi gubitka iluzija dolazi do velikog psihološkog preokreta te intenziviranja postojeće narušenosti psihološkog funkcioniranja, zbog čega je iz perspektive pomagača važno biti svjestan njenog dolaska. Obilježava je snažan osjećaj iscrpljenosti, obeshrabrenosti i intenziviranje procesa tugovanja, odnosno suočavanje s navalom emocija koje su bile u drugom planu – tuga, potištenost, krivnja, usamljenost, zahvalnost. Pojavljuje se jaz između potreba i dostupne podrške zbog čega se u nekim zajednicama može pojaviti osjećaj napuštenosti. Može trajati dulje

vrijeme, sve do nekoliko godina. Završava dolaskom do spoznaje da ništa ne može promijeniti ono što se dogodilo, ali da i dalje postoje pozitivni aspekti situacije i da možemo graditi „novo normalno“. U ovoj fazi intenziviraju se teškoće mentalnog zdravlja koje zahtijevaju podršku stručnjaka, a koji su u ranijim fazama bili usmjereni na prevenciju (Math, Nirmala, Moirangthem i Kumar, 2015).

6. FAZA REKONSTRUKCIJE

Dolazi do ponovne aktivacije pojedinaca i zajednica, koji preuzimaju odgovornost za ponovnu gradnju, ali ovaj puta na zreliji, staloženiji i promišljeniji način nego u fazi herojstva, koju ipak obilježava određena razina negiranja. Proces tugovanja se nastavlja i mogući su emocionalni padovi, ali su oni prolazni i ne narušavaju funkcioniranje u mjeri u kojoj to čine u ranijim fazama. S obzirom na različite razine djelovanja aktualne zdravstvene krize, u ovoj fazi suočit ćemo se i s posljedicama duboke financijske nestabilnosti, povećane potrebe za podrškom mentalnom zdravlju i njenim posljedicama na zaštitu ranjivih skupina od nasilja.



Graf 1. Faze reagiranja zajednice na katastrofe, temeljeno na Zunin i Myers (2000)

Pojedine prilagodbe opisanog modela (Institute for Collective Trauma and Growth, 2020) nakon faze obnove izdvajaju završnu fazu oporavka – fazu mudrijeg življenja ili „novog normalnog“, obilježenu uvidima na razini pojedinca i zajednice koji utječu na

daljnje življenje, a aktivnosti se mogu usmjeriti na pripremu za moguće buduće negativne događaje. Prisutno je shvaćanje da su događaji koji su se zbili trajno promijenili zajednicu, da je moguće iscjeljenje, ali da mogu ostati ožiljci.



Vrijeme u kojem se nalazimo ispunjeno je neizvjesnošću. Suočavamo se s nizom gubitaka i strahovima za budućnost, a svi znanstveni dosezi ne mogu nam odgovoriti na naša pitanja, od kojih je možda najveće – koliko će ovo trajati. No, sljedeće su stvari izvjesne - što god slijedi na našem putu, koliko god to promijenilo naše živote, mi znamo da posjedujemo kapacitet za oporavak, da je naša otpornost nešto što možemo negovati i da će, u konačnici, i ovo proći.

Literatura

1. Američka psihijatrijska udruga (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
2. Arambašić, L. (2005). *Gubitak, tugovanje, podrška*. Naklada Slap.
3. Bai, Y., Lin, C. C., Lin, C. Y., Chen, J. Y., Chue, C. M. i Chou, P. (2004). Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatric Services*, 55(9), 1055-1057.
4. Bo, H. X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., ... i Xiang, Y. T. (2020). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine*, 1-7.
5. Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American Psychologist*, 59(1), 20.
6. Buljan Flander, G. i Ćosić, I. (2003). Prepoznavanje i simptomatologija zlostavljanja i zanemarivanja djece. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 9(51), 122-124.
7. Butler, L. D., Critelli, F. M. i Rinfrette, E. S. (2011). Trauma-informed care and mental health. *Directions in Psychiatry*, 31(3), 197-212.
8. Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J. i Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*. 10.1016/j.psychres.2020.112934
9. Cava, M. A., Fay, K. E., Beanlands, H. J., McCay, E. A. i Wignall, R. (2005). The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public Health Nursing*, 22(5), 398-406.
10. Dallam, S. J. (2010). A model of the retraumatization process: a meta-synthesis of childhood sexual abuse survivors' experiences in healthcare (Doctoral dissertation, University of Kansas).
11. Duckworth, M. P. i Follette, V. M. (2012). *Retraumatization: Assessment, treatment, and prevention*. Routledge.
12. Gold, S. N. (2017). *APA Handbook of Trauma Psychology: Foundations in Knowledge, Vol. 1*. American Psychological Association.
13. Guo, J., Liao, L., Wang, B., Li, X., Guo, L., Tong, Z., ... i Gu, Y. (2020). Psychological Effects of COVID-19 on Hospital Staff: A National Cross-Sectional Survey of China Mainland. DOI: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3550050>
14. Hall, C. (2014). Bereavement theory: Recent developments in our understanding of grief and bereavement. *Bereavement Care*, 33(1), 7-12.
15. Hossain, M. M., Sultana, A. i Purohit, N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: A systematic umbrella review of the global evidence. Preuzeto s web adrese: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3561265>
16. Huang, J. Z., Han, M. F., Luo, T. D., Ren, A. K. i Zhou, X. P. (2020). Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Chinese Journal*

- of *Industrial Hygiene and Occupational Diseases*, 38. DOI: 10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063
17. Institute for Collective Trauma and Growth (2020). Phases of Disaster Response. Preuzeto s web stranice: <https://www.ictg.org/phases-of-disaster-response.html>
 18. Inter-Agency Standing Committee (2020). Interim Briefing Note Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak. Preuzeto s web stranice: <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing>
 19. Kessler, D. (2019). *Finding Meaning: The Sixth Stage of Grief*. Scribner.
 20. Kessler, D. i Brown, B. (2020, 21.3.). Unlocking us with Brené Brown: David Kessler and Brené on Grief and Finding Meaning [Video]. Preuzeto s: <https://brenebrown.com/podcast/david-kessler-and-brene-on-grief-and-finding-meaning/>
 21. Kubler-Ross, E. i Kessler, D. (2014). *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. Simon and Schuster.
 22. Lee, S., Chan, L. Y., Chau, A. M., Kwok, K. P. i Kleinman, A. (2005). The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens. *Social Science & Medicine*, 61(9), 2038-2046.
 23. Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N. i Zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active weibo users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2032.
 24. Liu, X., Kakade, M., Fuller, C. J., Fan, B., Fang, Y., Kong, J., ... i Wu, P. (2012). Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive Psychiatry*, 53(1), 15-23.
 25. Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D. i Prigerson, H. G. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *Jama*, 297(7), 716-723.
 26. Math, S. B., Nirmala, M. C., Moirangthem, S. i Kumar, N. C. (2015). Disaster management: mental health perspective. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(3), 261.
 27. Qian, M., Wu, Q., Wu, P., Hou, Z., Liang, Y., Cowling, B. J. i Yu, H. (2020). Psychological responses, behavioral changes and public perceptions during the early phase of the COVID-19 outbreak in China: a population based cross-sectional survey. *medRxiv*.
 28. Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B. i Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2).
 29. ReliefWeb (2008). *Glossary of Humanitarian Terms*. Preuzeto s web stranice: <https://www.who.int/hac/about/reliefweb-aug2008.pdf?ua=1>
 30. Reynolds, D. L., Garay, J. R., Deamond, S. L., Moran, M. K., Gold, W. i Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology & Infection*, 136(7), 997-1007.
 31. Rump, B., De Boer, M., Reis, R., Wassenberg, M. i Van Steenberghe, J. (2017). Signs of stigma and poor mental health among carriers of MRSA. *Journal of Hospital Infection*, 95(3), 268-274.

32. Stroebe, M. i Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 61(4), 273-289.
33. Stroebe, M. i Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224.
34. Stroebe, M. i Schut, H. (2016). Overload: A missing link in the dual process model?. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 74(1), 96-109.
35. Tan, B. Y., Chew, N. W., Lee, G. K., Jing, M., Goh, Y., Yeo, L. L., ...i Shanmugam, G. N. (2020). Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Annals of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.7326/M20-1083>
36. Webber, J. M. i Mascari, J. (2018). Disaster mental health counseling: A guide to preparing and responding. *American Counseling Association Foundation*.
37. Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., ... i Hoven, C. W. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 302-311.
38. Wu, P., Liu, X., Fang, Y., Fan, B., Fuller, C. J., Guan, Z., ... i Litvak, I. J. (2008). Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol & Alcoholism*, 43(6), 706-712.
39. Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. i Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729.
40. Zhu, Z., Xu, S., Wang, H., Liu, Z., Wu, J., Li, G., ... i Zhu, S. (2020). COVID-19 in Wuhan: Immediate Psychological Impact on 5062 Health Workers. *medRxiv*.
41. Myers, D. i Zunin, L. (2000). *Training manual for mental health and human service workers in major disasters*. Washington DC: US Government Printing Office.



Preporuke i smjernice za psihološke intervencije u krizi izazvanoj pandemijom bolesti COVID-19

Igor Mikloušić

Pandemija bolesti COVID-19 predstavlja do sad neviđen izazov za zdravstvene radnike i epidemiologe, ali jednako tako i za psihološku struku, koja pravilnim intervencijama može značajno smanjiti dugoročne negativne psihološke posljedice ove krize. Tehnologija će pritom odigrati ključnu ulogu u ovoj bitci za psihološku dobrobit i zdravlje; od boljeg protoka informacija među pružateljima psihološke pomoći do lociranja i raspoređivanja dostupnih resursa, informiranja javnosti o nužnosti brige za mentalno zdravlje, kao i praćenja širenja i posljedica epidemije. Učinkovitost svake javnozdravstvene odluke koju donesemo u ovom trenutku ovisi o tome koliko će doprijeti do svakog pojedinca u društvu, a naša pravovremena

reakcija bit će ključna za sprječavanje potencijalno dugoročnih negativnih posljedice ove krize na mentalno zdravlje i zdravlje općenito.

UČINCI PANDEMIJE COVID-19 NA MENTALNO ZDRAVLJE

Izazovi s kojima se suočavamo ovog trenutka su bez presedana. Ipak nedavno učinjena sveobuhvatna studija objavljena u *The Lancetu* (Brooks i sur., 2020) ukazuje da periodi produljene izolacije i karantene ostavljaju niz negativnih posljedica na ljude uključujući post-traumatski stresni poremećaj, zbunjenost i ljutnju. Duži periodi izolacije potenciraju strahove od zaraze i općenite strahove, frustraciju, dosadu i stres zbog nedostatka informiranosti, ne ubrajajući pritom egzistencijalne strahove zbog nedostatka temeljnih prihoda i financijskih gubitaka. Ovu psihološku krizu dodatno potencira odvojenost od voljenih, a veliki problem predstavlja i stigmatizacija oboljelih. Podatci ukazuju da su neki od ovih učinaka dugotrajni. Uz to, izolacija, kao i nadolazeća financijska kriza povećavaju vjerojatnost nasilja u obitelji, zloupotrebe droga i alkohola te suicida.

U proteklim mjesecima provedene su i prve studije o psihološkim učincima ove krize. Studija na temu negativnih psiholoških posljedica epidemije koronavirusa provedena na nacionalnom uzorku u Kini, koja je obuhvatila je 52730 ljudi iz 36 kineskih provincija procjenjivala je učestalost anksioznosti, depresije, fobija, kognitivnih promjena, promjena u društvenom okruženju i javljanje fizioloških simptoma (Qiu i sur., 2020). Istraživanje je otkrilo negativne psihološke posljedice krize na gotovo 35% populacije. Dodatna istraživanja su pokazala i kako izrazito velik psihološki danak ove pandemije osjeća starija populacija, prvenstveno zbog prirode bolesti COVID-19, ali i zbog ostalih rizičnih faktora vezanih uz ovu populaciju. Studija provedena na uzorku od preko 1500 osoba starijih od 60 godina u Kini pokazala je kako je 37.1% ispitanika doživjelo depresiju i anksioznost (Meng et al., 2020), a ovi simptomi su bili izraženiji kod ženskog dijela populacije. Ovaj nalaz je i očekivan s obzirom na to da saznanja do sada ukazuju kako je ženski dio populacije osjetljiviji na stres i učestalije razvija posttraumatski stresni poremećaj (Qiu et al., 2020).

Nadalje, studija provedena na 1074 građana Kine, od kojih je većina bila iz pokrajine Hubei koja je iskusila najgore posljedice epidemije koronavirusa, također je pokazala da su izolacija i ekonomska devastacija kod velikog broja ljudi uzrokovale

negativne psihološke posljedice (Ahmed i sur., 2020). Prvenstveno, zabilježena je povećana incidencija anksioznosti i depresije, smanjena psihološka dobrobit te štetna i prekomjerna potrošnja alkohola kod muškaraca. Važan nalaz ove studije jest da je iznimno narušeno bilo i mentalno zdravlje mlađih osoba između 21 i 40 godina.

Iako je ovaj koronavirus potencijalno smrtonosan prije svega za stariju populaciju, pretpostavlja se da je zbog veće izloženosti informacijama s društvenih mreža i zloupotrebe alkohola mlađa populacija imala veći rizik pogoršanja mentalnog zdravlja (Ahmed i sur., 2020). Studija provedena 3881 studenata iz pokrajine Guandong dodatno je ukazala na incidenciju anksioznosti i depresivnih simptoma kod gotovo četvrtine populacije (Chang, Yuan i Wang, 2020). Pritom su izloženost negativnim informacijama, sklonost pretjeranoj konzumaciji alkohola, ženski spol i prebivalište u ruralnim područjima bili dodatni čimbenici rizika kod javljanja ovih simptoma.

U trenutcima zdravstvene krize posebnu pažnju potrebno je posvetiti zdravstvenim djelatnicima, koji se suočavaju s povišenim rizikom od zaraze, povećanim opsegom posla te potrebom za dodatnim oprezom u interakciji sa svojim obiteljima. Studija provedena krajem siječnja i početkom veljače ove godine, na 1257 zdravstvenih radnika iz 34 bolnice u Kini, pokazala je da preko polovine ispitanih zdravstvenih djelatnika u Kini izvještava o depresivnim simptomima, a pojavljuju se i anksioznost, poremećaji spavanja i simptomi vezani uz stres (Lai i sur., 2020). Pritom se pokazalo da su pod većim rizikom medicinske sestre, žene općenito te djelatnici iz Wuhana koji je bio epicentar zaraze. Ove studije dobro odražavaju upozorenja upućena na početku pandemije od opasnosti javljanja negativnih psiholoških posljedice izazvanih dosadom, ljutnjom, strahom i usamljenosti uslijed karantene (Xiang i sur., 2020).

Negativni učinci karantene dodatno su potencirani kod osoba koje su oboljele od koronavirusa ili su već psihološki ugrožene zbog drugih bolesti ili nuspojava terapije tih bolesti. Osobe kod kojih je uspostavljena ili potvrđena sumnja na zarazu koronavirusom pod povećanim su rizikom od doživljaja straha, samoće, depresije, anksioznosti, nesanice i očaja, što može negativno djelovati na pridržavanje terapijskih uputa ili razvijanje opsesivno-kompulzivnih simptoma, a samoizolacija može dodatno utjecati na financijsku situaciju te izazvati stigmatizaciju i diskriminaciju u društvu (Brooks i sur., 2020; Shigemura i sur., 2020).

Informacije, dezinformacije i psihološka dobrobit

Ne smijemo podcijeniti niti psihološki štetan učinak vijesti koje potenciraju strah i nesigurnost (Bao i sur., 2020). Istraživanje Qiu i sur. (2020) identificiralo je koji su trenutci u progresiji pandemije i uz nju vezanih vijesti uzrokovali paniku u populaciji. Prva je bila potvrda transmisije bolesti s čovjeka na čovjeka krajem siječnja. Druga je bila implementacija stroge karantene uskoro nakon toga te naposljetku proglašavanje javnozdravstvene krize međunarodnih razmjera.

Uz navedeno, analizom sadržaja koji se dijelio na društvenim mrežama za vrijeme jeka pandemije u Kini te praćenjem sentimenta tih objava utvrđeno je da su najviše pažnje i brige kod ljudi izazivale vijesti o novooboljelima, izvještavanja s terena, vijesti o mjerama prevencije i kontrole širenja bolesti, interpretacije i diskusija stručnjaka o prirodi i izvorima infekcija kao i fokus na međunarodnu progresiju epidemije (Zhao i sur., 2020).

Ovo Istraživanje, provedeno na Sina Microblog platformi (poznatoj i kao Weibo) koja je najpopularnija društvena mreža u Kini, ukazalo je na potrebu jake prisutnosti javnozdravstvenih profesionalaca na društvenim mrežama. Naime, dok se društvene mreže mogu koristiti za pravovremeno informiranje o simptomima, preventivnim mjerama i relevantnim javno znanstvenim intervencijama od strane stručnjaka javnog zdravstva, one su također prostor na kojemu se učinkovito šire dezinformacije i lažne vijesti koje mogu izazvati strah ili primjerice uzrokovati nepridržavanje propisanih mjera.

ODGOVOR NA PSIHOLOŠKU KRIZU IZAZVANU PANDEMIJOM:

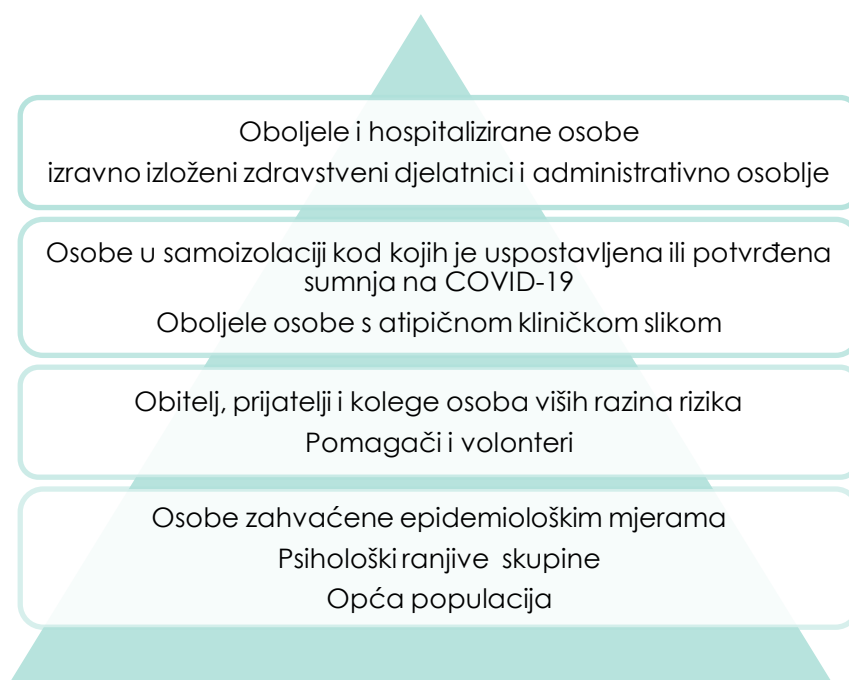
ŠTO MOŽEMO NAUČITI OD DRUGIH ZEMALJA?

Kina je pravovremeno prepoznala psihološku krizu koja se dogodila paralelno sa širenjem bolesti COVID-19 i uz nju vezanih restriktivnih mjera te je kineska nacionalna zdravstvena komisija integrirala krizne psihološke intervencije u paket generalnih mjera borbe i prevencije širenja bolesti COVID-19. Politika brige za mentalno zdravlje uslijed COVID-19 krize usmjerila se na tri ključne točke (Li i sur., 2020):

- 1) razumijevanje mentalnog stanja različitih populacija pogođenih COVID-19 krizom

- 2) identificiranje osoba koje su visokorizične u pogledu suicida i agresije
- 3) pružanje primjerenih psiholoških intervencija i usluga onima kojima su one potrebne

Temeljem rizika vezanih uz COVID-19 epidemiju identificirane su četiri razine populacije na koje je potrebno usmjeriti psihološke intervencije (Li i sur., 2020). Prva razina uključuje osobe od najvećeg rizika razvijanja negativnih psiholoških simptoma poput hospitaliziranih pacijenata s potvrđenom dijagnozom COVID-19, pacijenata u teškom fizičkom stanju, te izravno izloženih zdravstvenih radnika i administrativnog osoblja. Druga razina su samoizolirani pacijenti za koje se sumnja ili je potvrđena zaraza i oni s atipičnim simptomima. Treća razina su osobe bliske osobama koje pripadaju u prve dvije razine, poput obitelji, prijatelja ili kolega, te osobe koje su aktivne u pomagačkim i volonterskim djelatnostima u borbi s koronavirusom, ali nisu u izravnom kontaktu s oboljelim pacijentima. Naposljetku tu je četvrta razina koja uključuje osobe zahvaćene epidemiološkim mjerama, psihološki ranjivije skupine te opću populaciju.



Grafički prikaz 1. Četiri razine ciljnih populacija za psihološke intervencije (prema Li i sur., 2020)

Kineska središnja zdravstvena institucija sukladno tome je krajem siječnja izdala smjernice za hitne psihološke krizne intervencije uslijed COVID-19 epidemije. Sukladno smjernicama, provođenje politike vezane uz krizne psihološke intervencije delegirano

je stručnjacima mentalnog zdravlja, kroz stvaranje stručnih timova na razini provincija. Ti su timovi preuzimali odgovornost za psihološke intervencije i uz njih vezane aktivnosti. Nacionalne asocijacije i akademska udruženja vezana uz psihologiju i mentalno zdravlje bila su zadužena za implementiranje preporuka središnje zdravstvene institucije, uspostavu stručnih timova, organiziranje savjetodavnih aktivnosti, publikaciju smjernica i priručnika za stručnjake mentalnog zdravlja te koordiniranje aktivnosti s ostatkom zdravstvenih djelatnika i organizacija.

Kineska nacionalna zdravstvena komisija je publicirala smjernice za nošenje s novim koronavirusom za rizične populacije uključujući starije, djecu, adolescente, trudnice te djelatnike u zdravstvu. Uz to, djelatnici mentalnog zdravlja u koordiniranoj su akciji kreirali i objavljivali video uratke za generalnu populaciju na WeChatu i ostalim internet platformama od samog početka krize (Li i sur., 2020). U svrhu borbe s negativnim posljedicama izolacije uspostavljeni su brojni telefoni za podršku, ali i kanali grupnog online savjetovanja pa čak i savjetovanje unutar WeChat platforme, vrlo nalik WhatsApp ili Viber aplikacijama koje koristimo u Europi.



Uz navedeno, WeChat platforma, korištena je kako bi se učinkovito provodila istraživanja i ankete vezane uz epidemiju COVID-19 te je od veljače provedeno preko 70 istraživanja vezanih uz mentalno zdravlje u različitim provincijama i obuhvaćajući različite populacije, uključujući i zdravstvene radnike, pružajući aktualne i vrijedne podatke o psihološkom stanju populacije (Liu i sur., 2020). Nadalje, WeChat, ranije spomenuti Weibo, pa čak i društvene mreže poput TikTok-a, korištene su kao komunikacijski kanali kroz koje se provodila edukacija o mentalnom zdravlju, a u vrlo kratko roku publicirane i mnogobrojne knjige i vodiči za psihološku pomoć i samopomoć koje su se u elektronskom obliku slobodno distribuirale u javnosti (Liu i sur., 2020).

Kineska nacionalna komisija za zdravstvo uspostavila je smjernice za krizne psihološke intervencije, koje promoviraju online platforme kao alternative savjetovanje licem u lice i dostupne su 24 sata na dan. Implementirani su brojni programi umjetne inteligencije, poput *Tree Holes Rescue*, koji su prateći komunikaciju na društvenim mrežama učinkovito prepoznavali osobe koje su bile u riziku od suicida te kontaktirali stručnjake i volontere kako bi mogli pravodobno intervenirati (Liu i sur., 2020). Ovakvi oblici *online* psihološke pomoći pokazali su se iznimno vrijednima u unaprjeđenju pružanje psihološke prve pomoći.

Nedostaci koje su nakon same krize uočili bile su nedostatak koordinacije između pružatelja psihološke podrške te nesklonost ljudi da se uključe u programe koji su im bili omogućeni, posebice kod zdravstvenih djelatnika. Ahmed i sur (2020) primjećuju kako velik dio kineske populacije i danas smatra traženje psihološke pomoći tabuom, iako je potreba za podrškom u kriznim situacijama poput epidemije sasvim opravdana i očekivana, te urgiraju na učinkovitije mobiliziranje internetskih platformi od strane kineske vlade kako bi se učinkovitije borili s tim predrasudama.

Iskustva iz Kine nadalje upućuju da se dosadašnji sustavi i metode pružanja savjetovanja i djelovanja uslijed psihološke krize trebaju dodatno poboljšavati i uključivati edukacije psihološkog zdravlja kroz tradicionalne medije, ali i nove komunikacijske tehnologije kako bi bile prihvatljivije širem broju ljudi (Meng i sur., 2020). Ovo je posebice važno kod kriza ove vrste gdje u ranim stadijima pandemije nismo raspolagali s podacima o prirodi same bolesti, raspoloživim tretmanima niti smrtnosti same bolesti što je dodatno potenciralo strah u populaciji (Ahmed i sur., 2020).

ODGOVOR NA PSIHOLOŠKU KRIZU IZAZVANU PANDEMIJOM: ČEMU NAS UČI VLASTITO ISKUSTVO?

U Hrvatskoj smo o pravodobnim i učinkovitim intervencijama mogli mnogo naučiti iz prijašnjih kriznih situacija, kao što je bio Domovinski rat, za što je izvjesno da je doprinijelo aktivaciji dostupnih resursa i za vrijeme ove krize. Prvenstveno, to su spoznaje o važnosti pravodobne i pravilne psihološke pomoći u obliku psihoedukacije o poremećajima, simptomima i ponašanju uslijed doživljenog stresa, koje podižu razinu znanja kod osoba pogođenih krizom i imaju zaštitnu ulogu u razvijanju posttraumatskog stresnog poremećaja (Kozarić-Kovačić, Kovačić i Rukavina, 2007).

Opće preporuke za ophođenje u periodima karantene ili izolacije temeljene na znanstvenim istraživanjima su (Brooks i sur., 2020):

- osiguravanje što više informacija od strane stručnjaka javnog zdravstva vezanih uz razloge karantene kao i uključenih rizika
- smanjivanje dosade kroz poticanje održavanja socijalnih kontakata s prijateljima i obitelji kroz korištenje tehnologije
- uspostavljanje telefonskih linija za pomoć kao i telefonske linije i kanala za komunikaciju za zdravstvenim djelatnicima kako bi osobe mogle komunicirati svoju zabrinutost vezanu uz simptome i progresiju bolesti.

Ovi parametri su u Hrvatskoj u velikoj mjeri bili zadovoljeni pravodobnom reakcijom stručnjaka mentalnog zdravlja, i to prvenstveno:

- ✓ **produciranjem i online distribucijom informativnih publikacija** (i.e. Brezinščak, 2020; Bubić, 2020; HPK, 2020), **članaka i infografika** za opću populaciju
- ✓ **uspostavom linija za psihološku pomoć** - mreže telefona za psihološku pomoć od strane Hrvatske psihološke komore i telefonskih linija za psihološku Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Nacionalnog zavoda za javno zdravstvo Andrija Štampar, Crvenog križa i drugih vezanih institucija
- ✓ **osiguravanjem dostupnosti pouzdanih i nedvosmislenih informacija** - kroz profesionalno vođene press konferencije kriznog stožera civilne zaštite, pravovremenu uspostavu mrežne stranice koronavirus.hr te stvaranjem

digitalnog asistenta uz pomoć kojega su se građani mogli informirati i ozbiljnosti simptoma i koracima za traženje zdravstvene i psihološke potpore

- ✓ **osiguravanjem dostupnosti edukacija i savjetovanja** koristeći komunikacijske platforme poput Zooma i Skypea od strane psihologa koji djeluju kroz udruge ili u privatnom sektoru.

PREPORUKE ZA OSMIŠLJAVANJE MODELA UČINKOVITE, USMJERENE I DOSTUPNE PSIHOLOŠKE PODRŠKE

Uz naša iskustva, ali i s podacima Kine koja se prva suočila s pandemijom (i.e. Duan, L., i Zhu, G. 2020), možemo bolje procijeniti na koje načine se tehnologija može koristiti kako bi pravovremeno doprli do što više onih kojima je pomoć najpotrebnija, ali i prepoznati poboljšanja koja možemo implementirati kako bi se spremnije suočili s nadolazećom ekonomskom krizom te mogućim povratkom ove bolesti. Prvenstveno, pravovremena dostupnost psihološke potpore uslijed tjeskobe i depresije izazvane strahom i izolacijom pokazala se važnom ne samo u sprječavanju psihološke deterioracije populacije već i u uspostavi mjera koje su zaustavile nekontrolirano širenje ove bolesti. Telefonsko savjetovanje i online usluge mentalnog zdravlja korištene u COVID-19 krizi podigle su pritom kvalitetu i učinkovitost intervencija javnog zdravstva.

U nastavku su navedene neke preporuke za uspješnije nošenje sa psihološkom krizom izazvanom pandemijom bolesti COVID-19 dostupne iz iskustava i studija učinjenih do sada.

1. UČINKOVITO KOMUNICIRANJE O POTREBI BRIGE ZA PSIHOLOŠKO ZDRAVLJE

Komunikacija putem medija, društvenih mreža i stvaranja edukativnih pisanih i video sadržaja o važnosti psihološkog zdravlja na nacionalnoj razini potrebna je kako bi se destigmatiziralo traženje psihološke pomoći i stvorila podloga za dopiranje javnozdravstvenih intervencija do što šire populacije (Meng i sur., 2020). Educiranje javnosti o psihološkom zdravlju ne djeluje samo na povećanje percepcije prihvatljivosti traženja psihološke pomoći, već nas i osnažuje pružajući alate potrebne da razumijemo i lakše prebrodimo izazove s kojima se susrećemo. Ova dostupnost

medicinskih i psiholoških resursa te usluga javnog zdravstva treba se sustavno unaprjeđivati u skladu s najnovijim spoznajama vezanim uz učinke i posljedice krize izazvane koronavirusom (Qiu i sur, 2020).

2. PRILAGODBA NA NOVE TEHNOLOGIJE

Priroda bolesti COVID-19 značajno je ograničila komunikaciju licem u lice, kako pacijenata s liječnicima, tako i klijenata sa savjetovateljima i stručnjacima mentalnog zdravlja. Time je dodatno ukazala na potrebu što ranije prilagodbe na protokole telemedicine, čija je implementacija već započeta u nizu aspekata zdravstva. Ovakav prijelaz na potpuno novi medij zahtijeva prilagodbu ne samo pacijenata, klijenata, savjetodavaca i terapeuta, već i pravnih okvira i regulative.

Neki od prijedloga učinkovitog prelaska na telemedicinu uključuju stvaranje strategije za ubrzano definiranje telemedicinskih protokola, kao što su kliničke smjernice, standardizirani automatizirani upitnici za trijažu te sustav praćenja pacijenata s ciljem reagiranja na novonastale krize. Također potrebna je edukacija stručnjaka mentalnog zdravlja o prijelazu na telekonzultacije, kao i stvaranje komunikacijske strategije koja će javnost upoznati i educirati o tom obliku traženja podrške i interakcije sa stručnjacima mentalnog zdravlja (Ohannessian, Duong, i Odone, 2020). Naposljetku, moguće je raditi na implementaciji sustava umjetne inteligencije za učinkovito identificiranje rizičnih slučajeva kako bi se pravovremeno pružila potrebna pomoć i učinkovitije usmjeravali dostupni resursi.

3. KOORDINIRANJE DOSTUPNIH RESURSA I STVARANJE NACIONALNE STRATEGIJE BRIGE ZA MENTALNO ZDRAVLJE

Poučeni iskustvima iz Kine, Qiu i suradnici (2020) zagovaraju strateško planiranje i koordinaciju psihološke prve pomoći na nacionalnoj razini. Jednom kad je uspostavljen, ovaj sustav bi trebao reagirati kod svih vrsta kriza. Strateško planiranje bi trebalo biti usmjereno kako na ublažavanje posljedica, tako i na prevenciju izbijanja samih kriza, uz epidemiološki *monitoring*, *screening* i pravovremene ciljane intervencije kako bi se spriječilo širenje negativnih psiholoških učinaka koje prate pojavu same bolesti. Također se preporučuje stvaranje multidisciplinarnih timova

(psiholozi, psihijatri, etc.) za mentalno zdravlje od strane relevantnih institucija usmjerenih prema pružanju potpore rizičnim skupinama (Xiang i sur, 2020).

4. IDENTIFICIRANJE I SKRB ZA KRITIČNE SKUPINE

Na isti način na koji se pokazalo da su određene dobne skupine rizične po pitanju ozbiljnosti zaraze koronavirusom, danas znamo i da postoje demografski prediktori negativnih psiholoških ishoda vezanih uz pandemiju COVID-19. Pojačanu pažnju potrebno je usmjeriti na stariju, ali i mlađu populaciju. Negativnim psihološkim posljedicama ove krize izloženije su žene, ali i druge skupine poput migranata tj. migrantskih radnika (Qiu i sur, 2020), niže obrazovane populacije, samaca ili osoba s poremećajima spavanja i povijesti psihičkih bolesti (Ahmed i sur., 2020). Posebnu pažnju potrebno je posvetiti i djelatnicima u zdravstvu, ako je moguće kroz zasebne intervencije koje promiču psihološku dobrobit djelatnika izravno izloženih koronavirusu (Lai i sur., 2020).

Naposljetku, specijalizirani programi psihološke pomoći moraju biti usmjereni ka oboljelima od bolesti COVID-19. Jasna komunikacija o planu liječenja, napretku



bolesti te zdravstvenom statusu pacijenta nužna je za same pacijente, kao i za njihove obitelji (Xiang i sur, 2020). Za sve navedene skupine, posebice one u bolničkom sustavu, potrebno je uvesti redovne *screening* procedure za depresiju, anksioznost i suicidalnost (Xiang i sur, 2020). Istraživanja su pokazala kako i nakon otpuštanja iz bolnica ove osobe razvijaju anksioznost, depresiju i posttraumatske simptome (Ahmed i sur., 2020). Za oboljele, njihove obitelji, ali i opću populaciju potrebno je poticati psihološko online savjetovanje, koje bi bilo dostupno i putem najčešće korištenih aplikacija za pametne telefone, kao oblik psihološke prve pomoći i način za pružanje podrške kod stresnih perioda poput samoizolacije (Xiang i sur, 2020).

SMJERNICE ZA BUDUĆNOST

Izazovi koji se pred nas danas postavljaju jesu dugoročne negativne psihološke posljedice i mentalno-zdravstvene krize izazvane bolesti COVID-19, te uz nju vezanog straha, izolacije i ekonomske krize koja slijedi. Usprkos iznimnoj reakciji relevantnih institucija, ovoga trenutka možemo prepoznati prostor za optimizaciju trenutačnih modela psihološke pomoći da dopru do većeg broja korisnika, prvenstveno kroz stvaranje centraliziranog sustava pružanja pomoći i koordinacije samih pružatelja usluga.

Ovakva inicijativa bi pomogla kod učinkovitijeg iskorištavanja raspršenost psiholoških kapaciteta u javnom i privatnom sektoru te ubrzala utilizaciju svih dostupnih kanala za pružanje psihološke pomoći (telefoni, individualna i grupna online savjetovanja kroz platforme za online komunikaciju poput Zooma, WhatsAppa, Vibera) i informiranje javnosti (poput Facebooka, Instagrama, TikToka, YouTubea). Time bi ujedno i olakšali napore za destigmatiziranje traženja psihološke pomoći. Osobama koje sada osjećaju ili će tek osjećati negativne posljedice ove krize, u stanju psihičke iscrpljenosti pronalazak povjerljivih izvora pomoći bit će znatno otežan, a stigma vezana uz traženje psihološke pomoći može ih navesti da zanemaruju resurse koji su im dostupni. Tako moguća javno zdravstvena kriza i njene posljedice na društvo se produbljuju.

Prijedlozi smjernica za budućnost uključuju:

- usuglašavanje aktivnosti organizacija i institucija koje se bave pružanjem psihološke pomoći kroz definiranje protokola, provođenje edukativnih modula i raspoređivanja savjetodavnih kapaciteta
- koordiniranje, certificiranje i organiziranje psihološkog kadra vezano za navedenu tematiku
- korištenje inovativnih *evidence based* modela psihološkog savjetovanja i stvaranje relevantnih edukativnih sadržaja komunikacijski prilagođenih ciljnim skupinama
- stvaranje mreže psihološke pomoći na nacionalnoj razini s ciljem podrške oporavku i promicanja mentalnog zdravlja
- uspostava unificirane, učinkovite, svima dostupne i efikasno komunicirane platforme za pružanje psihološke pomoći i informiranje o problemima koje ova situacija nameće, te normalizacija traženja psihološke pomoći i pružanje rješenja za uspostavu normalnog psihološkog funkcioniranja
- angažiranje medija, agencija za marketinško komuniciranje i tehnoloških agencija za uspostavu platforme i komunikacijske strategije za educiranje o dostupnoj psihološkoj pomoći na razini Republike Hrvatske.

Iako je karantena (za sada) iza nas, duži periodi izolacije će se vjerojatno nastaviti barem za dio populacije koji će se zaraziti koronavirusom u budućnosti, a još nije isključeno niti da će nas ponovljeni scenarij dostići i više puta do razvijanja cjepiva. Stoga je nužno da u budućnosti ne izgubimo prednost koju smo stvorili dosadašnjim intervencijama te da implementiranjem preporuka i spoznaja koje imamo sada stvorimo još učinkovitije protokole za suočavanje s krizama koje su pred nama.

Literatura

1. Ahmed, M. Z., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L. i Ahmad, A. (2020). Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian Journal of Psychiatry*, 102092.
2. Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J. i Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395(10224), e37-e38.
3. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. i Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
4. Brezinščak, T. (2020). *Kartice za kišne dane (i socijalno distanciranje)*. Poliklinika za zaštitu djece i mladih grada Zagreba. Zagreb, Hrvatska. Preuzeto s https://www.poliklinika-djeca.hr/wp-content/uploads/2020/04/Kartice_Za_Kis%E2%95%A0%C3%AEne_Dane_HR.pdf. Na dan 05.05.2020.
5. Bubić, A. (2020). *Kako se nositi sa situacijom prouzrokovanom pandemijom koronavirusne bolesti (COVID-19)?*. Andreja Bubić Psihološki aspekti kriznih situacija i savjeti za lakše nošenje s njima. Naklada slap. Jastrebarsko, Hrvatska. Preuzeto s <http://www.nakladaslap.com/public/docs/knjige/ostanidoma-covid-19.pdf>. Na dan 05.05.2020
6. Chang, J., Yuan, Y. i Wang, D. (2020). Mental health status and its influencing factors among college students during the epidemic of COVID-19. *Nan fang yi ke da xue xue bao= Journal of Southern Medical University*, 40(2), 171.
7. Duan, L. i Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302.
8. Hrvatska Psihološka Komora (2020). Koronavirus i mentalno zdravlje: psihološki aspekti, savjeti i preporuke. Preuzeto sa http://www.psiholoska-komora.hr/static/documents/HPK-Koronavirus_i_mentalno_zdravlje.pdf. Na dan 05.05.2020
9. Kozarić Kovačić, D., Kovačić, Z. i Rukavina, L. (2007). Posttraumatski stresni poremećaj. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 13(71), 102-106.
10. Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... i Tan, H. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976-e203976.

11. Li, W., Yang, Y., Liu, Z. H., Zhao, Y. J., Zhang, Q., Zhang, L., ... i Xiang, Y. T. (2020). Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *International journal of biological sciences*, 16(10), 1732.
12. Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y. T., Liu, Z., Hu, S., i Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e17-e18.
13. Ohannessian, R., Duong, T. A. i Odone, A. (2020). Global telemedicine implementation and integration within health systems to fight the COVID-19 pandemic: a call to action. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), e18810.
14. Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B. i Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2).
15. Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M. i Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(4), 281.
16. Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T. i Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-229.
17. Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T. i Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-229.
18. Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T. i Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-229.
19. Zhao, Y., Cheng, S., Yu, X. i Xu, H. (2020). Chinese Public's Attention to the COVID-19 Epidemic on Social Media: Observational Descriptive Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(5), e18825.



Pružanje psihološke podrške u krizi

Bruna Profaca

Da bismo se usmjerili na podršku pojedincima u krizi, važno je na samom početku definirati ključne pojmove - što kriza jest, razlikuje li se stanje psihološke krize od stresa i traume te kakvi događaji dovode do stanja krize. **Stres** se definira kao sklop emocionalnih, tjelesnih i ponašajnih reakcija do kojih dolazi kad neki događaj procijenimo opasnim ili uznemirujućim (Arambašić, 1996). Dakle, kad smo pod stresom to prepoznavamo svojim:

- emocionalnim reakcijama (npr. tuga, strah, ljutnja ili promjene raspoloženja),
- tjelesnim reakcijama (npr. bolovi u prsima, leđima, glavobolje, umor)
- misaonim reakcijama (npr. zamišljenost, odsutnost, zaboravljivost)
- ponašanjima (npr. povlačenje u sebe, agresivne reakcije, nepažnja u radu).

Međutim, kada se dogode **traumatski događaji**, oni su teški svima. Oni remete naš osjećaj kontrole nad životom, a teški su i ako smo ih doživjeli mi sami i ako su ih doživjeli nama bliski ljudi. Zbog svog intenziteta i kvalitete traumatski događaji dovode do patnje većine ljudi, neovisno o njihovom psihofizičkom stanju prije događaja i neovisno o raspoloživim načinima suočavanja (Arambašić, 2000). Jednostavnije rečeno, traumatski događaji teški su sami po sebi.

Reakcije nakon traumatskih događaja slične su reakcijama do kojih dolazi nakon stresnih događaja, ali su intenzivnije, dulje traju i imaju veći utjecaj na naše psihičko zdravlje. Nakon traumatskih događaja, sve reakcije su očekivane ili normalne ili razumljive, jer su traumatski događaji „nenormalne okolnosti“. (Arambašić, 2000). Osim onih poznatih stresnih reakcija, izražena su bolna sjećanja, izbjegavanje osjećaja i razgovora, pobuđenost, nametajuće slike te pretjerani oprez, strah i osjetljivost. Dugoročne posljedice traumatskih događaja vidimo kao rušenje našeg svjetonazora i osjećaj nesigurnosti u život („svijet je opasno mjesto“), promjene sustava vrijednosti („ne vrijedi se truditi, ništa se dobro neće dogoditi“) i pesimistična očekivanja od budućnosti („meni se uvijek dešavaju loše stvari“).

U suočavanju sa stresnim i traumatskim događajima imamo potrebu ublažavanja intenziteta doživljenog. Pri tome se služimo različitim strategijama ili načinima suočavanja, manje ili više učinkovitima, a podrška okoline najvažnija je zaštita i za odrasle i za djecu.

Važno je naglasiti da se s mnogim stresnim i traumatskim događajima pojedinci uspješno suočavaju i na neki se način oporave od njih. Ipak, nekad i s nekim događajima se suočavamo teže nego s drugima. Najčešće je to uslijed nekog (kriznog) događaja ili situacije koji je prijetnja ili stvarni gubitak osoba, stvari, vrijednosti važnih za pojedinca, ali i za obitelj, zajednicu, dakle uzrokuje individualnu (psihičku) krizu, ali i krizu za neki dio zajednice.

Stoga se stanje **krize** definira kao akutna emocionalna uznemirenost koja proizlazi iz situacijskih, razvojnih i/ili sociokulturnih izvora, a dovodi do privremene nemogućnosti ublažavanja tog stanja uobičajenim načinima rješavanja problema (Arambašić, 2012). Krizu možemo definirati i kao stanje narušene ravnoteže, koje ne treba shvatiti kao poremećaj, već kao stanje povećane ranjivosti, a na njenu dinamiku i ishod velik utjecaj imaju mehanizmi prevladavanja. Uspješan ishod krize uvijek podrazumijeva i pomak u individualnom razvoju (Vlajković, 2005).

Osim kriznih događaja, pojedince u stanje krize mogu dovesti odlučujući trenuci i prijelomne točke u životu, razdoblja značajnih životnih promjena te razvojne i situacijske krize. Aktualna zdravstvena kriza povezana s COVID-19 virusom jedan je od primjera kriznih događaja i situacija. U ovoj krizi mnogi trebaju dodatnu podršku upravo zbog novine ovih događaja u životu, ne samo pojedinca već i zajednice, te zbog svoje univerzalne prijetnje za sve.

Kakvi su uobičajeni načini suočavanja u „normalnim“, a kakvi u kriznim situacijama? U uobičajenim razdobljima života, u svakodnevnim situacijama postoji usklađenost između misli i osjećaja, gdje je djelovanje misaonog sustava dominantno. U stanjima krize, djelovanje misaonog sustava pojedinca postaje slabije, a uslijed dominantnog djelovanja osjećaja u takvim okolnostima može doći do dezorganizacije ponašanja (Ajduković i Ajduković, 2006). Drugim riječima, uslijed kriznog događaja, kod pojedinca u stanju krize dolazi do preplavljenosti osjećajima, misaone smušenosti i dezorganizacije ponašanja (Arambašić, 2000).

Kriza dugoročno u sebi nosi potencijal za traumatizaciju tj. za trajniju neravnotežu i lošije funkcioniranje nego prije krize, ali s druge strane i za promjenu na bolje - nove načine rješavanja problema i životne vještine, ubrzani rast i razvoj, kao i suočavanje s najdubljim strahovima, koje s krizom može biti oslobađajuće (Ajduković i Ajduković, 1996; Arambašić, 2000) .

ŠTO POJEDINCI TREBAJU NAKON KRIZNIH DOGAĐAJA?

S obzirom na poteškoće koje pojedinac ima u suočavanju s kriznom situacijom, važno je razmotriti koji tip intervencije može biti učinkovit. Neki od postupaka su preventivni, dok su drugi tretmanski, odnosno terapijski. U preventivne postupke ubrajaju se (Pregrad, 1996):

- psihološka prva pomoć (koju pojedinac može dobiti i od prirodnih pomagača, tj. bliskih osoba)
- psihološka krizna intervencija
- psihološka ili psihosocijalna podrška.

U procjeni potrebe za svakim od ovih tipova intervencija važno je procijeniti koliko nečije reakcije ometaju svakodnevno funkcioniranje. Nasuprot preventivnih

postupaka, za tretman, odnosno terapiju traume, često je nedovoljna uobičajena pomoć stručnjaka mentalnog zdravlja, već takav vid podrške zahtijeva specijaliziranu pomoć stručnjaka mentalnog zdravlja.

Psihološke krizne intervencije spadaju u preventivni postupak nakon nedavnog kritičnog događaja koji dovodi do stresnih i traumatskih reakcija odrasle osobe ili djeteta. Opći cilj ovog postupka jest uklanjanje ili smanjivanje znakova krize, razumijevanje aktualnih teškoća, povećanje sposobnosti rješavanja problema u budućnosti, ali i koordiniranje sustava kako bi se izbjegla ponovna traumatizacija odrasle osobe/djeteta zbog nedovoljne suradnje (Arambašić, 2000). Specifični ciljevi psiholoških kriznih intervencija su (Arambašić, 2000):

- normalizacija stanja pojedinca
- uspostava ranije razine funkcioniranja
- omogućavanje prilike da osobe vide i/ili čuju jedni druge, ako je riječ o grupnom kontekstu
- podrška u praktičnim stvarima
- psihoedukacija vezano za znakove stresa i traume
- trijaža potreba za dodatnom podrškom.

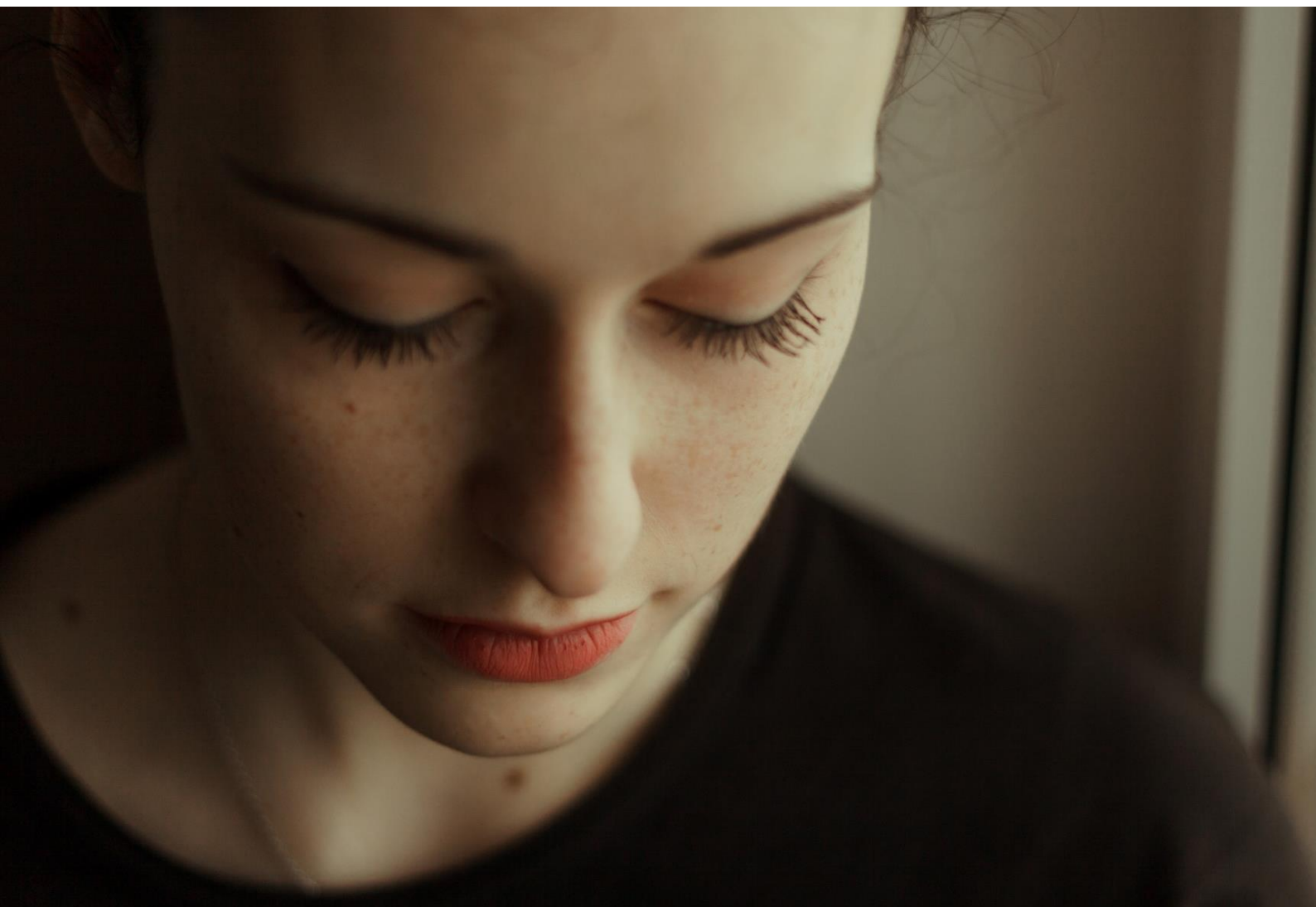
Iskustva u provođenju psiholoških kriznih intervencija u sadašnjim okolnostima zdravstvene krize primjenjiva su u pružanju podrške. Ona nam ukazuju kako je podrška važna te da su osobe u krizi otvorene za primanje podrške. Zato – podršku im treba nuditi. Ciljevi i principi psiholoških kriznih intervencija se mogu ugraditi u savjetovanje i podršku. Važno je voditi računa da oporavak u pravilu teče sporije nego što se nadamo i nego što bismo željeli, skokovit je te postoje razdoblja poboljšanja i pogoršanja, no s vremenom su znakovi traume rjeđi i blaži.

Nedavna iskustva iz Kine, koja se prva suočila s epidemijom COVID-19, pokazuju da su u toj zemlji s početkom razvoja bolesti vrlo rano unaprijeđene psihološka podrška i psihološke krizne intervencije. Pokazalo se da su psihološka pomoć i konzultacije učinkovite u smanjenju znakova stresa kod opće populacije, ali i kod pojedinaca s različitim razinom rizika u vrijeme zaraze. U psihološku pomoć s ciljem prevencije i kontrole razvoja pandemije su ugrađeni principi psiholoških kriznih intervencija. Glavni cilj navedenih postupaka jest smanjiti štetu po mentalno zdravlje i osigurati pravovremenu intervenciju. Također, klinička ispitivanja su pokazala da je

kod oboljelih od COVID-19 utvrđena izraženija anksioznost i depresivnost (Yang i sur., 2020; Jiang i sur., 2020).

Smjernice Američkog psihološkog udruženja (Weir, 2020), temeljene na iskustvima iz ranijih epidemija i zdravstvenih kriza, naglašavaju da u radu s osobama u krizi valja voditi računa da u suočavanju s bolešću i rizicima društvene mreže i nepouzidane informacije pojačavaju osjećaj anksioznosti. Ljudi lakše podnose i bolje procjenjuju rizik ako su točno i jasno informirani. Međutim, stalna izloženost informacijama pojačava stresne reakcije, a nove informacije, uz slab osjećaj kontrole, pojačavaju strah. U smjernicama Američkog psihološkog udruženja naglašava se da podrška usmjerena na aktualne stresove, od kojih neki nisu direktno povezani s krizom, može umanjiti dugoročne posljedice nakon traumatskih događaja i krize. Posebnu pažnju zbog povećanog je rizika za mentalno zdravlje potrebno posvetiti psihološkoj dobrobiti pojedinci u karanteni i izolaciji.

Izloženost traumatskim iskustvima i krizi osobita je važna u dječjoj i adolescentnoj dobi jer uvjetuje različite oblike psihopatoloških odstupanja u kasnijoj dobi. Prema biopsihosocijalnom modelu McLaughlin i Lambert (2017) na individualnoj razini kod osobe izložene nedaćama nalazi se nekoliko mehanizama koji pojačavaju osjećaj



prijetnje povezan s traumom:

- pristranost pojedinca u obradi informacija
- promijenjeno emocionalno učenje
- povećana emocionalna reaktivnost i poteškoće u regulaciji emocija.

S druge strane, prema istom modelu, zaštitni faktori osim suportivnih skrbnika kod djece i mladih, nalaze se i u nekim obilježjima djeteta/mlade osobe, u vidu osjetljivosti za pozitivne podražaje koja može olakšati primanje podrške te, na neurorazvojnoj razini, zrelije povezanosti između prefrontalnog korteksa i amigdale. Uz ranija saznanja, ovaj model nam može dati i neke nove smjernice u radu i intervencijama s djecom i mladima koji trebaju podršku nakon kriznih i traumatskih iskustava.

PRUŽANJE PODRŠKE U KRIZI

U pružanju podrške u krizi potrebno je da savjetovatelji imaju i neke specifične vještine i znanja koja olakšavaju uspostavljanje odnosa s pogođenom osobom. Uz aktivno slušanje, koje je preduvjet svakog savjetodavnog rada, važna je spremnost za pokazivanje zainteresiranosti i empatije, vještina postavljanja pitanja koja nisu intruzivna, usklađivanje verbalnih i neverbalnih poruka te sposobnost promatranja i sebe i osobe u krizi. Važno je da savjetovatelj može klijentu osigurati konkretne informacije te da je aktivno uključen u oporavak od kriznog događaja, što pretpostavlja i nuđenje informacija osobi u krizi. Konačno, jedna od ključnih vještina je podržavanje klijenta u prepoznavanju i učvršćivanju mreže podrške osobe u krizi, tj. traženju pomoći drugih osoba iz njene socijalne mreže.

U mnogim situacijama ne možemo ukloniti razloge, odnosno uzroke koji izazivaju krizu, ali možemo pronaći i podržati nečije zdrave načine nošenja sa stresom, koje već ima, te krizu učiniti podnošljivijom i olakšati je. Naime, u susretu s osobom u krizi važno je osloniti se na snage koje neka osoba ima (ako su zdrave) i na podršku njima, a ne na učenje novih ili brzu procjenu teškoća (Lahad, 2000).

Cilj razgovora s osobom u krizi jest saznati što joj se dogodilo, kako je doživjela zbivanja, kako je te kako se nosi s tom situacijom. Struktura razgovora može slijediti model psiholoških kriznih intervencija u fazama (Arambašić, 2000). S obzirom na

individualni pristup postoji sloboda u njegovoj provedbi i on može biti fleksibilniji, ali i dalje slijedi općenite faze većine psiholoških kriznih intervencija i postupaka psihološke prve pomoći (otvaranje, trauma, zatvaranje).

- Na samom početku savjetovatelj potiče osobu na pričanje o događaju na razini činjenica, odnosno potiče je da „ispriča svoju priču“. Naravno, važno je osobi pokazati da je slušamo, oslanjajući će na vještine aktivnog slušanja, reflektiranja i parafraziranja.
- Nakon početne faze važno je usmjeriti osobu na pričanje o tome:
 - kako je bila dok je događaj trajao: što joj je „prolazilo kroz glavu“ (misli), kakve su bile njene tjelesne reakcije pa tek potom kako se osjećala
 - kako je zadnjih dan ili dva (tjedan dana, sada...): ispitati misli povezane s događajem, tjelesne reakcije, ponašanje i osjećaje Tijekom tog dijela razgovora važno je usmjeriti se na doživljavanje, događaje ili pojedinosti koje osobu posebno uznemiruju i koje su joj teške.
- U idućim fazama važno je usmjeriti se na oporavak, promjene koje osoba uočava kod sebe i u svojoj svakodnevici te podršku i samopodršku u oporavku. U ovoj fazi važno je podržati osobu u njenim načinima samopomoći, u onome što joj inače pomaže u suočavanju s problemnim situacijama, a tek potom kroz proces savjetovanja razmotriti što bi osoba (još) mogla uraditi za sebe.
- U fazi koja slijedi savjetovatelj kratko poučava klijenta. Kroz psihodukaciju osoba dobiva potvrdu da su reakcije u krizi normalne reakcije u nenormalnoj situaciji te da oporavak ide svojim tijekom i brzinom. Dio psihoedukacije je i naglašavanje važnosti podrške (osobito ako je o tome razgovarano ranije) te usmjeravanje na budućnost u smislu praćenja čestine i intenziteta reakcija koje mogu biti znak za traženje dodatne stručne pomoći. U zaokruživanju razgovora važni dijelovi su sažimanje razgovora, normalizacija, podrška i orijentacija na budućnost.

Iako nam znanja o krizi govore kako kriza u sebi nosi i potencijal za pozitivne pomake i promjene, u savjetovanju osoba u krizi valja s takvim konstatacijama biti oprezan i strpljiv. Pojedine krize zaista mogu biti najemocionalnije iskustvo u životu kada mnogi ljudi shvate što im je u životu važno i ljude oko sebe vide u drukčijem svjetlu, dožive

drukčije odnose i bliskost s nekim ljudima. Međutim, to shvaćamo tek dosta vremena nakon kriznog događaja i to se ne može ubrzati.

PODRŠKA RODITELJIMA: DIJETE I RODITELJ U KRIZI

U situaciji krize pomoć je često potrebna roditeljima, koji se obraćaju za pomoć jer kod svog djeteta uočavaju promjene u ponašanju koje ih brinu. Iako primarno traže pomoć za svoje dijete, važno je voditi računa i o njihovim potrebama. Ono što u takvim okolnostima roditelj treba jest podrška sebi, podrška u razumijevanju djece te osiguravanje informacija vezano za doživljavanje djeteta. Iako ne govori o sebi, važno je prepoznati roditeljeve reakcije koje, u situaciji krize u kojoj se nalazi njihovo dijete, mogu varirati od negiranja, sve do prezaštićivanja, bespomoćnosti ili preplavljenosti emocijama (ljutnja, strah, krivica, želja za osvetom ...), koje roditelju otežavaju suočavanje.

Roditeljske reakcije u takvim okolnostima na neki način predstavljaju zaštitu od vlastite bespomoćnosti i tada može biti teško potaknuti ih na podršku djeci. Koliko su roditelji za djecu važni, odavno je pokazano u radu s traumatiziranom djecom. Istraživanja pokazuju da je roditeljska podrška za dijete važnija od obilježja događaja i intenziteta krize, osobina djeteta i vrste tretmana u koji je dijete uključeno. Dakle, roditeljska podrška za dijete je zaštitni faktor prvog reda.

To naravno nije uvijek lako za roditelje jer se u vrijeme krize od njih očekuje kontrola vlastitih osjećaja i reakcija te uspješno organiziranje života i posla. Većina roditelja ova očekivanja prihvaća kao opravdana, a u slučaju „neuspjeha“ (ili njihove procjene neučinkovitosti) mnogi mogu doživjeti sram, krivicu i samoomalovažavanje. Sve to ukazuje koliko je podrška roditeljima važna i koliko oni sami primarno trebaju podršku u krizi, da bi mogli biti podrška djeci.

Jedno od važnih područja pružanja podrške i savjetovanje roditelja u vrijeme krize jest **roditeljski stres**. Roditeljski stres opisuje se kao uznemirujući osjećaj prema sebi i djetetu, a takvu uznemirenost i neugodu roditelj direktno pripisuje zahtjevima roditeljstva koji se pred njega postavljaju (Profaca i Arambašić, 2004; Profaca, 2020).

Osim u kriznim situacijama, danas se zna da se roditeljski stres javlja i u svakodnevnim, manje „ekstremnim“, roditeljskim situacijama. Neki psiholozi nazivaju ga „normalnim roditeljskim stresom“, podrazumijevajući pri tome prije svega njegovu raširenost, jer se

većina roditelja suočava sa svakodnevnom teškoćama roditeljstva – stresnim događajima. I dok se čini da je to svakodnevna situacija, važno je da je ne umanjujemo jer i ona može biti važna za traženje pomoći.

Što je s roditeljskim stresom u uvjetima krize? Dok u uobičajenim okolnostima života govorimo o blažem ili umjerenom roditeljskom stresu, u sadašnjim okolnostima, uz one očekivane i svakodnevne, možemo prepoznati i neke nove izvore stresa u roditeljskoj ulozi, ili barem veću uznemirenost zbog zahtjeva roditeljske uloge u situaciji opće krize (Profaca, 2020). U uvjetima emocionalne preplavljenosti zbog krize, ali i dodatne odgovornosti za dobrobit djeteta, neka djetetova obilježja i okolnosti (primjerice, zahtjevnost djeteta, zdravstvene teškoće ili odnosi između braće i sestara) roditelji sada mogu percipirati težima nego ranije i oni mogu izazvati intenzivniji stres.

Nadalje, koliko god je roditeljima odnos s djetetom važan, sadašnja povećana vezanost djeteta za roditelja uslijed straha za sebe i odrasle može biti uznemirujuća („je li ovo uobičajeno?“). U situaciji općeg stresa roditelj može doživjeti da dosadašnji načini vođenja i usmjeravanja djeteta baš i ne funkcioniraju kao prije te se mogu osjećati nekompetentnima u roditeljskoj ulozi, posebice ako su opterećeni odgovornošću koliko su važni djetetu u suočavanju s krizom.

Doživljaj stresa, u svim tim okolnostima pojačavaju i okolinski faktori, npr. ukoliko roditelj(i) imaju slabu podršku za sebe ili doživljavaju stres i u drugim odnosima. Jedan od izvora roditeljskog stresa su i zahtjevi ostalih uloga, a sada se one sve isprepliću u obitelji i istom prostoru. Obitelj je u vrijeme zdravstvene krize mjesto intenzivnog života svih, mjesto rada roditelja i učenja djece, zajedničkih, novih, ali i ranijih aktivnosti te mjesto gdje se isprepliću različite uznemirenosti i strahovi karakteristični u kriznim situacijama (Profaca, 2020).

Stoga je važno je prepoznati roditeljski stres kao stanje koje je očekivano u kriznim vremenima. Roditeljski stres utječe na zadovoljstvo ulogom roditelja, ali i na doživljaj sebe općenito. Za dobrobit djeteta najvažniji je odnos roditelj-dijete, a roditeljski stres ga može ometati. Suočavanjem s roditeljskim stresom i podrškom roditelju pomoć indirektno dobiva i samo dijete. Roditelji koji su pod intenzivnijim roditeljskim stresom češće svoju djecu opažaju negativno, gube empatiju za dijete, skloniji su neadekvatnim roditeljskim postupcima i u situaciji stresa imaju nedovoljno alternativnih načina postupanja, a poznato je kako su neadekvatni roditeljski postupci povezani s kasnijim teškoćama kod djeteta (Profaca i Arambašić, 2004).

Roditelji pod stresom trebaju:

- vrijeme (za sebe, za sebe s djetetom)
- podršku i strpljenje
- brigu za sebe
- osjećaj da ih drugi razumiju i žele im pomoći
- uvažavanje njihovih osobitosti i osobitosti njihovog djeteta
- uvažavanje roditeljeve specifične procjene važnosti i značenja (stresnosti) pojedinog izvora stresa (kao i uvijek u situaciji stresa)

Pomoć roditelju pod stresom ovisi o procjeni koji su izvori stresa i mogućnosti kontrole nad situacijom. Kod pružanja podrške i savjetovanja važno je kroz podržavajući razgovor podržati ponovnu kognitivnu procjenu roditeljskih stresora radi uspostavljanja većeg osjećaja kontrole, što pridonosi razvoju samopouzdanja. Cilj je potaknuti roditelja, održati ga aktivnim i djelatnim u kognitivnoj proradi situacija i teškoća u odnosu roditelj-dijete te podržati proces stalne ponovne procjene koja pojedinca čuva od rigidnosti i pasivnosti.

U podršci roditelju pod stresom (kao i u radu sa stresom općenito) mogu se



koristiti ekspresivne i kreativne tehnike, opuštanje i relaksacija te poticati načini suočavanja sa stresom koje pojedinac ima, uz identifikaciju dodatne podrške u okolini. I potom, ali tek tada, podržati u razvijanju novih načina suočavanja. Uz takvu podršku u uvjetima roditeljskog stresa i krize, roditelj jasnije može vidjeti potrebe djeteta, obratiti pažnju na dijete i promjene u ponašanju, ohrabriti dijete i priznati djetetu njegove osjećaje.

Djeca u pojedinim fazama svog razvoja mogu imati slične reakcije na uznemirujući događaj, no svako je dijete različito. Stoga je važno voditi računa o onima koji su imali više stresnih događaja tijekom odrastanja ili koja su čak doživjela traumatske događaje – koja su ranjivija. Valja imati na umu djetetova individualna obilježja, kakvom je podrškom okruženo te koji su mu otežavajući faktori u okolini koji ga čine ranjivijim na stres. Veza između podrške i stresa osobito je važna u krizi. Upravo je zato je podrška roditelju važna - odrasli ne mogu pomoći djeci ako ne brinu o sebi.

Literatura

1. Ajduković, M. i Ajduković, D. (1996) Proces povratka kao psihološki izazov. U J. Pregrad (ur.), *Stres, trauma, oporavak* (str. 229-243). Društvo za psihološku pomoć.
2. Arambašić, L. (2000). *Psihološke krizne intervencije – psihološka prva pomoć nakon kriznih događaja*. Društvo za psihološku pomoć.
3. Arambašić, L. (2012). *Psihološka prva pomoć nakon kriznih događaja*. Naklada Slap.
4. Jiang, X., Deng, L., Zhu, Y., Ji, H., Tao, L., Liu, L., ... i Ji, W. (2020). Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. *Psychiatry Research*, 112903.
5. Lahad, M. (2000). *Creative Supervision: The Use of Expressive Arts Methods in Supervision and Self-Supervision*. Jessica Kingsley Publishers.
6. McLaughlin, K. A. i Lambert, H. K. (2017). Child trauma exposure and psychopathology: mechanisms of risk and resilience. *Current Opinion in Psychology*, 14, 29-34.
7. Pregrad, J. (1996) Vrste tretmana u oporavku. U J. Pregrad (ur.), *Stres, trauma, oporavak* (str. 87-92). Društvo za psihološku pomoć.
8. Profaca, B. i Arambašić, L. (2004). Upitnik izvora i intenziteta roditeljskog stresa. *Suvremena psihologija*, 7(2), 243-260.
9. Profaca, B. (2020). Živimo krizu: Podrška okoline je zaštitni faktor prvog reda, i kod djece i kod odraslih. Preuzeto 20.4.2020. s www.poliklinika-djeca.hr
10. Profaca, B. (2020). Roditeljski stres i kriza. Preuzeto 20.4.2020. s www.poliklinika-djeca.hr
11. Vljaković, J. (2005). *Životne krize*. IP "Žarko Albulj".
12. Weir, K. (2020). Seven crucial research findings that can help people deal with COVID-19. Preuzeto 20.4.2020. s <https://www.apa.org/news/apa/2020/03/covid-19-research-findings>
13. Yang, L., Wu, D., Hou, Y., Wang, X., Dai, N., Wang, G., Yang, Q., Zhao, W., Lou, Z., Ji, Y. i Ruan, L. (2020). Analysis of psychological state and clinical psychological intervention model of patients with COVID-19. <https://doi.org/10.1101/2020.03.22.20040899>
14. Yeager, K.R. i Roberts, A.R. (2005). Differentiating Among Stress, Acute Stress Disorder, Acute Crisis Episodes, Trauma, and PTSD: Paradigm and Treatment Goals. U A.R. Roberts (ur.), *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment and Research* (Third Edition, str. 90-119). University Press.



Telefonsko savjetovanje

Mirna Čagalj Farkas

U kontekstu trenutne situacije, odnosno pandemije COVID-19 virusa, telefonsko savjetovanje postaje jedan od rijetkih oblika pomoći (koji je odmah i bilo gdje) dostupan ljudima koji se suočavaju s različitim teškoćama, a telefonske linije koje se otvaraju u situacijama krize postaju važan način brige za mentalno zdravlje ljudi (Duan i Zhu, 2020). Vodeći računa i o nadolazećoj ekonomskoj krizi te brojnim izazovima prilagodbe na „novo normalno“, telefonsko je savjetovanje jedan od alata „prve linije“ psihološke pomoći pogođenim pojedincima. Možemo ga odrediti kao proces putem kojeg educirani savjetovatelji rade s nazivateljima s ciljem istraživanja osobne situacije, problema ili krize u kojoj se nalaze (Rosenfield, 1997, prema Zlatarić, 1999).

NAČELA I PRINCIPI TELEFONSKOG SAVJETOVANJA

U telefonskom savjetovanju na snazi su isti principi kao i u savjetovanju uživo, ali se oni prilagođavaju specifičnostima komunikacije. Jednako kao i u situaciji kada je klijent prisutan s nama u istom prostoru, ono se temelji na korištenju **vještina aktivnog slušanja** - reflektiranju, parafraziranju, sažimanju i konfrontiranju. Neka od ključnih načela su pokazati nazivatelju da mu se vjeruje, pokušati razumjeti njegovu perspektivu, podržati ga da pronađe vlastito rješenje i informirati o mogućnostima, ali ne preuzeti na sebe odgovornost za rješavanje nazivateljevih teškoća (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019; Emmison i Firth, 2012). Iznimno je važno, kao što je slučaj i u savjetovanju uživo, voditi računa o tome da savjetovatelj ne daje obećanja o onome što možda neće moći ispuniti, kao niti procjene vezane uz stvari na koje ne može utjecati.

PREDNOSTI I OGRANIČENJA TELEFONSKOG SAVJETOVANJA

Korisnici savjetodavnih linija kao prednosti telefonskog savjetovanja navode **pristupačnost i osjećaje kontrole** (Reese, Conoley i Brossart, 2006) i **sigurnosti** (Coman, Burrows i Evans, 2001). Nadalje, prednosti savjetovanja putem telefona, ali i osnovne karakteristike telefonskog savjetovanja kakvo se provodi na savjetodavnim linijama koje pružaju psihosocijalnu podršku, su **anonimnost, dostupnost i povjerljivost** (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019; Coman, Burrows i Evans, 2001; Reese, Conoley i Brossart, 2006).

- **Anonimnost** znači da nazivatelj u okviru telefonskog savjetovanja ne mora podijeliti svoje osobne podatke, kao ni druge osobne informacije koje želi zadržati za sebe. To povećava vjerojatnost da će odlučiti javiti se i potražiti pomoć, posebno ako zbog svojih teškoća osjeća neugodu ili sram (Coman, Burrows i Evans, 2001).
- **Dostupnost** telefonskog savjetovanja odnosi se na to da je u pravilu besplatno ili se plaćaju samo telefonski impulsi, a nazivatelji takav oblik podrške mogu dobiti neovisno o tome odakle se javljaju (Campos, 2009; Coman, Burrows i Evans, 2001; Masi, 2001).

→ **Povjerljivost** se odnosi na sporazum da podaci koji se dijele sa savjetovateljem ostaju između nazivatelja i savjetovatelja. Gotovo sve savjetodavne linije u svijetu kao iznimke od načela povjerljivosti imaju situacije u kojima savjetovatelj sazna informaciju o ugroženosti života nazivatelja ili neke druge osobe, čime se poštuju etička načela rada s klijentima. Odgovornost savjetovatelja je jasno, otvoreno i pravovremeno nazivatelju iskomunicirati kada može doći do kršenja načela povjerljivosti.

Telefonsko savjetovanje ima svoje granice, ono **nije zamjena za terapiju niti proces savjetovanja uživo**, ali je ponekad važan prvi korak. Uz to, nekada je to jedini oblik pomoći i podrške koji je osobi dostupan s obzirom na situaciju u kojoj se nalazi (Reese, Conoley i Brossart, 2006). Savjetovateljima i nazivateljima su u okviru telefonskog savjetovanja uskraćene različite informacije koje se podrazumijevaju u okviru savjetovanja uživo. Najočitiji aspekt koji nedostaje u telefonskom savjetovanju je kontakt uživo, ali i neverbalni znakovi komunikacije. Iz tog razloga važno je da savjetovatelj veću pažnju posvećuje **paraverbalnim znakovima** (Coman, Burrows i Evans, 2001), kao što su brzina govora, promjene u boji glasa, pauze, zamuckivanje ili podrhtavanje glasa (Fukkink i Hermanns, 2009).

Jedna od otegotnih okolnosti telefonskog savjetovanja je i **nepredvidljivost** (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019), i za nazivatelja koji ne zna tko će mu se javiti, ali i za savjetovatelja koji ne može znati tko će ga nazvati i o čemu će htjeti razgovarati, što otežava mogućnost pripreme. Uz to, savjetodavni pozivi na telefonskim linijama mogu biti prekinuti prije kraja, tako da savjetovatelj ponekad nema priliku s nazivateljem podijeliti sve ono što mu se čini važnim i korisnim u određenoj situaciji.

Još jedna važna razlika telefonskog savjetovanja u odnosu na savjetovanje uživo je **trajanje** (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019). Iako neki nazivatelji zovu više puta, na savjetodavnim linijama telefonsko savjetovanje najčešće je jednokratni proces. Bez obzira na to, dobro je poticati nazivatelje na ponovno javljanje, posebno ako postoji potreba za daljnjom podrškom ili povratnim informacijama o ispunjavanju dogovorenih ciljeva.

PRIPREMA ZA POZIV

Telefonsko savjetovanje najčešće se odvija u smjenama koje traju nekoliko sati, stoga je važno da savjetovatelj u tom razdoblju bude koncentriran i pripremljen. Dobro je da ima papir i olovku kako bi tijekom poziva mogao **voditi bilješke**, pristup računalu s internetom kako bi po potrebi mogao potražiti informacije o nekim institucijama na koje upućuje savjetovatelja, kao i **adresar tih institucija** s unaprijed provjerenim podacima (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019).

Na gotovo svim linijama podrške pravilo je da se osnovne informacije o obavljenom savjetovanju putem telefona bilježe. Ako na liniji postoji sustav ili program u kojemu se takvi pozivi bilježe, a dostupan je svim savjetovateljima, dobro je prije "smjene" pročitati bilješke poziva koje su drugi savjetovatelji označili kao one u kojima bi se nazivatelj ponovno mogao javiti, kako nazivatelj ne bi morao još jednom prepričavati detalje situacije.

JAVLJANJE NA POZIV

Preporučuje se prije javljanja pustiti da telefon dva ili tri puta zazvoni, a potom se javiti tako da savjetovatelj pozdravi nazivatelja i kaže mu koju savjetodavnu liniju je dobio (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019). Potonje je bitno kako bi se pozivatelj imao vremena pripremiti za poziv, no ne treba čekati dulje od toga kako ne bi odustao od poziva.

Poželjno je da na razini organizacije bude donesena odluka o tome hoće li nazivatelji podijeliti i svoje ime s nazivateljem ili će to biti smatrano povjerljivom informacijom. U pravilu za to nema potrebe i nazivateljima je prihvatljivo razgovarati sa savjetovateljem bez tih informacija, a smatra se i da ne znajući identitet savjetovatelja sami nazivatelji zapravo osjećaju veću sigurnost (Emmison i Firth, 2012). Ipak, ako takva odluka nije donesena na razini organizacije, sam savjetovatelj može procijeniti koliko mu je to ugodno i hoće li to napraviti. Zbog zaštite podataka savjetovatelja bolje je izbjegavati dijeljenje prezimena i drugih osobnih podataka (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019).

NAKON POZIVA

Nakon razgovora potrebno je zapisati bilješke o pozivu (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019). Pri tom je korisno zapisati okvirno vrijeme i temu poziva, a po mogućnosti i neke sociodemografske podatke kao što su dob i rod nazivatelja. Pojedini telefoni imaju mogućnost odabira DND načina rada (engl. *do not disturb*). Kada je on aktivan, nazivatelju se doima kao da je linija zauzeta, dok savjetovatelj za to vrijeme može zabilježiti raniji poziv ili uzeti nekoliko trenutaka da mu se slegnu dojmovi prije novog poziva. Također, nakon poziva korisno je promisliti o procesu koji se odvio između nazivatelja i savjetovatelja te identificirati pozitivne strane i prostor za poboljšanja u radu savjetovatelja, a navedeno je korisno podijeliti s kolegama te supervizijskom grupom.

VRSTE POZIVA NA SAVJETODAVNIM LINIJAMA

Na velikom broju savjetodavnih linija pozivi se dijele u sljedećih pet kategorija, koje određuju način na koji ih savjetovatelji vode i bilježe u sustav (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019):

1. savjetodavni
2. informativni
3. testirajući
4. pozivi zlouporabe (pogrešne upotrebe)
5. pozivi šutnje.

SAVJETODAVNI POZIVI

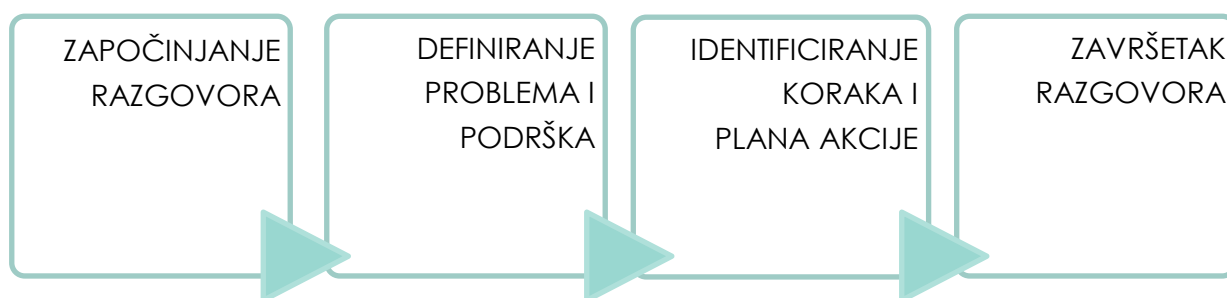
Savjetodavni pozivi su oni u kojima savjetovatelj s nazivateljem radi na identificiranju teškoća i osmišljavanju plana nošenja s navedenim teškoćama (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019). Radi se o pozivima koje savjetovatelji u pravilu očekuju na savjetodavnim linijama i u kojima se provodi telefonsko savjetovanje u punom smislu te riječi. Njihovo trajanje varira, a u prosjeku traju oko 45 minuta.

Vremensko trajanje ne mora biti odrednica koje će se savjetovatelj slijepo držati, no duljina može biti indikator nekih propusta. Primjerice, pozivi koji traju dulje često

prelaze okvire savjetovanja, ulaze u dublju razradu problema, a veća količina sadržaja koju savjetovatelj čuje može mu otežati praćenje važnih informacija. Predugi pozivi mogu ukazivati i na izraženu potrebu nazivatelja za ventiliranjem i otežano postavljanje granica i usmjeravanje razgovora prema nekom cilju od strane savjetovatelja. S druge strane, ako savjetodavni razgovor traje petnaestak minuta, moguće je da savjetovatelj nije dovoljno detaljno ispitao situaciju ili razradio ciljeve. Ipak, treba imati u vidu da savjetodavni razgovori mogu trajati kraće, što to je posebno uobičajeno kod djece koja o temama zbog kojih zovu često pričaju manje detaljno.

Savjetodavni razgovor obično se dijeli na četiri faze (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019): **započinjanje razgovora, definiranje problema i podršku, identificiranje koraka i plana akcije i završetak razgovora**. Iako svaki savjetodavni razgovor ne mora nužno imati sve četiri faze, svaka od njih je važna i ima svoju namjenu.

Poznavanje strukture i njezino praćenje povećava vjerojatnost da će savjetovatelj proces telefonskog savjetovanja voditi temeljito, što se posebno odnosi na početnike u telefonskom savjetovanju. Uz to, struktura u početcima savjetovanja može pružiti osjećaj sigurnosti. Očekivano je da će s iskustvom savjetovatelj biti slobodniji te da, dok vodi poziv, neće nužno razmišljati o četiri odvojene faze nego će ih međusobno povezati i prilagoditi se pojedinoj situaciji. Razmišljanje o pozivima u pogledu strukture može biti od koristi i stručnjacima koji su se ranije bavili savjetodavnim ili terapijskim radom s klijentima, a sada svoja znanja i vještine moraju na neki način uokviriti primjereno telefonskom savjetovanju.



Grafički prikaz 1. Struktura savjetodavnog razgovora prema Buljan Flander i Ćosić Pregrad (2019)

1. faza: započinjanje razgovora

U početnoj fazi savjetovatelj nastoji stvoriti okruženje u kojemu se nazivatelj osjeća sigurno podijeliti svoje brige, što čini tako da zahvaljuje za javljanje, ohrabruje nazivatelja i potiče ga na razgovor, čime počinje graditi odnos povjerenja (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019). Prva faza razgovora na savjetodavnim linijama ovisna je o ponašanju nazivatelja. Pojedini nazivatelji poziv započinju šutnjom, dok drugi odmah nakon pozdrava kreću detaljno prepričavati situaciju koja ih opterećuje. Neki nazivatelji osjećaju nelagodu pa postavljaju pitanja, iznose kako nisu sigurni je li linija pravo mjesto na kojemu mogu dobiti pomoć ili pak kažu da im treba samo kratki odgovor ili informacija.

Većinu nazivatelja potrebno je ohrabriti i dati im dovoljno vremena da započnu razgovor. Primjerice, može se reći: *"Uzmite si vremena da posložite misli. Imamo vremena da mi kažete ono što Vam se bude činilo važnim, a ako mene nešto bude zanimalo, pitat ću Vas da mi pojasnite. Tu sam da Vas slušam i saznam više o tome kako Vam je."*

U ovoj fazi, s obzirom na to da nazivatelji u pravilu ne znaju što mogu očekivati,



dobro je unaprijed smisliti nekoliko rečenica o tome čemu linija služi, s kakvim pitanjima se nazivatelji mogu javiti i što im savjetovatelji mogu ponuditi. Ponekad nazivateljima ni nakon toga nije sasvim jasno je li to pravo mjesto za njih, a odgovor na ovo pitanje može izmicati i samom savjetovatelju. Tada je dobro potaknuti nazivatelja da kaže nešto više o svom razlogu javljanja i najaviti mu da ćete kasnije zajedno procijeniti hoćete li ga preusmjeriti ovisno o tome budete li mu mogli pomoći.

Nadalje, neki nazivatelji odmah na početku poziva očekuju vrlo konkretne odgovore na svoja pitanja i inzistiraju na njima. Primjerice, iskustvo savjetovatelja na liniji za podršku djeci može biti da majka djeteta predškolske dobi traži od savjetovatelja da joj odgovori ima li njeno dijete posttraumatski stresni poremećaj. Važno je da savjetovatelj vodi računa o tome da ne daje stručne procjene preko telefona. Čak i kada vjeruje da zna odgovor na slično pitanje, važno je podsjetiti se da putem telefona nema mogućnost obaviti procjenu uživo i dati pouzdano stručno mišljenje. U takvim situacijama nazivatelju je važno opisati što može dobiti telefonskim putem, kao i uputiti ga institucijama kojima se može obratiti, što vrijedi i za različite zdravstvene ili pravne smjernice koje nazivatelji traže.

2. faza - definiranje problema

U ovoj fazi potrebno je dobiti širu sliku situacije ili problema i detaljno provjeriti svoje razumijevanje onoga što nazivatelj govori (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019). Savjetovatelji vrlo često imaju svoje pretpostavke, no one ne moraju biti točne i upravo ih u ovoj fazi treba provjeriti. Dobro definiranje problema preduvjet je za uspješnost svih daljnjih koraka u procesu savjetovanja.

U ovoj fazi potrebno je koristiti razjašnjavanje kako bi savjetovatelj bio siguran na što nazivatelj misli (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019). Primjerice, ako nazivatelj kaže da se stalno osjeća loše, važno je provjeriti što za njega znači "loše" i "stalno". Na primjer, savjetovatelj mu može reći: *"Kada kažete da se osjećate loše, pitam se na što točno mislite. Možete li mi detaljnije opisati što to za Vas znači?"* ili *"Kada mi kažete da se stalno tako osjećate, koliko puta u danu ili u tjednu biste rekli da se tako osjećate?"*

Savjetovatelj u ovoj fazi koristi parafraziranje, reflektiranje, sažimanje i postavlja otvorena pitanja (Emmison i Firth, 2012). Nastoji saznati:

- što se događa,
- koliko to traje
- tko je sve uključen
- kako se nazivatelj osjeća zbog toga što se događa
- je li dosad pokušao nešto napraviti u vezi toga
- ima li podršku, i ako ima, od koga
- postoje li neke osobe ili situacije koje mu olakšavaju ili otežavaju nošenje s teškoćama
- druge detalje koje smatra važnima.

Pritom savjetovatelj brine o tome da pitanja koja postavlja budu dobro usmjerena i relevantna, postavljena temeljem procjene potrebe, a ne iz vlastite znatiželje, te da brine o granici između terapije i savjetovanja.

Ova faza važna je i zbog toga što nazivatelji ponekad navode puno problema koji se nadovezuju jedan na drugoga, a bitno je identificirati jedan na kojega će se u ostatku razgovora usmjeriti. Pritom je potrebno pratiti želje nazivatelja koji sam procjenjuje što mu je važnije. Savjetovatelj može reći: *"Naveli ste mi nekoliko problema s kojima se suočavate. Pitam se o kojoj od ovih tema Vam je najvažnije sada razgovarati/što Vam je od toga najteže/od kojeg biste problema željeli krenuti."* Situacija u kojoj savjetovatelj može biti sugestivniji i reći nazivatelju da misli da je neka tema važnija je ako sazna da se događa nešto ugrožavajuće. Primjerice, osoba je žrtva aktualnog nasilja u obitelji, ali želi pričati o organizaciji slobodnog vremena s djecom u doba pandemije.

Učestala pogreška savjetovatelja početnika je brzo nuđenje rješenja. Upravo posvećivanje pažnje ovoj fazi razgovora čini lakšim izbjeći tu pogrešku i ne nuditi gotova rješenja u vezi situacije o kojoj još ne znamo dovoljno. Inzistira li nazivatelj na brzom rješenju, ne treba ga ignorirati, već se treba zaustaviti i jasno to iskomunicirati. Primjerice: *"Čujem da mi postavljate to pitanje i čini mi se da biste voljeli da Vam odmah dam odgovor na njega. Razumijem da Vam je to važno. Voljela bih saznati još neke detalje o situaciji u kojoj se nalazite kako bih imala više informacija, a potom zajedno možemo smisliti neke ideje u vezi toga što biste mogli napraviti. Što mislite o tome?"*.

3. faza - Identificiranje koraka i plana akcije

U okviru ove faze, nakon što je definiran problem, postavljaju se ciljevi i određuju promjene koje nazivatelj želi postići (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019). Savjetovatelj predlaže ideje, ispituje kako nazivatelj vidi rješenje svojih teškoća te svojim znanjima nudi i moguće alternative. U ovoj fazi savjetovatelj istražuje mogućnosti i različite opcije te potiče nazivatelja na preuzimanje osobne odgovornosti (Emmison i Firth, 2012). To je, primjerice, moguće ostvariti tako da pita: *"Što bi Vama pomoglo u ovoj situaciji? Što mislite da bi bilo najbolje za Vas? Imate li ideju kako biste to mogli ostvariti?"*

Uloga savjetovatelja je voditi računa o tome kakvi su ciljevi postavljeni, ali i isticati prednosti i nedostatke različitih načina rješavanja problema (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019). Primjerice, ako roditelj rješenje teškoća u odnosu s tinejdžerom vidi u stalnom vikanju i kritiziranju, savjetovatelj ima odgovornost ukazati na negativne posljedice takvog ponašanja, kao i njegovu neprihvatljivost, te potom s nazivateljem istražiti alternative. U tom slučaju savjetovatelj se može osloniti i na psihoedukaciju - educirati nazivatelja o temi i ispraviti neke pogrešne pretpostavke. Na primjer, ako nazivatelj ima stav da mu nikad neće biti bolje ili da će ignoriranjem problema problem nestati.

U ovoj fazi, osim što postavljaju ciljeve, savjetovatelj i nazivatelj istražuju načine na koji nazivatelj može doći do tih ciljeva (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019). Dobro je i predvidjeti što bi moglo poći po krivu i što bi se moglo dogoditi, a da onemogućiti nazivatelja u izvršavanju željenih ciljeva, kao i pružiti podršku i ohrabrenje ako dogovoreni plan ne uspije (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019).

Naposljetku, ponekad osoba neće prihvaćati smjernice savjetovatelja, bit će u otporu i neće preuzimati osobnu odgovornost pa će uloga savjetovatelja u ovoj fazi, uz psihoedukaciju, biti i konfrontiranje nazivatelja. Na primjer, u slučaju roditelja koji zove i želi da mu savjetovatelj kaže kako se može odreći svog djeteta jer je ono "nemoguće". Uz to, u nekim pozivima nazivatelji iznose vrlo složene priče i situacije u kojima možda ni nemaju mogućnost djelovanja, stoga će cilj biti pružiti im podršku i razumijevanje.

4. faza - Završetak razgovora

Na kraju razgovora savjetovatelj sažima dogovoreni plan (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019), što je posebno važno nakon dugog razgovora, nakon kojeg je nazivatelj možda zaboravio ili previdio neke opcije. U ovoj fazi korisno je, a nekad i potrebno, nazivatelja uputiti na druge institucije (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019).

Uvijek je dobro i pozvati nazivatelja da se po potrebi opet javi. Zbog uspostavljenog povjerenja, nazivatelji često žele razgovarati opet s istom osobom i važno im je dati do znanja da to možda neće biti moguće. S njima se mogu iskomunicirati i pravila linije o bilježenju informacija o pozivima i vjerojatnosti da će drugi savjetovatelj biti upućen u razlog zbog kojeg su zvali.

Naposljetku, potrebno je i brinuti o tome koliko poziv traje - ponekad su situacije toliko zamršene da ih nazivatelj dugo prepričava ili se jednostavno ventilira i ponavlja isti sadržaj (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019). Tada savjetovatelj treba biti direktniji, podijeliti osjećaj vrtnje u krug te potaknuti nazivatelja na zaokruživanje poziva i usmjeravanje na neke zaključke kako bi iz poziva dobio nešto za sebe. Primjerice, može reći: *"Pričamo već dugo i čini mi se da se ponavljamo. Voljela bih da sada smislimo što biste mogli napraviti i da ponovimo korake koje smo spominjali kako biste imali nešto korisno za sebe prije nego što razgovor privedemo kraju."*

INFORMATIVNI POZIVI

Radi se o pozivima u kojima nazivatelj traži kratku informaciju koju mu savjetovatelj može dati ili zove s pitanjem kome se može obratiti u vezi svojih teškoća izvan linije (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019). Kao i u savjetodavnim pozivima, savjetovatelj u informativnim pozivima koristi vještine aktivnog slušanja kao alat komunikacije s nazivateljem, no u takvim pozivima se situacija ne ispituje detaljno pa pozivi traju kraće. Nakon što čuje o čemu se radi, savjetovatelj nazivatelju daje informaciju. Primjer takvog poziva bi mogao biti poziv nazivatelja koji sumnja da je zaražen COVID-om i pita se što sada treba učiniti da bi se izolirao i smanjio vjerojatnost širenja zaraze, a savjetovatelj ga za to upućuje na relevantne zdravstvene institucije i, ako nazivatelj ne pokazuje potrebu za savjetodavnom podrškom, završava poziv.

TESTIRAJUĆI POZIVI

Testirajući pozivi česti su na savjetodavnim linijama (Emmison i Danby, 2007; Weatherall, Danby, Osvaldsson, Cromdal i Emmison, 2016), pogotovo onima koje su anonimne i besplatne (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019). To su pozivi u kojima nazivatelj, najčešće dijete ili adolescent (Emmison i Firth, 2012), izmisli nepostojeći problem, zadirkuje savjetovatelja i priča šale ili stavlja ga na zvučnik, kao i pozivi u kojima grupa nazivatelja dobacuje komentare savjetovatelju. Razlozi zbog kojih to rade leže u tome da ponekad misle da moraju uveličati problem da bi ih netko shvatio ozbiljno ili jednostavno žele vidjeti kako će savjetovatelj reagirati – testiraju ga (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019).

Istraživanja pokazuju da zapravo postoji velika vjerojatnost da će nazivatelj nakon testiranja ponovno nazvati i podijeliti stvarnu teškoću s kojom se nosi (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019). Zbog toga je odluka na većini savjetodavnih linija da se savjetovatelji prema takvim pozivima odnose kao da nisu testirajući i da ih počnu voditi kao savjetodavne ili informativne (Barton, 1999; Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019). Zbog takvog pristupa poziv se ponekad zaista može pretvoriti u savjetodavni. Savjetovatelj mora biti svjestan te mogućnosti, ali je važno i da bude svjestan da to nije moguće sa svim testirajućim pozivima jer ovisi i o željama nazivatelja. Dakle, i u testirajućim pozivima, kao i u ostalim, važno je da savjetovatelj pozivu pristupi zainteresirano, da educira nazivatelja u mjeri u kojoj je to moguće i pruži mu prostor za razgovor (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019).

S obzirom na to da nazivatelji koji testiraju često daju nekonzistentne informacije, savjetovatelj će češće provjeravati i konfrontirati neke nelogičnosti koje čuje, no i dalje treba imati razumijevanja za nazivatelja i dati mu informacije koje bi dao u slučaju da nazivatelj govori istinu. Recimo, ako dijete nazove liniju podrške i kaže da ga je roditelj istukao, a pritom se smije, savjetovatelj mu može odgovoriti na ovakav način: *"Dok mi govoriš da te netko istukao, smiješ se. To mi je neobično čuti i pitam se kako to da se smiješ. Brine me ako si u opasnosti i voljela bih da ti mogu pomoći."* Tako savjetovatelj intervenira u vezi dijela koji mu zvuči nelogično, ali šalje i poruku da mu je stalo do dobrobiti nazivatelja te mu daje do znanja da osoba koja proživi nasilje zaslužuje pomoć.

Testirajući pozivi traju kraće, a često ih nazivatelji nakon konfrontacije završe sami. Ipak, ove pozive može završiti i sam savjetovatelj, ako procijeni da nastavak

nema smisla. Pritom je važno nazivatelju dati do znanja da se uvijek može ponovno obratiti i u objasniti mu pod kojim uvjetima (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019). Na primjer, savjetovatelj može reći nazivatelju da se može javiti kada ne bude u društvu ili kada odluči razgovarati bez vrijeđanja savjetovatelja. To može izgledati ovako: *"Sada ću završiti razgovor, ali voljela bih da nazoveš opet kada budeš sam i kada budemo mogli razgovarati o tome što te brine."* Ili *"Sada ću završiti ovaj poziv, no prije toga bih ti voljela reći nešto više o tome čemu ova linija služi, tako da imaš tu informaciju ako ti nekad bude potrebna podrška."*

Reakcije savjetovatelja na testirajuće pozive mogu biti različite, no one najčešće su osjećaj frustracije i ljutnje zbog bespomoćnosti, što je razumljivo. Naime, testirajući pozivi mogu dugo trajati, a nazivatelj može zvati u više navrata za redom, ignorirajući konfrontacije i testirajući granice koje savjetovatelj nastoji postaviti. U takvim situacijama puno je teže pokazati strpljenje i razumijevanje i važno je da savjetovatelj dopusti sebi da mu testirajući pozivi budu teški. Nadalje, iz želje da shvate što se događa i u kakvoj situaciji se nazivatelj nalazi, savjetovatelji ponekad provjeravaju istinitost svih navoda kako bi procijenili je li poziv testirajući ili savjetodavni. Važno je ne preuzimati ulogu detektiva i ne postaviti za cilj provjeru istinitosti svih tvrdnji jer to, naposljetku, nije ni moguće.

Savjetovatelji često misle da testirajući pozivi nisu jednako vrijedni kao savjetodavni. Ako tako razmišljaju, velika je vjerojatnost da će taj stav prenijeti i na nazivatelja. Osim što to nazivatelj može shvatiti po tonu glasa ili načinima na koji ga savjetovatelj krati, savjetovatelji to ponekad i izravno govore. Primjerice, može se čuti da najavljuju kraj poziva *„jer ima drugih nazivatelja s bitnim pitanjima koji čekaju, a linija je zauzeta“*. Takav način komunikacije nije primjeren. Nazivatelj ima pravo koristiti liniju kao uslugu koja mu je dostupna, a ako savjetovatelj smatra da iz nekog razloga nema smisla dalje voditi poziv, mora to objasniti primjerenim i stvarnim razlogom. Uvijek postoje drugi ljudi koji možda zovu liniju kad je zauzeta i to nije razlog za skraćivanje poziva koji je u tijeku, pa ni onda kada je to testirajući poziv. Važno je zapamtiti da je svaki poziv pravi poziv, a svaki nazivatelj ima potrebe koje su jednako vrijedne.

U kategoriju testirajućih poziva na većini savjetodavnih linija spadaju i takozvani „kroničari“. Radi se o nazivateljima koji redovito zovu liniju, primjerice svaki tjedan ili čak svaki dan. Mogu iznositi zamršene situacije i paralelno odbijati smjernice savjetovatelja, ali to mogu biti i osobe čije teškoće nisu primjerene za telefonsko

savjetovanje. Organizacijski je potrebno smisliti jedinstven dogovor oko vođenja takvih poziva, odnosno pravila koja će se iskomunicirati s tim nazivateljima kada nazovu.

POZIVI ZLOUPOTREBE (POGREŠNE UPOTREBE)

Pod ovim nazivom podrazumijevamo pozive u kojima nazivatelji bez prestanka vrijeđaju savjetovatelja, prijetje, koriste vulgarne izraze ili pokreću razgovor o seksualnosti kako bi zadovoljili vlastite potrebe. Isto tako, to mogu biti i pozivi kada je nazivatelj pogrešno nazvao, odnosno krivo je upotrijebio liniju (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019).

Važno je da postoje organizacijska pravila vezana uz takve pozive, posebice one koji uključuju prijetnje, vikanje ili neka druga agresivna ponašanja, no u konačnici će svaki savjetovatelj imati i svoju granicu. Nekome će vulgaran rječnik smetati, dok će drugom savjetovatelju to biti u redu i smatrat će da je nazivatelj autentičniji ako se izražava na sebi svojstven način koji možda uključuje psovke. Prilikom konfrontiranja i postavljanja granica, važno je učiniti to jasno i na vrijeme kako bi nazivatelj imao priliku uvažiti ih. Ako ih pak ne uvažava, takve pozive će vjerojatno savjetovatelj završiti na vlastitu inicijativu, no uvijek je važno da to primjereno najavi i pozove nazivatelja na ponovno javljanje uz razgovor na način kakav se smatra primjerenim na liniji.

POZIVI ŠUTNJE

Pozivi u kojima osoba s druge strane šuti također su česti na savjetodavnim linijama (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019). Ponekad je nazivateljima teško započeti razgovor, povjeriti se ili kasnije tijekom razgovora kažu da su zablokirali. Savjetovateljima može biti teško "izdržati" šutnju, posebno onda kada ne vide osobu ispred sebe, i često im se čini da traje dulje nego što zaista traje. Ono što je nazivateljima koji šute najčešće potrebno su razumijevanje i ohrabivanje. Dobro je reći nazivatelju: *"Čini mi se da čujem da je netko s druge strane. Nekad je ljudima teško pričati o onome što ih muči. Mogu sačekati neko vrijeme ako Vam je potrebno da posložite misli. Tu sam."*

Važno je da savjetovatelj ne nudi da će čekati dok nazivatelj ne bude spreman razgovarati, jer ne zna kada će biti i to obećanje vjerojatno neće ispuniti. Nakon nekog vremena, ako nazivatelj i dalje šuti, korisno je reći: *"Voljela bih da mi na neki način kažete je li Vam potrebno još neko vrijeme da skupite hrabrost za razgovor, da znam hoću li još čekati."* Ako šutnja traje više minuta, važno je da savjetovatelj najavi da će završiti poziv, no kao i uvijek, da pozove nazivatelja da se javi ponovno.

Nazivatelju koji šuti savjetovatelj ponekad nude da pritiskom na neku tipku da do znanja je li još uvijek prisutan i želi li da ga savjetovatelj još neko vrijeme sasluša. Ipak, takav način komunikacije bolje je ne nuditi ili barem ne nuditi više od jednog puta u pozivu. Naime, nazivatelji nekad, ozbiljno ili iz šale, žele nastaviti komunicirati tipkama, što nije način provođenja telefonskog savjetovanja.

Osim poziva šutnje, šutnja, odnosno pauze se događaju i tijekom drugih poziva (Buljan Flander i Ćosić Pregrad, 2019). Ako se šutnja javi na početku poziva kada je nazivatelju neugodno, savjetovatelj može koristiti ranije opisana ohrabrenja kako bi potaknuo osobu da se otvori. Isto tako, šutnja se može javiti i onda kada nazivatelj razmišlja o nečemu što je savjetovatelj nedavno rekao, sređuje dojmove ili mu je nešto teško. Tada je šutnju važno reflektirati i reći: *"Čini mi se da se nešto dogodilo nakon što sam Vam rekla (...). Pitam se o čemu razmišljate? / Kako se sada osjećate?"*.



INTERVENCIJE NA SAVJETODAVNIM LINIJAMA

S obzirom na situaciju, očekivano je da će se linijama podrške ljudi obraćati s različitim pitanjima i temama. Trenutno svi živimo u uvjetima pojačane zabrinutosti zbog vlastitog zdravlja i zdravlja bližnjih, nekima je ograničeno kretanje i fizički kontakti s drugima, imamo mnoga pitanja u vezi organiziranja života u novonastalim uvjetima, a opterećeni smo i financijskim teškoćama zbog otkaza ili prijetnji otkazom (World Health Organization, 2020).

Takva razina visokog stresa može dovesti do brojnih teškoća na planu mentalnog zdravlja, poglavito anksioznosti i depresivnosti, a slično vrijedi i za one koji obole od COVID-19 virusa (Li i sur., 2020). Moguće je doživljavanje poricanja, usamljenosti, kao povećan rizik od agresivnosti i suicidalnosti (Li i sur., 2020). U okviru telefonske linije savjetovatelji nazivateljima mogu pružiti podršku i utjehu, saslušati ih, pokazati razumijevanje, dati praktične informacije, ali i procijeniti potrebu za intervencijom stručnjaka u okviru neke od institucija, bilo da se radi o upućivanju na liječničku pomoć, pomoć institucija socijalne skrbi ili zaštitu u nadležnosti policije.

Literatura

1. Barton, A. (1999). Prank calls: Plague or purpose?. *Kids Helplines Newsletter*.
2. Bobevski, I., Holgate, A. M. i McLennan, J. (1997). Characteristics of effective telephone counselling skills. *British Journal of Guidance and Counselling*, 25(2), 239-249.
3. Buljan Flander, G. i Ćosić Pregrad, I. (2019). *Telefonsko savjetovanje - vodič za savjetovatelje (4. izdanje)*. Hrabri telefon.
4. Campos, B. (2009). Telepsychology & telehealth: Counselling conducted in a technology environment. *Counselling, Psychotherapy, and Health*, 5(1), 26-59.
5. Coman, G. J., Burrows, G. D. i Evans, B. J. (2001). Telephone counselling in Australia: Applications and considerations for use. *British Journal of Guidance & Counselling*, 29(2), 247-258.
6. Duan, L. i Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302.
7. Emmison, M. i Danby, S. (2007). Who's the friend in the background?: Interactional strategies in determining authenticity in calls to a national children's helpline. *Australian Review of Applied Linguistics*, 30(3), 31-1.
8. Emmison, M. i Firth, A. (2012). Requesting and receiving advice on the telephone: An analysis of telephone helplines in Australia. *Advice in discourse*, 213-232.
9. Fukkink, R. i Hermanns, J. (2009). Counseling children at a helpline: chatting or calling?. *Journal of Community Psychology*, 37(8), 939-948
10. Li, W., Yang, Y., Liu, Z. H., Zhao, Y. J., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T. i Xiang, Y. T. (2020). Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1732.
11. Masi, D. (2001). The use of telephone and online technology in assessment, counseling, and therapy. *Employee Assistance Quarterly*, 16, 49-63.
12. Reese, R. J., Conoley, C. W. i Brossart, D. F. (2006). The attractiveness of telephone counseling: An empirical investigation of client perceptions. *Journal of Counseling & Development*, 84(1), 54-60.
13. Spittal, M. J., Fedyszyn, I., Middleton, A., Bassilios, B., Gunn, J., Woodward, A. i Pirkis, J. (2015). Frequent callers to crisis helplines: Who are they and why do they call?. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49, 54-64.
14. Weatherall, A., Danby, S., Osvaldsson, K., Cromdal, J. i Emmison, M. (2016). Pranking in children's helpline calls. *Australian Journal of Linguistics*, 36(2), 224-238.

15. World Health Organization (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. World Health Organization.
16. Zlatarić, T. (1999). *Plavi telefon - linija pomoći*. Pravni fakultet u Zagrebu, Studijski centar za socijalni rad. Diplomski rad.

Preporučena literatura

1. Buljan Flander, G. i Ćosić Pregrad, I. (2019). *Telefonsko savjetovanje - vodič za savjetovatelje (4. izdanje)*. Zagreb: Hrabri telefon.
2. Rosenfield, M. (1996). *Counselling by Telephone*. SAGE Publications. Sage.



Elektroničko savjetovanje

Mirna Čagalj Farkas

U okviru različitih novih oblika pružanja pomoći korisnicima, nakon uvođenja telefonskog savjetovanja, u posljednjem desetljeću sve se učestalije koristi i elektroničko savjetovanje (Yaphe i Speyer, 2011). Elektroničko savjetovanje je naziv za savjetovanje koje se provodi putem različitih elektroničkih kanala komunikacije, a često se skraćeno naziva **e-savjetovanje**.

U ovom tekstu će biti obuhvaćeno elektroničko savjetovanje koje se provodi pisanim putem, putem kanala kao što su e-mail, forumi, *chat*, ali i društvene mreže. Osim što se može provoditi putem različitih kanala komunikacije, elektroničko savjetovanje može se provoditi i na različite načine, odnosno sinkronizirano, u realnom vremenu, ili nesinkronizirano, u obliku pisanja odgovora na upit primljen elektroničkim putem. Elektroničko savjetovanje podrazumijeva da savjetovatelj ima

vještine za savjetodavni rad uživo, koje zatim nadograđuje prema potrebama i specifičnostima kanala elektroničke komunikacije putem kojih provodi savjetovanje (Yaphe i Speyer, 2011).

Osnovni ciljevi elektroničkog savjetovanja su iskazivanje **empatičnog razumijevanja** problema koje klijent izlaže, kao i **pouzdanje** u klijentove mogućnosti da ih riješi (Yaphe i Speyer, 2011). Budući da su savjetodavne usluge koje se pružaju elektroničkim kanalima kratkoročne, dobro je da savjetovatelj bude više orijentiran prema cilju i da kroz savjetovanje usmjerava klijenta prema nekom konkretnom načinu rješavanja teškoća (Yaphe i Speyer, 2011).

Pokazalo se da **dostupnost** ovakvih oblika pružanja stručne pomoći povećava vjerojatnost oslanjanja na njih (Perle, Langsam i Nierenberg, 2011). Također, korist postojanja elektroničkih kanala savjetovanja uz telefonske vidljiva je i u tome da se ljudi razlikuju prema preferencijama oblika savjetovanja. Stoga oni koji odaberu savjetovanje elektroničkim kanalima vjerojatno ni ne bi koristili savjetodavnu pomoć putem telefona (Sindahl, 2011). Dakle, dostupnošću različitih kanala savjetovanja broj ljudi koji će potražiti pomoć vjerojatno će biti veći.

Jasno, elektroničko savjetovanje će nekim klijentima više, a nekima manje odgovarati. Općenito, oni kojima je ugodna pisana komunikacija mogu najviše profitirati od njega. Primjerice, pokazalo se da su **adolescenti naviknutiji na takav način komunikacije, a pritom su opušteniji i slobodniji u izražavanju** (Nagel i Anthony, 2011). Uz to, za korištenje ovog načina komunikacije nužna je određena razina digitalne pismenosti. Naposljetku, s obzirom na to da se odvija u tišini, veća je vjerojatnost da će elektroničko savjetovanje koristiti osoba koja u prisutnosti drugih ljudi ili članova obitelji ne želi pričati naglas o svojim teškoćama, a nema mogućnost udaljavanja, što je posebno izraženo u trenutnoj situaciji.

U okviru e-savjetovanja, gotovo svi upiti korisnika su savjetodavne prirode, a broj ostalih vrsta kontakata spominjanih u poglavlju o telefonskom savjetovanju je manji, stoga će u tekstu biti obrađeni samo savjetodavni upiti.

PREDNOSTI I NEDOSTACI ELEKTRONIČKOG SAVJETOVANJA

Elektroničko savjetovanje omogućuje ljudima slanje upita u kojima dijele svoje teškoće i dobivanje savjetodavne pomoći dok su u svom domu, što je mnogima

ugodnije od odlaska u ustanove. Uz to, mnogi ljudi lakše prenose svoje misli i osjećaje kad ih nitko ne promatra pa posljedično otkrivaju i dijele više informacija sa savjetovateljem nego što bi možda otkrili uživo (Yaphe i Speyer, 2011; Suler, 2004a). Elektroničko savjetovanje sporiji je proces od savjetovanja licem u lice, što klijentima može odgovarati jer im daje vremena za usmjeravanje na sebe, svoje misli i osjećaje, koje neometano mogu ispisivati i dijeliti, a sam čin pisanja o teškoćama osobi može pružiti zdrav odmak i drugačiji pogled na teškoće koje proživljava (Yaphe i Speyer, 2011).

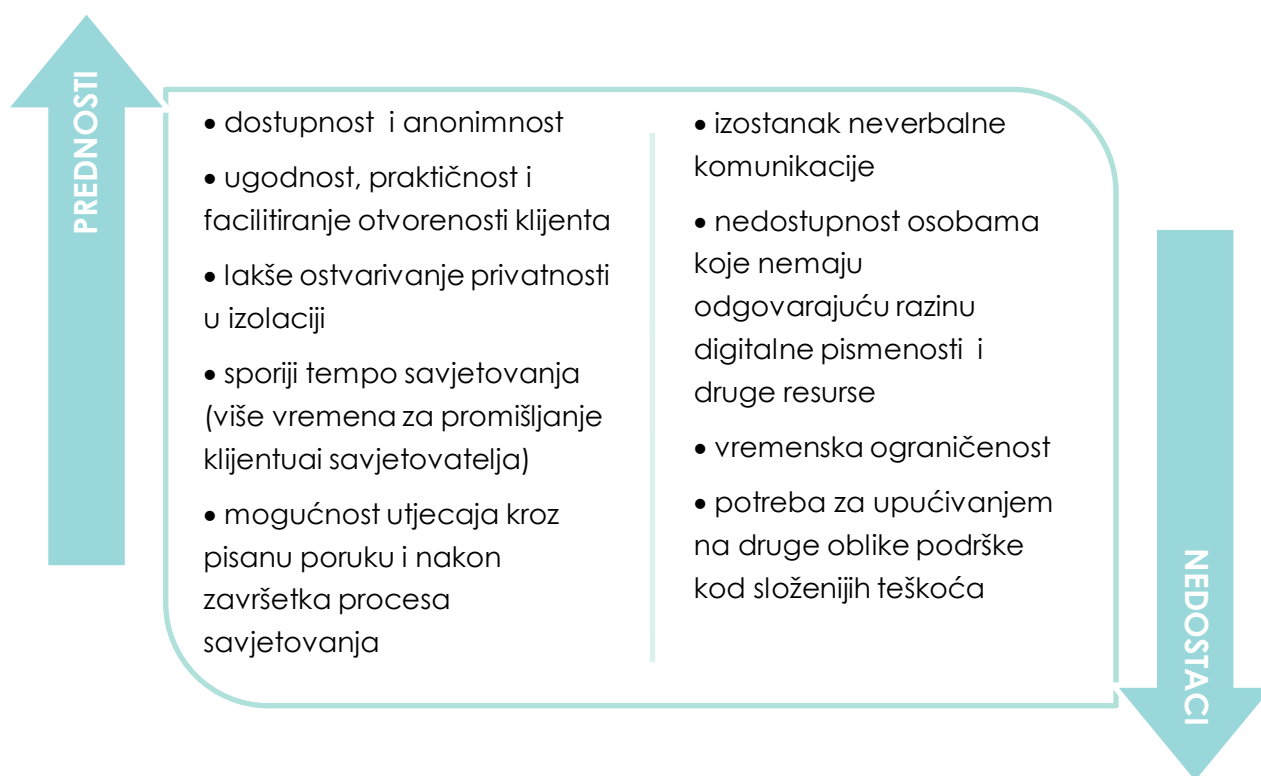
Jedna od značajnih prednosti ovakvog oblika savjetovanja je i **dostupnost**. Elektroničko savjetovanje ljudima je dostupno i u mjestima gdje ne postoje ustanove i organizacije u kojima bi podrška stručnjaka bila fizički dostupna (Yaphe i Speyer, 2011). Za e-savjetovanje potreban im je samo pristup internetu i elektronički uređaj, što može biti mobitel, laptop ili tablet, a koje posjeduje većina ljudi. S obzirom na to da postoje brojne udruge i ustanove koje ovakav način savjetovanja pružaju besplatno, često je to pristupačniji oblik pomoći ljudima koji su financijski ograničeni (Campos, 2009). Prikladan je i za pojedince možda ne žele dugoročniju savjetodavnu podršku već kratkoročno stručno mišljenje i smjernice vezane uz trenutni izazov s kojim se nose (Campos, 2009).

Nadalje, prednost elektroničkog savjetovanja za korisnike je i **anonimnost**. Osoba može poslati upit tako da sačuva svoju privatnost, što je prednost u situacijama kada je ljudima neugodno razgovarati o osjetljivim temama ili kada osjećaju strah od obraćanja stručnjaku (Yaphe i Speyer, 2011). No, dok je anonimnost često prednost za korisnike, za savjetovatelja to znači povećanu odgovornost za brigu o povjerljivosti i čuvanju onih podataka koje ima, posebice onda kada su oni spremljeni u pisanom obliku. Uz to, ako se elektroničko savjetovanje korisniku prikazuje kao anonimno, nije etično da savjetovatelj koristi informacije koje možda vidi iz njegove e-mail adrese, s Facebook profila i slično, kao niti da koristeći te informacije pretražuje na internetu dodatne podatke o korisniku. Isticanjem anonimnosti savjetovatelji pristaju na to da imaju samo one podatke koje nazivatelj direktno odluči podijeliti s njima.

Vjerojatno najočigledniji nedostatak elektroničkog savjetovanja je **izostanak neverbalne komunikacije** (Yaphe i Speyer, 2011), a u odnosu na telefonsko savjetovanje, i paraverbalnih znakova komunikacije. Iako određeni autori smatraju kako izostanak znakova znači i izostanak znakova za distrakciju, što može pomoći terapeutu da se usmjeri na povezivanje s klijentovim unutarnjim svijetom (Suler,

2004b), u pravilu je izostanak neverbalnih i paraverbalnih znakova komunikacijski aspekt koji zahtijeva prilagodbu savjetovatelja i njegovih vještina. Primjerice, s obzirom na to da u okviru e-savjetovanja savjetovatelj ne vidi osobu, često ne zna je li se javilo dijete, adolescent ili odrasla osoba, što je nužno provjeriti prije nuđenja ideja ili prijedloga.

Naposlijetku, važno je istaknuti da e-savjetovanje u pravilu **neće koristiti oni ljudi koji nemaju vještine i znanja** za korištenje interneta i modernih kanala komunikacije. Također, elektroničko savjetovanje **ne može obuhvatiti sve teškoće** i odgovornost savjetovatelja je klijenta uputiti na traženje direktne pomoći u bliskoj okolini ako procijeni da je to potrebno. Uz to, mora ga uputiti i na traženje hitne pomoći uživo, kao i obavijestiti relevantne institucije kada sazna informacije o tome da je nečiji život ugrožen (Yaphe i Speyer, 2011).



Grafički prikaz 1. Prednosti i nedostaci e-savjetovanja

SINKRONIZIRANO ELEKTRONIČKO SAVJETOVANJE

Sinkronizirano elektroničko savjetovanje podrazumijeva savjetodavni razgovor između klijenta i savjetovatelja koji se događa u isto vrijeme (Sindahl, 2011). To znači da se klijent i savjetovatelj „dopisuju“, paralelno šaljući jedno drugome poruke sa svojih računala. Sinkronizirani oblik elektroničkog savjetovanja može se provoditi putem različitih *chat* sustava, ali i putem društvenih mreža koje omogućuju takav način komunikacije (primjerice Facebook).

Takvo savjetovanje možemo simbolički usporediti s **virtualnim razgovorom**. Ono podsjeća na savjetovanje uživo zbog ritma komunikacije koji podrazumijeva dinamičniju razmjenu poruka, odnosno tijek komunikacije je sličan onome kada savjetovatelj i klijent uživo razgovaraju (Nagel i Anthony, 2011). Ipak, sinkronizirano elektroničko savjetovanje je zbog pisane komunikacije puno sporije (Bambling, King, Reid i Wegner (2008)). S obzirom na sinkroniziranost provedbe, za takav je oblik savjetovanja važno organizirati vremenski okvir, odnosno vrijeme u kojemu je savjetovatelj dostupan kako bi i klijent istovremeno mogao pristupiti sustavu i započeti komunikaciju (Sindahl, 2011).

Kako bi savjetovanje putem *chata* ili nekog drugog sustava bilo efikasno, važno je da je savjetovatelj otvoren prema ovom načinu komunikacije i da ima vještine te dodatnu edukaciju u vezi savjetovanja koje se provodi na ovaj način (Nagel i Anthony, 2011). Nekim savjetovateljima ovakav način komunikacije jednostavno neće odgovarati. To je potpuno u redu sve dok su tih stavova svjesni te, ako postoji potreba za takvim radom, o tome razgovaraju s kolegama i poduzimaju korake koji će povećati njihovu spremnost. Osim toga, važno je spomenuti da u odnosu na savjetovanje putem telefona, klijenti u okviru *chat* savjetovanja češće povjeravaju složenije, teže i ozbiljnije teškoće (Sindahl, 2011), na što bi savjetovatelj koji se upušta u elektroničko savjetovanje trebao biti spreman.

U okviru sinkroniziranog elektroničkog savjetovanja savjetovatelj prati strukturu sličnu onoj u telefonskom savjetodavnom razgovoru. To znači da nastoji **uspostaviti odnos s klijentom**, radi **procjenu** kroz postavljanje pitanja, parafraziranje i provjeravanje hipoteza (Nagel i Anthony, 2011), a potom prelazi na **definiranje problema i postavljanje ciljeva** s klijentom. Na kraju savjetovanja savjetovatelj **sažima razgovor i ponavlja ključne dogovore** (Nagel i Anthony, 2011), bilo da se radi

o smjernicama do idućeg javljanja klijenta ili o općem dogovoru za klijentove akcije nakon razgovora.

U ovakvom načinu savjetovanja bolje je pisati poruke koje su kratke i sažete, nego velike ulomke teksta jer se time gubi prednost sinkronizirane komunikacije na *chatu*. Kao i u telefonskom savjetovanju, korisno je prisjetiti se da i u pisanoj sinkroniziranoj komunikaciji nastupa vrijeme za šutnju i savjetovatelj tada može klijentu napisati: „Ako želite, uzmite malo vremena za pročitati ovo što sam sada napisala, ja sam tu i čekam.” ili „Vidim da mi već neko vrijeme niste odgovorili pa se pitam o čemu razmišljate.”

Iako rijetko, neki će se korisnici *chata* javiti više puta (Sindahl, 2011), što može biti korisno i omogućiti savjetovatelju detaljnije praćenje napretka. No, kod korisnika koji se ponavljano kroz duže vrijeme javljaju na *chat* važno je promišljati o tome postoji li napredak u radu s njima, ili se javljaju ponavljano iz nekih drugih razloga, poput usamljenosti (Sindahl, 2011). Ako se procjeni potreba za time, takve je klijente važno uputiti na druge, cjelovitije oblike podrške dostupne u njihovoj okolini.

Savjetovatelji u okviru *chat* savjetovanja u prosjeku troše značajno više vremena za prikupljanje informacija jer pisanim putem dulje postavljaju pitanja, ohrabruju, koriste empatične izjave i razjašnjavaju probleme klijenta (Dowling i Rickwood, 2014). U praktičnom smislu to često znači da se ne posvećuju u dovoljnoj mjeri razradi i istraživanju rješenja te ciljeva (Dowling i Rickwood, 2014). Iako je to očekivano i vjerojatno se može pripisati sporosti takvog oblika komunikacije (Bagraith, Chardon i King, 2010), to dovodi do rizika da savjetovatelj s klijentom čak jedan do dva sata ispituje situaciju, bez promišljanja o mogućim intervencijama.

S obzirom na vremenska ograničenja, važno je da savjetovatelji prate napredak koji se postiže tijekom jednog *chat* savjetovanja i da posvete vrijeme razvijanju ideja i strategija nošenja s teškoćama kod klijenta (Dowling i Rickwood, 2014). To znači da je u *chat* savjetovanju važno da savjetovatelj ranije u razgovoru provjeri koja je to teškoća na kojoj klijent želi raditi, kako bi imali dovoljno vremena za usmjeravanje na nju (Dowling i Rickwood, 2014). Ako bi se to povezalo s fazama razgovora u okviru savjetodavnog telefonskog razgovora, to bi značilo da se u okviru ovakvog oblika savjetovanja problem tipično definira nešto ranije.

S obzirom na to da savjetovanje putem *chata* obično podrazumijeva jednu sesiju, savjetovatelj treba pokušati postaviti cilj, razraditi i diskutirati s osobom o njemu unutar jednog razgovora, za razliku od savjetovanja uživo ili pak terapije gdje se takvi

ciljevi postavljaju i postižu na puno dulje staze (Sindahl, 2011). Osim što mora paziti da ne prijeđe liniju između savjetovanja i terapije, savjetovanje putem *chata* ne bi smjelo biti niti previše ležerno i postati usputan razgovor i čavrljanje (Sindahl, 2011).

Okvirne smjernice govore o tome da bi u prve dvije trećine *chat* razgovora savjetovatelj trebao ispitati teškoće s kojima se osoba javila i prikupiti informacije o tome, dok se tehnike rješavanja problema mogu koristiti tijekom cijelog razgovora, ali najučinkovitije su na kraju razgovora kada usmjeravaju osobu na to što može napraviti po njegovom završetku (Sindahl, 2011). Dugoročno gledano, savjetovateljeva briga o planiranju ciljeva može povećati efikasnost rada s klijentom jer strukturira i stavlja savjetovanje u prikladan vremenski okvir (Strong, 2009).

NESINKRONIZIRANO ELEKTRONIČKO SAVJETOVANJE

Nesinkronizirano elektroničko savjetovanje provodi se tako da klijent šalje upit, a savjetodavni odgovor dobiva odgovor u roku od nekoliko dana, što znači da se komunikacija ne odvija istovremeno i ne nastoji imitirati savjetovanje uživo (Yaphe i Speyer, 2011). Razmjena između klijenta i savjetovatelja je vremenski odgođena i sporija (Yaphe i Speyer, 2011), no učinkovita i sigurna (Yaphe i Speyer, 2011).

Takvo savjetovanje se najčešće provodi putem e-maila, foruma, ali se isto tako može provoditi i putem društvenih mreža. Važno je da klijent zna u kojem roku može očekivati odgovor (Kotsopoulou, Melis, Koutsompou i Karasarlidou, 2015), kao i da ima informaciju o tome da e-savjetovanje nije oblik pružanja krizne pomoći. Ako se savjetovatelju elektroničkim putem obrati osoba koja se nalazi u krizi, savjetovatelj joj treba osigurati odgovarajuće podatke o kontaktima za hitne slučajeve kojima se može obratiti ako bude u potrebi (Kotsopoulou i sur., 2015).

Nadalje, nesinkronizirano elektroničko savjetovanje ima određene prednosti u odnosu na sinkronizirano. Osoba **može poslati upit bilo kada**, neovisno o radnom vremenu i dogovoru o terminu sa savjetovateljem (Yaphe i Speyer, 2011). **Više vremena za savjetovatelja** znači veću slobodu oko odlučivanja kada će napisati odgovor te mogućnost da tijekom tog perioda istraži neku temu ili se savjetuje s kolegama (Yaphe i Speyer, 2011).

Kada zaprime odgovor, **korisnici ga mogu više puta pročitati** i razmisliti o svemu što je savjetovatelj napisao (Yaphe i Speyer, 2011). Osobe koje su koristile usluge

nesinkroniziranog e-savjetovanja navode da su često znale isprintati odgovor, što im je služilo kao podsjetnik na savjetovateljeve riječi ohrabrenja u različitim trenucima (Yaphe i Speyer, 2011). Ovo može biti i podsjetnik savjetovatelju o tome da je nešto što je napisano i poslano konačno, stoga je važno da bude dobro razrađeno i jezgrovito.

Ovakav oblik elektroničkog savjetovanja ima i neke nedostatke, a to je prvenstveno **izostanak neposrednosti u komunikaciji** kakva postoji u telefonskom, ali i sinkroniziranom *chat* savjetovanju (Williams, 2000). Potom, u nesinkroniziranom elektroničkom savjetovanju savjetovatelju **nedostaje mogućnost direktnog pojašnjavanja** nečega što je osoba napisala (Yaphe i Speyer, 2011). Iako je tome važno doskočiti, u okviru nesinkroniziranog e-savjetovanja trebalo bi izbjegavati postavljanje pitanja u formi u kojoj to savjetovatelji rade uživo jer to može dovesti do toga da odgovor bude ispunjen pitanjima koji osobu mogu preplaviti (Lulić i Fusić, 2017).

Svoje dileme i nejasnoće savjetovatelj bi u odgovoru trebao oblikovati na drugačiji način, primjerice, rečenicama poput ove: „*Pitam se koliko dugo traju sukobi koje ste opisali u upitu.*” ili „*Zanima me jeste li dosad pokušali nešto napraviti u vezi s*



brigama koje Vam se javljaju." Pritom je dobro izbjegavati zamjenice i konkretno napisati na koji dio upita se savjetovatelj osvrće u odgovoru, kako bi izbjegao nesporazume proizašle iz toga što se ne može neposredno osvrnuti na nešto što je osoba rekla. S obzirom na to da postoji mogućnost da se osoba više ne javi, ovakvim načinom izražavanja ju savjetovatelj usmjerava na promišljanje čak i ako se komunikacija ne nastavi (Lulić i Fusić, 2017).

U e-savjetovanju savjetovatelj se usmjerava na one informacije koje ima. S obzirom na to da su one često nedostatne, a možda nema priliku provjeriti ih, dobro je da u odgovoru osobi ponudi širi raspon mogućnosti i ideja koje je važno potkrijepiti edukacijskim dijelom (Lulić i Fusić, 2017). To nipošto ne znači da savjetovatelj treba odstupati od osnovnih principa savjetovanja i zauzimati perspektivu u kojoj misli da zna kako se osoba osjeća, no može napisati nešto poput sljedećih rečenica: *„Osobe koje se nađu u situaciji poput Vaše mogu se osjećati tužno, razočarano, bespomoćno. Možda se i Vi tako osjećate. Ako sam u pravu, važno mi je da znate da je to prirodna reakcija s obzirom na sve što ste proživjeli."*

Prije pisanja odgovora savjetovatelj treba detaljno pročitati upit kako bi pokušao shvatiti o čemu se radi i koja je osnovna teškoća u vezi koje se osoba javila, a ako postoje neke nejasnoće, dobro je da to zabilježi kako bi se i na to osvrnuo u odgovoru. Na početku odgovora na prvi takav upit uobičajeno je da se savjetovatelj zahvali osobi za javljanje i da joj do znanja da mu je drago što se odlučila javiti i povjeriti svoje teškoće. Osobi se može obratiti riječima *Dragi.../Draga... ili Poštovani.../Poštovana...*

Potom je dobro sažeti ono što je osoba napisala u upitu kako bi se mogla identificirati teškoća na koju će se u odgovoru usmjeriti. Ponekad je to jasno iz upita, ali ne uvijek. Uz to je dobro da savjetovatelj koristi i reflektiranje, parafraziranje i pojašnjavanje.

Nakon toga u odgovoru slijedi istraživanje resursa kod osobe, identificiranje i predlaganje smjernica i ideja, a čest je i edukativni dio u kojemu savjetovatelj nastoji objasniti neke sadržaje koje je korisnik spomenuo u upitu. S obzirom na to da često sa sobom nosi neka pitanja, može potaknuti osobu da promisli o određenim aspektima situacije.

Naposljetku savjetovatelj nudi osobi kontakte na koje se može obratiti uživo, kao i korisne sadržaje koje može pročitati ili pronaći na internetu. Dobro je potaknuti osobu na ponovno javljanje, kao i na to da u novom upitu pojasni neke aspekte koji bi

mogli savjetovatelju dati detaljniji uvid u to što se događa. Na kraju odgovora, savjetovatelj zahvaljuje osobi i pozdravlja ju. U daljnjim odgovorima, ako se savjetovanje nastavi elektroničkim kanalom, struktura slična opisanoj može biti od pomoći savjetovatelju, no uvodni dio i završetak ne moraju biti toliko detaljni i formalni.

Određeni autori preporučuju da se savjetovatelj, umjesto na nedostatak neverbalnih znakova, usmjeri na prisutnost znakova koji se mogu iščitati iz teksta i pisane komunikacije (Yaphe i Speyer, 2011). Kako je u okviru nesinkroniziranog e-savjetovanja smanjena mogućnost provjere i ne preporučuje se postavljanje pitanja, potrebno je aktivnije promišljati o tome kako je osobi kojoj savjetovatelj piše odgovor. Pritom savjetovatelj može uzimati u obzir sve znakove iz upita koje bi mogli dati neku informaciju, primjerice, trotočja, izraze koje osoba koristi ili ponavlja, način na koji piše, interpunkcijske znakovi koje ponavlja i tako dalje (Lulić i Fusić, 2017). Povećanjem kvalitete pisane komunikacije savjetovatelj može u određenoj mjeri kompenzirati nedostatak fizičke interakcije (Nagel i Anthony, 2011).

Literatura

1. Bagraith, K., Chardon, L. i King, R. (2010). Rating counselor-client behavior in online counseling: Development and preliminary psychometric properties of the counseling progress and depth rating instrument. *Psychotherapy Research*, 20(6), 722–730.
2. Bambling, M., King, R., Reid, W. i Wegner, K. (2008). Online counselling: The experience of counsellors providing synchronous single-session counselling to young people. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8(2), 110–116.
3. Campos, B. (2009). Telepsychology & telehealth: Counselling conducted in a technology environment. *Counselling, Psychotherapy, and Health*, 5(1), 26-59.
4. Dowling, M. i Rickwood, D. (2014). Investigating individual online synchronous chat counselling processes and treatment outcomes for young people. *Advances in Mental Health*, 12(3), 216-224.
5. Kotsopoulou, A., Melis, A., Koutsompou, V. I. i Karasarlidou, C. (2015). E-therapy: The ethics behind the process. *Procedia Computer Science*, 65, 492-499.
6. Lulić, S. i Fusić, L. (2017). *Priručnik o e-savjetovanju*. Neobjavljeni tekst. Hrabri telefon.
7. Nagel, D. M. i Anthony, K. (2011). Text-based online counseling: Chat. U *Online Counseling* (str. 169-182). Academic Press.
8. Perle, J., Langsam, L. i Nierenberg, B. (2011). Controversy clarified: An updated review of clinical psychology and tele-health. *Clinical Psychology Review*, 31, 1247–1258.
9. Sindahl, T. N. (2011). *Chat Counselling for Children and Youth: A Handbook*. Børns Vilkår.
10. Strong, T. (2009). Collaborative goal-setting: Counsellors and clients negotiating a counselling focus. *Counselling Psychology Review*, 24(3/4), 24–37.
11. Suler, J. (2004a). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology & Behavior*, 7(3), 321–326.
12. Suler, J. R. (2004b). The psychology of text relationships. U R. Kraus, J. Zack i G. Stricker (Ur.) *Online counseling: A handbook for mental health professionals*. Academic Press.
13. Williams, S. (2000). How is telehealth being incorporated into psychology practice? *APA Monitor on Psychology*, 31(4), 15
14. Yaphe, J. i Speyer, C. (2011). Text-based online counseling: Email. U *Online Counseling* (str. 147-167). Academic Press.



**SVI SMO U ISTOJ OLUJI,
ALI NE I U ISTOM ČAMCU**

**Odgovaranje na potrebe klijenata
u pandemiji COVID-19**



Što je dobro imati na umu pri psihološkom savjetovanju oboljelih od COVID-a 19?

Inge Vlašić-Cicvarić

Zbog specifičnosti krizne situacije u okolnostima pandemije COVID-19 psihološka se pomoć nudi i pruža na daljinu. Brojne savjete i preporuke psihologa vezane uz aktualno otežane životne okolnosti može se naći u on-line priručniku *Koronavirus i mentalno zdravlje: psihološki aspekti, savjeti i preporuke*, objavljenom na stranicama Hrvatske psihološke komore (www.psiholoska-komora.hr), koji je namijenjen stručnoj, ali i širokoj javnosti. Mnoge su ustanove u Republici Hrvatskoj organizirale telefonske linije za psihološku pomoć. Hrvatska psihološka komora je polovicom ožujka u suradnji s Hrvatskim psihološkim društvom i županijskim društvima psihologa pokrenula Mrežu telefona za psihološku pomoć Hrvatske psihološke komore i Hrvatskog psihološkog

društva, s ciljem omogućavanja dostupnosti psihološke podrške na cijelom području Republike Hrvatske, a u dežurstva na telefonima aktivno je 150 psihologa volontera. Prvog dana mjeseca svibnja u našoj je zemlji COVID-19 preboljelo 1421 osoba. Jedan je dio oboljelih, pretežno s težim simptomima bolesti, liječen do ozdravljenja u bolničkoj ustanovi, a drugi u samoizolaciji kod kuće. Stotine su osoba još uvijek u tijeku liječenja, a tisuće su prošle i još prolaze iskustvo dvotjedne samoizolacije kao mjeru predostrožnosti radi moguće pojave bolesti zbog otkrivenog kontakata sa zaraženom (oboljelom) osobom.

Premda situacija COVID-19 pandemije pogađa svakoga od nas kao prijetnja našem zdravlju i stresom zbog nužne prilagodbe na značajne životne promjene izazvane mjerama zaštite od koronavirusa, nismo svi jednako pogođeni. Brojne su osobe kod kojih se situacija prijetnje (ugroze) zdravlju obistinila, koje su izravne žrtve kriznog događaja.

Javnosti se redovito prezentiraju informacije od strane Nacionalnog stožera gdje nam stručnjaci, zadnjih dana sa sve većim zadovoljstvom, objavljuju podatke o rastu broja uspješno izliječenih i otpuštenih iz bolnica te ozdravljenih osoba koje su bolest izliječile kod kuće. No, dostupni podaci u literaturi govore nam o mogućem negativnom utjecaju i liječenja u bolnici i karantene na mentalno zdravlje, u vidu ne samo kratkoročnih nego i dugoročnih posljedica. Stoga ćemo na jednom mjestu istaknuti neke relevantne informacije o mogućim specifičnostima savjetovanja osoba oboljelih/oporavljenih od COVID-a-19, kao podsjetnik za savjetovatelje.

Pružanje psihološke pomoći i podrške u kriznim situacijama **osobama koje sada prolaze ili su nedavno prošle liječenje radi COVID-19**, putem telefonskog savjetovanja vodi se općim načelima psihološkog savjetovanja: empatija, razumijevanje, individualizirana pomoć i podrška! Naša ranija znanja i vještine (stečene tijekom Domovinskog rata i nakon njega) dodatno su osvježena i nadopunjena kroz *webinare* koje je Hrvatska psihološka komora krajem travnja organizirala u suradnji s Poliklinikom za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba, a koji su bili dodatna podrška savjetovateljima.

Svaki savjetovatelj-psiholog zna kako se javiti, pozdraviti, oblikovati ton glasa i ritam govora da bi izrazio usmjereni interes i brigu za sugovornika koji traži podršku. Također zna koristiti vještine aktivnog slušanja. Aktivno slušanje (parafraziranje, reflektiranje...), uz iskazivanje suosjećanja i spremnosti na pružanje podrške, osobi šalje poruku da ima zainteresiranog sugovornika, da nije sama. Važno je biti svjestan

komunikacije telefonom, pa informaciju da slušamo, da smo aktivno uključeni, dajemo verbalnim, a ne neverbalnim znakovima.

Po potrebi osobu možemo potaknuti upitima kako razmišlja u vezi sa situacijom, koje tjelesne reakcije primjećuje i slično. Primjerice, osobu možemo pitati: „Što vas je ponukalo da baš sada nazovete? Što ste imali na umu...?“

Važno je pitati za osjećaje, kroz pitanja kao što su:

- „Kako ste sada?“
- „Kako se osjećate?“
- „Kako vaši osjećaji variraju tijekom dana?“
- „Kada se, gdje i u čemu najbolje osjećate?“
- „Što vam je najteže?“

Povratne informacije koje pružate neka budu u vidu normalizacije (primjerice: „To su situacije u kojima su za nas ljude normalna takva kompleksna doživljavanja, u kojima istovremeno osjećamo cijeli koloplet emocija, i strah i ljutnju i tugu.“) te se usmjerite na „problem“ koji pozivatelj izdvoji.

ŠTO JE DOBRO IMATI NA UMU PRI SAVJETOVANJU IZRAVNO POGOĐENIH OSOBA?

Savjetovanje se razlikuje u osoba kod kojih je bolest u tijeku i onih koje su ozdravile, tijekom liječenja u bolnici ili bolovanja u samoizolaciji kod kuće.

Što znamo o stresorima bolničkog liječenja?

Podatak da je osoba bila ili je sada suočena s dijagnozom potencijalno vitalno ugrožavajuće bolesti upućuje savjetovatelja o njenim mogućim emocionalnim proživljavanjima. Primjer tome su poznate reakcije na saznanje o bolesti, koje obuhvaćaju šoka i nevjericu, poricanje, odbijanje i ljutnju, potištenost, tugu i depresiju.

Situacija hospitalizacije u mnogočemu je slična bolničkom liječenju s dijagnozama drugih akutnih bolesti s potencijalom vitalne ugroženosti. Kroz nalaze brojnih istraživanja poznato je da liječenje u intenzivnoj skrbi ima potencijal

traumatskog događaja i predstavlja pojačani rizik za razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja (i do 64%), kao i drugih psihičkih poremećaja, prvenstveno iz kruga anksioznih i depresivnih poremećaja, zatim poremećaja spavanja, kognitivnih teškoća te sniženja kvalitete života (Bienvenu i Jones, 2017).

Tumačenja mogućih negativnih ishoda po mentalno zdravlje uključuju složene interakcije između traume iskustva životno ugrožavajuće bolesti/ozljede i stresnih invazivnih medicinskih postupaka u jedinicama intenzivnog liječenja, te neprirodnog, stranog okoliša, koje uključuje 24-satno umjetno osvjtljenje, neprestane zvučne podražaje aparature, monotoniju isprekidanu mogućim uznemirujućim zvucima medicinskih intervencija kod drugih pacijenata itd. (McGiffin, Galatzer-Levy i Bonanno, 2016).

I u osoba koje nisu liječene na intenzivnoj skrbi, tijekom bolničkog liječenja od COVID-19, kao i drugih visoko zaraznih bolesti, medicinsko je osoblje u zaštitnoj odjeći takvog tipa da maksimalno prikriva izgled te je takvu neprirodnu situaciju teško ne doživjeti kao interpersonalnu i komunikacijsku barijeru. Navedeno, uz smještaj u sobi za izolaciju, uključuje smanjenje senzornih podražaja i ekstremno ograničenje socijalnih interakcija, čak i nesmetanog kontakta pogledom s drugom osobom (Purssell, Gould i Chudleigh, 2020). U takvim je okolnosti lako iščitati poruku koja glasi „predstavljaš opasnost za druge ljude“.

Pokazano je da principi i tehnike psihološke prve pomoći među kojima pružanje psihološke podrške, ojačavanje postojećih mehanizama suočavanja i pomoć u rješavanju konkretnih problema mogu polučiti pozitivne učinke (Bienvenu i Jones, 2017). Posebno se naglašava važnost sačinjavanja smjernica za omogućavanje dostupnosti psiholoških intervencija kako bi se umanjile psihološke posljedice u liječenih od COVID-19 (Orrù, Ciacchini, Gemignani i Conversano, 2020).

Što znamo o stresorima izolacije (karantene)?

U situacijama nekih od ranijih epidemija (SARS, Ebola, H1N1, „konjska gripa“, MERS...) istraživao je psihološki utjecaj karantene i izolacije. Izolacija se pokazala najsnažnijim prediktorom simptoma akutnog stresnog poremećaja (Brooks i sur., 2020).

Karantena i samoizolacija gotovo neizostavno predstavljaju izrazito neugodno iskustvo. Neminovno uključuju niz aspekata, koji na neke osobe mogu imati i dramatične učinke, kao što su (Brooks i sur., 2020):

- odvajanje od bliskih osoba
- gubitak fizičkog kontakta i aktivnosti u interakciji
- gubitak slobode i autonomnosti
- pojačanu brigu i strah oko zdravstvenog stanja – „Hoće li se bolest pokazati?“, „Hoće li se simptomi pogoršati?“, „Hoću li preživjeti?“
- osamljenost
- osjećaj zanemarenosti
- nesigurnost
- neizvjesnost
- neugodne osjećaje tuge, ljutnje, krivnje, dosade, frustracije itd.

Nekoliko je studija već izvijestilo o negativnim posljedicama u oboljelih od COVID-19 u vidu simptoma akutnog i posttraumatskog stresnog poremećaja, konfuzije, izbjegavajućih ponašanja, ljutnje i, naravno, straha (Duan i Zhu, 2020; Orrù, Ciacchini, Gemignani i Conversano, 2020). Izraženije teškoće, posebno simptomi posttraumatskog stresa, izbjegavajuća ponašanja i ljutnja, povezuju se s duljim trajanjem (preko 10 dana) samoizolacije ili karantene.

Javljaju se strah od obolijevanja i strah da se ne zarazi druge, naročito bliske osobe i članove obitelji. Pojačana se zabrinutost javlja ako osoba osjeti ikakav tjelesni simptom ili promjenu koja je potencijalno povezana s infekcijom. Strah da primijećeni simptomi odražavaju zarazu povezan je sa psihološkim ishodom narednih više mjeseci.

Frustracija i dosada – ograničenost u kretanju, zatvorenost u „4 zida“, gubitak ustaljene rutine, smanjenje socijalnog i izostajanje fizičkog kontakta s drugima često rezultiraju osjećanjem dosade, frustracije i percepcije „izolacije od ostatka svijeta“, što uzrokuje distres. Frustraciju pojačava osujećenost u izvođenju uobičajenih dnevnih aktivnosti poput „skoknuti u kupovinu“, prošetati, vježbati u teretani, posuditi knjige u knjižnici, pa i baciti smeće.

Česta je zabrinutost oko dostupnosti opskrbe osnovnim potrepštinama za dnevni život (hrana, higijena, lijekovi) i pristupa informacijama, kao i financijska nesigurnost te percepcija stigme (Brooks i sur., 2020).

Savjeti za osobe tijekom i nakon izlječenja

U osoba koje su završile liječenje dobro je (dozirano) podsjećati na razliku između prije i sada (za vrijeme bolesti i nakon što su ozdravili), što nemamo na raspolaganju kod osoba tijekom liječenja. Osobu tijekom liječenja dobro je potaknuti da se usmjeri na, barem i diskretne, pozitivne promjene koje primjećuje u svom fizičkom stanju s trajanjem liječenja (kako je bilo jučer, prije nekoliko dana, a kako danas).

Poznato je da je tijekom liječenja u bolnici poželjno oboljeloj osobi pružiti savjete o onome što može napraviti sama za sebe kako bi se umanjio osjećaj bespomoćnosti i gubitka kontrole. Da bismo dobili uvid u situaciju u kojoj se osoba nalazi dobro je osobu upitati kako izgleda njen dan.

- U osoba na bolničkom liječenju od zarazne bolesti jako je sužen repertoar mogućnosti osobnog kreiranja dnevnih aktivnosti (izrazito narušen osjećaj kontrole situacije, bespomoćnost).
- No, kada osoba poziva liniju za psihološku pomoć razvidno je da ima prilike za korištenje mobitela za komunikaciju s drugima, a moguće i za korištenje interneta. Tada je moguće uputiti osobu na aktivnosti s ciljem korištenja distrakcije, odnosno bavljenje odabranim sadržajima za usmjeriti se na nešto drugo van ležanja u bolničkom krevetu te svakako na redovitu komunikaciju s bliskim osobama koja joj godi.
- Svakako je dobro preporučiti tehnike opuštanja. Opis i praktične, jednostavne upute za samoprimjenu vježbi disanja, samomasaže i vizualizacije prikazane su u članku Priručnika Korona virus i mentalno zdravlje na stranicama HPK: Kako možemo sami upravljati stresom i opustiti se? (str. 21).
- Za osobe u izolaciji u vlastitom domu za podršku u strukturiranju dnevne rutine imamo na raspolaganju niz praktičnih savjeta. U člancima Priručnika Koronavirus i mentalno zdravlje: Kako sačuvati "zdravu glavu" (i srce) za vrijeme izolacije i karantene? (str. 48), Psihološka samopomoć u samoizolaciji ili karanteni – preporuke i savjeti za očuvanje mentalnog zdravlja (str. 51) i Kako izdržati u kući i ne izludjeti (str. 53) nalazi se niz ideja koje se može preporučiti pojedincu te zajednički u razgovoru istražiti prihvatljivost i usklađenost pojedinih aktivnosti s osobnim interesima i mogućnostima.

→ Dostupni podaci u literaturi glede stresora nakon izlječenja posebno ističu osjećaj stigmatizacije vezano uz stigmatu zarazne bolesti (Brooks i sur. 2020). Dodatno je važno ne smetnuti s uma poznato djelovanje stigmat mentalne bolesti, a posebno stigmat traženja psihološke pomoći, koju se opisuje barijerom koja ostavlja zatvorena vrata psihologa za ljude s teškoćama življenja (Vogel i Wade, 2009).

Jednostavne i poznate, a važne sastavnice sadržaja savjetovanja oboljelih osoba

- ✓ Širok je raspon reakcija koje su normalne kada je situacija „van svake normale“ (ugroženost života i zdravlja).
- ✓ Oporavak ide svojim tijekom i brzinom. U tijeku tjelesnog oporavka, a posebice u tijeku psihičkog, odnosno emocionalnog oporavka, važno je strpljenje.
- ✓ Potreba za socijalnom i emocionalnom podrškom uobičajena je u



svakodnevnom životu, a posebice u stresu. Kad je osoba osjeća poželjno je odvažiti se na traženje i osiguravanje podrške.

- ✓ Za oblikovanje individualno kreiranog savjeta svakako je važno ispitati percepciju dostupnosti podrške (imate li mogućnost telefonskog kontakta, s kim najradije pričate, govorite li s nekim o tom što vas brine...), korištene načine suočavanja (kako si olakšate, kada se osjetite bolje), aktualne potrebe i individualne interese.
- ✓ U psihoedukaciju važno je uvrstiti i poznato djelovanje stigme traženja psihološke pomoći. Svakako je poželjno dati jasnu informaciju o korisnosti stručne podrške uz naglasak na prednostima kontinuiranog psihološkog savjetovanja za bolji i brži oporavak te nastojati potaknuti osobu da se obrati stručnjaku za mentalno zdravlje u lokalnoj sredini. Osobe koje na to još nisu spremne dobro je potaknuti na daljnje korištenje anonimnog telefonskog savjetovanja.

Literatura

1. Bienvenu, O.J. i Jones, C. (2017). Psychological Impact of Critical Illness. In O.J. Bienvenu i R.O. Hopkins (Ur.), *Psychological and Cognitive Impact of Critical Illness* (str. 69-104). Oxford University Press.
2. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. i Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
3. Duan, L. i Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
4. McGiffin, J. N., Galatzer-Levy, I. R. i Bonanno, G. A. (2016). *Is the intensive care unit traumatic? What we know and don't know about the intensive care unit and posttraumatic stress responses. Rehabilitation Psychology*, 61(2), 120-131.
5. Orrù, G., Ciacchini, R., Gemignani, A. i Conversano, C. (2020). Psychological intervention measures during the COVID-19 pandemic. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 76-79. <https://doi.org/10.36131/>
6. Purssell, E., Gould, D. i Chudleigh, J. (2020). Impact of isolation on hospitalised patients who are infectious: systematic review with meta-analysis. *BMJ open*, 10(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030371>
7. Vogel, D. L. i Wade, N. G. (2009). Stigma and help-seeking. *The Psychologist*, 22(1), 20-23.
8. Hrvatska psihološka komora (2020). *Koronavirus i mentalno zdravlje: psihološki aspekti, savjeti i preporuke, on-line priručnik*. Preuzeto 1.5.2020. s: http://psiholoska-komora.hr/static/documents/HPK-Koronavirus_i_mentalno_zdravlje.pdf

2.

Svi smo u istoj oluji, ali ne i u istom čamcu



Posebno izazovni pozivi: Specifičnosti komunikacije s osobama s mentalnim poremećajima

Vlatka Boričević Maršanić

Pružanje podrške osobama u krizi putem telefona ili online putem ispunjeno je različitim izazovima, od kojih su mnogi uvjetovani i samim sredstvom komunikacije. U situaciji poput pandemije u kojoj se nalazimo ovaj vid podrške ključan je u osiguravanju dostupnosti podrške široj populaciji. Istovremeno, za učinkovito pružanje podrške na ovaj način iznimno je važno poznavati prepreke s kojima se možemo suočiti i graditi vještine i spoznaje koje nam mogu biti od pomoći u njihovom prevladavanju. Jedan od takvih izazova jest - kako ostvariti podržavajuću i učinkovitu komunikaciju s osobama koje pate od različitih psihičkih poremećaja, izazvanih ili

ojačanih stresnim okolnostima u kojima se nalazi, imajući u vidu specifičnosti telefonskog ili e-savjetovanja.

KONCEPT I VRSTE KOMUNIKACIJE

Riječ komunikacija potječe od latinske riječi *communicare* što znači razgovarati, raspravljati, govoriti ili savjetovati. Pojam komunikacija se definira kao proces prenošenja sadržaja poruke od jedne do druge osobe preko simbola.

Komunikacija između dvoje ljudi se sastoji od sljedećih elemenata (i.e. Cheney, 2011):

1. Namjera, ideje i osjećaji onoga tko šalje poruku
2. Kodiranje poruke i prijenos namjera, ideja i osjećaja u poruci
3. Slanje poruke onome tko je prima
4. Kanal/put kojim se poruka prenosi
5. Dekodiranje poruke od strane primatelja – interpretiranje sadržaja poruke
6. Odgovor pošiljatelju poruke
7. „Buka“ u svim fazama koja narušava komunikaciju

Temeljem simbola, signala i znakova koji se koriste i načina prijenosa razlikujemo nekoliko vrsta, odnosno podjela komunikacije (Bryant i Miron, 2004; Hargie, 2019; Jun, 2018; Matsumoto, Hwang i Frank, 2016; Vocate, 2012):

Verbalna ili neverbalna	Jednosmjerna ili dvosmjerna	Interpersonalna ili intrapersonalna
Direktna (neposredna) i indirektna (posredna)	Masovna komunikacija	Uspješna i neuspješna

Verbalna ili oralna komunikacija uspostavlja se putem govora, koji predstavlja najvažniji način komunikacije, i odnosi se na sposobnost stvaranja različitih glasova i fonema, sposobnost njihovog povezivanja u riječi (morfemi – znakovi za nešto što je društveno definirano) i dalje u sustave riječi koji čine jezik.

Korištenje jezika u govoru je određeno različitim čimbenicima kao što su:

- ✓ stupanj obrazovanja onoga koji govori
- ✓ ranije životno iskustvo onoga koji govori
- ✓ psihofizičko stanje
- ✓ emocionalno stanje.

Neverbalna komunikacija također je vrlo važan dio komunikacije te je važno da je u skladu s verbalnom komunikacijom. U telefonskom razgovoru neverbalna komunikacija uključuje boju, ton i ritam glasa i govora.

MENTALNI POREMEĆAJI

Mentalni poremećaji su stanja obilježena promjenom načina mišljenja, osjećaja, raspoloženja i ponašanja, koja uzrokuje subjektivnu nelagodu osobe i/ili oštećenja funkcioniranja u različitim područjima života (radno/školsko, obiteljsko i socijalno). Mentalni poremećaji mogu ograničavati sposobnost osobe da obavlja određene funkcije (npr. da razgovara s članovima obitelji ili drugim osobama i da potraži pomoć) i uloge (npr. zaposlenik). Mentalni poremećaji uključuju širok spektar različitih vrsta poremećaja uključujući organske, psihotične, afektivne i neurotske poremećaje, poremećaje ličnosti te zlouporabu i ovisnost o alkoholu i drogama.

O osobama s mentalnim poremećajima postoje brojne predrasude: da su opasni, neodgovorni, nesposobni za donošenje odluka, teški za komunikaciju te da je s njima najbolje ne komunicirati i izbjegavati ih (Ingram i sur., 2008). Ove su predrasude prisutne u općoj populaciji, ali nisu rijetke niti među pomagačkim zanimanjima, pa čak među i zdravstvenim radnicima. Predrasude i strah prema osobama s mentalnim poremećajima proizlaze iz nedostatka znanja o mentalnim poremećajima i nesposobnosti komunikacije s ovim osobama (Papageorgiou, Loke i Fromage, 2017).

Znakovi koji ukazuju na ozbiljan mentalni poremećaj:

- "glasovi" ili slušne halucinacije, sumanutosti (deluzije)
- visoka anksioznost na tjelesnoj (suha usta, lupanje srca ubrzano disanje, trnci, vrtoglavica, mučnina, proljev i sl.), kognitivnoj (brige, katastrofizirajuće misli) i ponašajnoj razini (izbjegavajuće ponašanje, npr. ne izlazi iz kuće)
- gubitak mentalne ravnoteže
- poremećaj ritma spavanja i buđenja (pretjerano spavanje ili nesanica), čak i ako traju samo nekoliko dana, i poremećaj hranjenja (prekomjerno jedenje ili gubitak apetita)
- odustajanje od normalnih aktivnosti – osobna higijena, nabavka namirnica, kontakti s obitelji i prijateljima
- razmišljanja, planovi ili pokušaji samoubojstva
- učestali interpersonalni konflikti.

Treba imati na umu da se značajan dio ljudi koji imaju mentalni poremećaj ne liječi - njihovi simptomi su neprepoznati i nedijagnosticirani (Burns, 2004). Neke osobe nemaju uvid da imaju problem mentalnog zdravlja, dok druge imaju uvid, ali iz različitih razloga nisu potražile stručnu pomoć.

KOMUNIKACIJA S OSOBOM KOJA IMA MENTALNI POREMEĆAJ

Problemi komunikacije osoba koje imaju mentalni poremećaj su povezani s prirodom njihovih poremećaja te mogu zahtijevati dodatni napor i razumijevanje osoba koje s njima komuniciraju (Bassilios, Harris, Middleton, Gunn i Pirkis, 2015). Osobe s mentalnim poremećajima mogu imati probleme u svim elementima i oblicima komunikacije, odnosno i u njenom verbalnom i neverbalnom aspektu.

U komunikaciji osobe s mentalnim poremećajima mogu (Leach i Christensen, 2006):

- povući se i ne razgovarati kad se osjećaju depresivno
- osjećati se razdražljivo, imati ispade bijesa ili se ponašati nepredvidivo zbog nestabilnosti raspoloženja i problema kontrole impulsa

- imati teškoća u procesiranju i interpretiranju znakova iz okoline, što se manifestira kao poremećaj percepcije u obliku iluzija ili halucinacija ili poremećaj mišljenja u obliku različitih sumanutosti (deluzija)
- netočno percipirati druge ljude, što može dovesti do socijalne anksioznosti ili paranoje
- imati ograničen vokabular kao posljedica teškoća u mentalnim procesima, osjećajima i motivaciji
- postavljati nerazumne zahtjeve prema drugima ili pokazivati nedostatak brige za njih, kao posljedicu agresivnosti ili preokupacije strahom ili tjeskobom
- propustiti ili pogrešno protumačiti uobičajene socijalne znakove, poput nekih izraza ili izjava, što može dovesti do nesporazuma.

Problemi komunikacije se mogu povećati kada osoba uz mentalni poremećaj ima zlouporabu ili ovisnost o alkoholu i/ili psihoaktivnim tvarima:

- zbog neposrednog učinka alkohola ili psihoaktivne tvari, žudnje ili simptoma sustezanja
- sukobi s drugima kod ovisnosti mogu nastati kao rezultat laži, kršenih obećanja ili neispunjavanja obaveza.

Komunikacija počinje dobrim slušanjem

Kako nešto kažete, kad to izgovarate i stav iza vaših riječi imaju velik utjecaj na to kako će druga osoba primiti vašu poruku (Masi i Freedman, 2001). Jezik i riječi vrlo su moćni jer smo kao ljudi društveno i emocionalno povezani.

Aktivno slušanje omogućuje:

- razumijevanje osobe i pomaganje da osjeća da ju se čulo i razumjelo
- dobivanje uvida u iskustva, misli, osjećaje i ponašanje osobe
- poboljšanje odnosa s osobom
- smanjivanje osjećaja izoliranosti osoba s mentalnim poremećajem, koje se često osjećaju isključenima.

Empatijsko slušanje podrazumijeva poistovjećivanje s drugom osobom i sagledavanje svega iz njenog referentnog okvira ili perspektive. Cilj nije sažaljenje

nad drugom osobom, već njeno potpuno i iskreno razumijevanje, kako na emocionalnom, tako i na kognitivnom planu. Empatijsko slušanje uključuje:

- postavljanje otvorenih pitanja
- davanje refleksije tj. povratne informacije osobi o tome kako smo doživjeli ono što je izrekla
- sažimanje što je osoba rekla i traženje da osoba potvrdi ili ispravi našu percepciju.

Ako osoba osjeća da vam je stalo i da razumijete njezinu perspektivu, vjerojatnije je da će biti motivirana slušati vas. Čak iako se ne slažete kako osoba interpretira realitet, pokušajte razumjeti njezinu perspektivu, njezine strahove, vjerovanja, stavove ili planove. Cilj je razumjeti osobu, čak i u iznimnim okolnostima, kao što je psihotičnost.

Validacija se odnosi na uvažavanje osjećaja, misli i ponašanja osobe. Ona osobi pokazuje da je slušamo, prihvaćamo i ne prosuđujemo te da razumijemo da se osjeća ili ponaša na određeni način u kontekstu trenutnih životnih okolnosti. Validacija ne podrazumijeva odobravanje onoga što osoba čini, govori ili kako se u nekoj situaciji osjeća. Ona je komunikacija empatije i prihvaćanja te potiče razvijanje odnosa i emocionalne povezanosti.

Izbjegavajte **reaktivno slušanje**. Slušajte da biste razumjeli, umjesto da razmišljate kako biste uvjerali osobu da je njezina perspektiva i interpretacija kriva. Izbjegavajte prekidanje, kritiziranje i pretjerano davanje savjeta.

Preporuke za komunikaciju s osobama koje imaju mentalne poremećaje

Svjesno obraćanje pažnje na proces komunikacije i prilagođavanje načina na koji komuniciramo može značajno doprinijeti poboljšanju komunikacije, rješavanju eventualnih nesporazuma te izgradnji suportivnog odnosa (Riemer-Reiss, 2000; Bashshur, Shannon, Bashshur i Yellowlee, 2016).

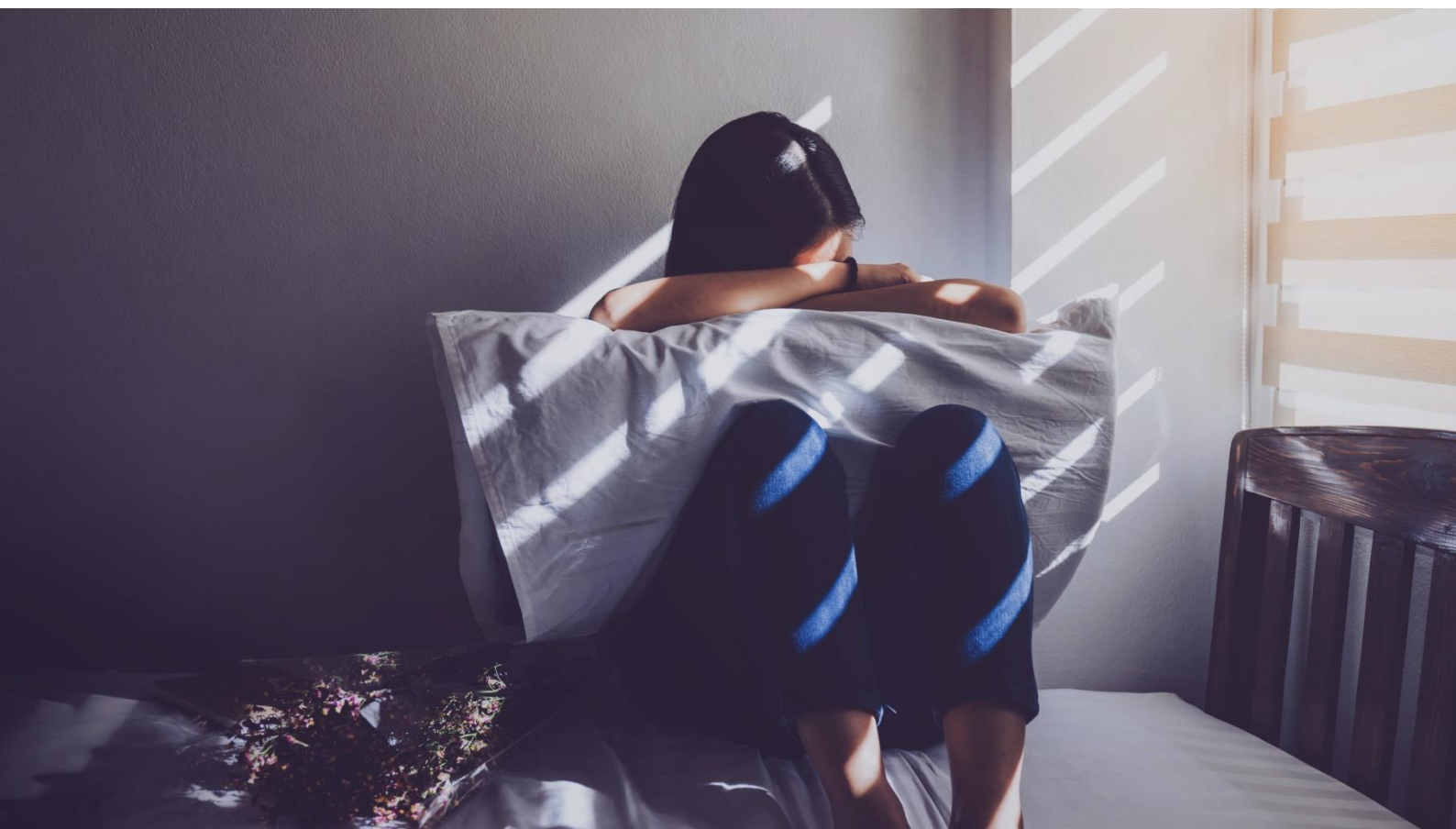
- **Poštujte osobu.** Kad netko osjeća da ga se poštuje i da ga se sluša, vjerojatnije je da će vratiti poštovanje i razmotriti ono što imate za reći. Važno je napomenuti da osobe s mentalnim poremećajima često pate od kompleksa

infernosti, osjećaju se usamljeno i demoralizirano, te im nedostaje poštovanje, razumijevanje i pozitivno poštovanje od drugih. To su bolni osjećaji. Možda ćete moći utjecati na te osjećaje kada pokažete svoje pozitivno poštovanje prema njima. Kad pokažete da ih prihvaćate i suosjećate s njima, dajete im nadu i razumijevanje pa će i oni sami bolje reagirati na vaše zahtjeve.

- **Pokažite prihvaćanje.** Osobe s mentalnim poremećajima imaju sklonost osjećati da ih nitko ne voli. Vrlo je važno da osjete da ih prihvaćate i brinete. Mnogi od ovih ljudi bili su traumatizirani u prošlosti i izgubili su povjerenje. Skloni su pretjeranom generaliziranju i vjeruju da nisu i ne zaslužuju biti voljenima. Kada im dajete do znanja da ih prihvaćate i ne osuđujete, pružate im osjećaj nade da nisu usamljeni i da je nekome stalo do njih. Dajući im ovu poruku podrške, pomažete im da razviju povjerenje prema vama.
- **Trudite se razumjeti.** Pokušajte razumjeti što osoba želi komunicirati. Otkrijte koju potrebu ima i kako ju vi možete ispuniti u okviru realnih mogućnosti.
- **Govorite istinu.** Mentalni poremećaj ne narušava intelektualne sposobnosti osobe. Dakle, nemojte govoriti neistinu jer će to narušiti odnos koji želite uspostaviti.
- **Prilagodite složenost izrečenog.** Koristite kratke rečenice i jednostavan jezik. Ako primijetite da vas osoba slabije razumije ili ne razumije, ponovite izrečeno uz korištenje jednostavnijeg jezika.
- **Budite strpljivi.** Važno je pokazati strpljenje uz visoku toleranciju.
- **Ostanite mirni.** Pokušajte prenijeti svoju poruku na miran način, tako da svojim riječima i tonom govora komunicirate poštovanje i smirenost. Tako će vas osoba lakše razumjeti. Kontrolirajte svoje intenzivne osjećaje, ako se oni pojave. Iznošenje činjenica je u redu, ali kad u razgovor unosite intenzivne osjećaje, osoba se može zbuniti i sama reagirati burno. Važno je napomenuti i da izražavanje kritika i neslaganja s osobom može uzrokovati burne reakcije. Jake emocije mogu preopteretiti dijelove mozga koji su odgovorni za misli i osjećaje te dovesti do problema kontrole. Ostanete li mirni kada doživljavate

jake osjećaje, vi osobi predstavljate uzor, a ujedno i omogućujete učinkovitu komunikaciju i smanjujete razinu stresa.

- **Ako je potrebno, postavite granice.** Na primjer, "Imamo još samo pet minuta za ovaj razgovor, idemo se usmjeriti na ono što je trenutno najvažnije." ili "Ako budete vikali, neću moći dalje nastaviti razgovor s vama."
- **Strukturirajte razgovor.** Usmjerite se na cilj razgovora. Ako je osoba teže razumljiva ili nejasna u svojem izlaganju, koristite zatvorena pitanja (s odgovorima da ili ne). Ponavlja li stalno isto, pokušajte ju usmjeriti na sadržaj koji vam se čini važnim.
- **Govorite za sebe, a ne za druge.** Npr. umjesto „Teško bi vas bilo tko mogao razumjeti“ reći osobi „Ne razumijem do kraja što ste točno željeli reći, možete li možda ponoviti malo jasnije“. Koristite „Ja izjave“, naročito ako se javlja tenzija i prijeti konflikt te jasno izrazite svoja očekivanja od osobe.
- **Usmjerite se na ponašanje osobe, a ne na njezine karakteristike.** Npr. umjesto „Alkoholičari često rade probleme sebi i drugima,“, recite osobi „Brine me to što navodite da u zadnje vrijeme ponovno konzumirate alkohol, a duže vrijeme niste“.



- **Prepoznajte trenutak kada treba stati.** Osobe s mentalnim poremećajima mogu imati slušne halucinacije, preplavljujući osjećaj depresije, intenzivnu anksioznost, pogrešna uvjerenja i kognitivnu neorganiziranost. Ovi simptomi mogu ometati njihovu sposobnost da se uključe u racionalnu raspravu. Mogu imati intenzivnu reakciju na vašu tendenciju da kontrolirate i promijenite njihov način razmišljanja ili percepcije. Kada izostaje sposobnost za racionalni i logični razgovor, najbolje je suzdržati se od rasprave. Koristan način suočavanja s ovim izazovom je dati do znanja da razumijete kako se osoba osjeća, a da ne dovodite u pitanje njihove sumanutosti, halucinacije ili kognitivne distorzije. Koliko je moguće usmjeravajte osobu na realitet, npr. „Vi imate osjećaj da vas netko snima“, ali uvažavajte njenu emocionalnu reakciju vezanu uz ove poremećaje mišljenja i percepcije (npr. strah zbog paranoidnih sumanutosti da se osobu progoni).
- **Izbjegavajte klinički, dijagnostički i patološki jezik.** Možda ćete primijetiti simptome kliničkih problema poput anksioznosti, depresije ili posttraumatskog stresnog poremećaja, no suzdržite se od jezika koji osobu povezuje s dijagnozom. Primjerice, umjesto da kažete "To govori vaša depresija.", recite "Takvi osjećaji i misli su česte u osoba s depresijom."
- **Obratite pažnju na periode šutnje.** Ostanite „u šutnji“ s osobom neko kraće vrijeme, no imajte na umu da dugi periodi šutnje mogu izazvati osjećaj odbačenosti, neprihvatanja i nerazumijevanja.
- **Pružite nadu.** Osobe s mentalnim poremećajima često su očajne te se osjećaju beznadno i bespomoćno. Kad komunicirate s njima, važno je ne prihvatiti njihovu negativnu perspektivu. Umjesto toga, dajte im nadu. Potaknite optimizam, ohrabrenje te motivaciju za promjenu, suradnju i korisne aktivnosti. Dajte im do znanja da će stvari postati bolje. Koristite afirmacije te istaknite njihove prednosti, snage, jake strane i sposobnosti ili pozitivne aspekte situacije. Izrazite svoje pozitivne osjećaje - to će im zauzvat pružiti osjećaj da ih netko cijeni i povećati njihovo samopoštovanje. Možete reći: "Možete biti ponosni na sebe zbog ranijih postignuća." ili "Drago mi je da iskreno sada razgovarate o svojim problemima." Da biste ojačali određeno ponašanje, ponekad je dobro biti konkretan. Na primjer, možete reći: "Drago mi je što sam čuo da ste se uključili u liječenje."

- **Usmjerite se na jednu stvar.** Ako predlažete promjenu u ponašanju osobe, usmjerite se na jedan određen prijedlog. Previše zahtjeva odjednom može obeshrabriti osobu i produbiti njen osjećaj nekompetentnosti.
- **Oslonite se na osobe iz sugovornikove okoline.** Zatražite ili prihvatite neku drugu osobu, npr. člana obitelji, koja može pomoći u komunikaciji kao medijator i vrijedan izvor informacija.
- **Dobro promislite o upućivanju drugom stručnjaku.** Uputite osobu nekom drugom samo ako je to odgovarajuća preporuka. Nemojte osobu proslijediti drugoj osobi ili stručnjaku samo da biste izbjegli daljnji rad s njom. To vam kratkoročno može uštedjeti vrijeme, ali može izazvati teškoće samoj osobi.

Ukratko, osobi koja boluje od neke vrste psihičkog poremećaja vrlo je važno pokazati osjetljivost i empatiju. Najučinkovitija komunikacija je mirna, jednostavna i izravna. Izbjegavajte davanje previše savjeta i neizravne zahtjeve.

Osobama koje komuniciraju s ljudima koji imaju mentalne poremećaje važno je razumjeti da njihove primjedbe, negativne komentare ili optužbe ne treba shvaćati osobno. Percepcija i reakcija na druge može biti pod utjecajem duševne bolesti. Ako osoba ne reagira na vaše prijedloge i ne pokazuje spremnost prihvatiti ih, to može biti zato što prolazi kroz neki misaoni proces koji sprječava njenu sposobnost da vas razumije.

Razgovor s osobom koja ima mentalne poremećaje može biti naporan i oduzeti puno energije. Nastojte poštivati vlastite potrebe i prava. Ne dozvolite da vas osoba uznemirava i prijeti u razgovoru. Ako dopustite da vas osoba vrijeđa i omalovažava, nećete joj prenijeti dobru poruku. Koristite asertivne izjave poput: "Ja ne mogu dopustiti da vičete na mene, željela bih da nastavimo razgovarati mirno". Izbjegavajte sukob. Bolje je imati uspješnu komunikaciju nego destruktivnu i pretjerano produktivnu komunikaciju loše kvalitete.

Korisno je imati popis resursa u zajednici s aktualnim kontakt podacima, poput skloništa, programa prehrane i službi za mentalno zdravlje koje osobi možete predložiti (ako joj zatrebaju). Neki neće prihvatiti prijedlog, no neki hoće.

Procijenite li da je osoba u neposrednoj životnoj opasnosti, npr. jer ima razrađen jasan plan suicida i navodi da se ne može kontrolirati (da će popiti lijekove, skočiti kroz prozor ili sl.), zbog nedostatka osnovnih resursa (hrana, lijekovi) ili zbog

nemogućnosti funkcioniranja uslijed mentalnog poremećaja, pozovite pomoć za tu osobu (policiju, hitnu medicinsku pomoć i/ili CZSS).

SUICIDALNOST

Suicidalnost uključuje suicidalne misli, izjave, planove i pokušaje suicida. Prisutnost ovih simptoma ukazuje na hitno stanje. Suicidalne misli, planovi i pokušaji su simptomi u okviru različitih psihičkih poremećaja. Najčešći mentalni poremećaji u kojih se javlja suicidalnost su depresija, psihotični poremećaji (u akutnoj fazi pod utjecajem slušnih imperativnih halucinacija ili sumanutosti ili u ranoj fazi remisije, kada je osoba stekla uvid u prirodu svojeg poremećaja), anksiozni poremećaji, poremećaji ličnosti ili ovisnosti.

Suicidalnost može biti pasivna ili aktivna. Pasivna suicidalnost se odnosi na prisutnost razmišljanja o događanjima koje bi osobi prekinule život, npr. o saobraćajnoj nesreći ili teškoj bolesti. Aktivna suicidalnost podrazumijeva misli o tome da osoba sama nešto učini da bi prekinula svoj život. Najčešći klinički simptomi koji ukazuju na suicidalnost su beznadnost, besperspektivnost, visoka anksioznost do razine agitacije i nesanica.

Važno je znati da, uvijek kada se razgovara s osobom koja ima mentalni poremećaj, treba aktivno pitati o suicidalnosti, a naročito kod prisutnosti ovih navedenih simptoma. Time se ne povećava vjerojatnost da će osoba pokušati ili izvršiti suicid. Za mnogo osobe to je trenutak olakšanja, znak da je osoba s kojom razgovaraju prepoznala njihovu patnju i razumije kako se osjećaju. Moguće je da osoba neće odmah biti spremna podijeliti svoje teškoće, ali to može učiniti kasnije, kada se uvjeri da ima povjerenja u osobu.

Najčešći precipitatori za javljanje suicidalnosti su različiti oblici traume (zanemarivanje, zlostavljanje), konflikti u unutar obitelji i sa značajnim drugim osobama te gubitci, kao što su smrt drage osobe, posla, statusa ili neostvarivanje željenog postignuća ili cilja, npr. u sportu, na radnom mjestu ili u društvu.

Tijekom razgovora osoba može izražavati bilo koji oblik suicidalnosti. Ako se osobi ne pruži pravovremena i primjerena pomoć, stanje može progredirati od suicidalnih misli do planova, pokušaja i izvršenog suicida. Stoga je važno pružiti pravovremenu intervenciju.

Ako se tijekom razgovora s osobom dobiju podaci o bilo kojem obliku suicidalnosti potrebno je (Goldney, Fisher, Wilson i Cheok, 2002; Gould, Greenberg, Harris Munfakh, Kleinman i Lubell, 2006):

- ako je ikako moguće, izbjeći prekid razgovora
- dogovoriti da će, u slučaju da osoba prekine razgovor, stručnjak povratno nazvati
- prikupiti osnovne podatke o osobi
- pokušati dogovoriti da tijekom razgovora osoba neće pokušavati realizirati svoje planove i namjere za suicidom
- biti strpljiv i smiren jer time osoba dobiva poruku da se možemo nositi s ovim stanjem i situacijom
- postavljati otvorena pitanja kojima se nastoji dobiti što više detalja o tome kako se osoba osjeća, aktualnim problemima i eventualnim kritičnim događajima koji su prethodili razmišljanju ili odluci o suicidu
- prikupiti podatke o socijalnoj podršci koju osoba ima, njenim očekivanjima od pomagača i dosadašnjim načinima rješavanja stresnih situacija
- ispitati percepciju osobe o smrti - doživljava li je kao privremeno ili konačno stanje. naime, u stanjima krize osobe mogu regredirati na kognitivnoj razini i imati iskrivljenu percepciju o smrti, ili pak mogu biti ambivalentni oko odluke da izvrše suicid. konfrontacija da je smrt konačno stanje ukazivanjem na posljedice, može stvoriti jasan uvid u ozbiljnost odluke i potaknuti osobu na pronalaženje drugih potencijalnih rješenja za svoju situaciju
- izbjegavati pretpostavke o tome kako se osoba osjeća, što misli i namjerava, već prikupiti podatke o navedenom kroz razgovor
- pitati o svim oblicima suicidalnosti i sada i ranije
- istražiti motivaciju za poziv i razgovor te ukazati da je navedeno znak i važan korak u traženju pomoći i podrške
- istaknuti da je suicidalnost često prolazno stanje, poticati nadu i optimizam
- usmjeriti se na istraživanje problema i razradu plana akcije
- završiti razgovor sažimanjem razgovora, problema i plana akcije

- uputiti osobu na ustanovu u kojoj može dobiti daljnju pomoć koja mu je potrebna.

U razgovoru sa suicidalnom osobom potrebno je izbjegavati:

- minimiziranje problema – rečenice poput „Nije to tako strašno, brzo će proći.“ mogu kod osobe pojačati osjećaj nerazumijevanja, neadekvatnosti i odbacivanja
- osuđivanje i nametanje osjećaja krivnje „Griješ je razmišljati o smrti i počiniti suicid.“.
- nametanje zahtjeva kako da se osoba osjeća ili ponaša
- davanje općenitih preporuka jer osoba može imati osjećaj da ga se želimo riješiti ili da ga ne doživljavamo ozbiljno
- obećavanje tajnosti podataka.

ZAKLJUČAK

Zbog prirode poremećaja, koji ometaju proces mišljenja, kontrole osjećaja i ponašanja, osobe s mentalnim poremećajima mogu imati problema na svim razinama i u svim oblicima komunikacije. Ove osobe mogu teško započinjati razgovor, izražavati svoje misli i osjećaje ili imati promijenjenu percepciju realiteta, razumijevanja i interpretiranja poruka koje su im upućene.

U pristupu ovim osobama aktivnim i empatijskim slušanjem potrebno je najprije uspostaviti odnos povjerenja, razumjeti koju potrebu pojedina osoba ima, omogućiti njezino zadovoljenje u okviru realnih mogućnosti pružanja usluge telefonskog savjetovanja te osobu usmjeriti na druge službe i ustanove radi nastavka intervencija i stručnog oblika pomoći ako je potrebno.

Literatura

1. Bashshur, R. L., Shannon, G. W., Bashshur, N. i Yellowlees, P. M. (2016). The Empirical Evidence for Telemedicine Interventions in Mental Disorders. *Telemedicine Journal and E-health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 22(2), 87–113.
2. Bassilios, B., Harris, M., Middleton, A., Gunn, J. i Pirkis, J. (2015). Characteristics of people who use telephone counseling: Findings from secondary analysis of a population-based study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), 621-632.
3. Bryant, J. i Miron, D. (2004). Theory and research in mass communication. *Journal of Communication*, 54(4), 662–704.
4. Burns, T. (2004). *Community Mental Health Teams: a Guide to Current Practices*, Oxford University Press.
5. Cheney, G. (2011). *Organizational Communication in an Age of Globalization: Issues, Reflections, Practices*. Waveland Press.
6. Goldney, R. D., Fisher, L. J., Wilson D. H. i Cheek, F. (2002). Mental Health Literacy of those with Major Depression and Suicidal Ideation: An Impediment to Help Seeking. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(4), 394-403.
7. Gould, M. S., Greenberg, T., Harris Munfakh, J. L., Kleinman, M. i Lubell, K. (2006). Teenagers' attitudes about seeking help from telephone crisis services (hotlines). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(6), 601-613.
8. Hargie, O. (Ed.). (2019). *The Handbook of Communication Skills*. Routledge.
9. Ingram, S., Ringle, J. L., Hallstrom, K., Schill, D. E., Gohr, V. M. i Thompson, R. W. (2008). Coping with crisis across the lifespan: The role of a telephone hotline. *Journal of Child and Family Studies*, 17(5), 663-674.
10. Jun, H. (2018). Intrapersonal Communication (Inner Dialogue or Inner Speech). In *Social Justice, Multicultural Counseling, and Practice* (pp. 21-59). Springer.
11. Leach, L.S. i Christensen, H. (2006). A systematic review of telephone-based interventions for mental disorders. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12, 122 - 129.
12. Masi, D. i Freedman, M. (2001). The use of telephone and on line technology in assessment, counseling, and therapy. *Employee Assistance Quarterly*, 16(3), 49-63.
13. Matsumoto, D. E., Hwang, H. C. i Frank, M. G. (2016). *APA Handbook of Nonverbal Communication*. American Psychological Association.

14. Papageorgiou, A., Loke, Y.K. i Fromage, M. (2017). Communication skills training for mental health professionals working with people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 6, CD010006.
15. Riemer-Reiss, M. L. (2000). Utilizing Distance Technology for Mental Health Counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(3), 189-204.
16. Vocate, D. R. (2012). *Intrapersonal Communication: Different Voices, Different Minds*. Routledge.

2.

Svi smo u istoj oluji, ali ne i u istom čamcu



Telefonsko savjetovanje osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem

Andreja Bogdan i Herman Vukušić

Situacija koja je nastala brzim širenjem COVID-19 diljem svijeta promijenila je uobičajene kognitivne obrasce poimanja sebe, drugih ljudi i svijeta u kojem živimo. U kriznim situacijama bez obzira na uzrok, povećava se stopa mentalnih poremećaja, uz istovremeni trend pogoršanja onih postojećih. Brojni su psihosocijalni stresori povezani s pandemijom COVID-19, kao što su strah od zaraze sebe i bližnjih osoba, strah od posljedica bolesti, neizvjesnost trajanja pandemije i ishoda te rizik smrti. Druga skupina stresora odnosi se na one povezane s prilagodbom na mjere zaštite širenja zaraze: fizičku distancu, samoizolaciju, ograničenje kretanja, prijetnja gubitkom i gubitak posla, egzistencijalna ugroženost, promjene životnih okolnosti i životnog stila, smanjenje socijalnih kontakata i osamljenost. Navedeni stresori

povećavaju rizik za pojavu mentalnih poremećaja pa možemo očekivati njihov porast tijekom i poslije krize. Slijedom navedenog, u razdobljima krize poput pandemije COVID-19, mentalno zdravlje postaje javnozdravstveni prioritet koji zahtijeva žurni odgovor cijelog društva.

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) je produljena/odgođena reakcija na proživljeni traumatski događaj, koja se očituje psihološkim posljedicama poput izbjegavanja podsjetnika na traumu, ponovnog proživljavanja traumatskog događaja te pojačane pobudljivosti organizma. Desetljeća istraživanja ovog poremećaja rezultirala su proširivanjem spoznaja identifikacijom različitih faktora rizika, zaštitnih faktora te odrednica i korelata akutnog i kroničnog tijeka. U općoj populaciji prevalencija ovog poremećaja kreće se od 1 % do 14 %, ovisno o metodi prikupljanja podataka i uzorku, no i važećim dijagnostičkim kriterijima (Čurdžik, 2019)

U klasifikaciji posljednjeg izdanja Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (Američka psihijatrijska udruga, 2013) PTSP je iz kategorije anksioznih premješten u kategoriju poremećaja vezanih uz traumu i stresore. Nova klasifikacija donosi i dvije zasebne skupine simptoma koje se odnose na izbjegavajuće ponašanje te negativne promjene u mišljenju i raspoloženju, a uključena su i tri nova simptoma koja se javljaju nakon traume u razmatranju dijagnoze PTSP-a: pretjerano negativne misli i pretpostavke o sebi i svijetu, negativan afekt te nesmotreno ili destruktivno ponašanje. Također, u DSM-5 ne navodi se razlika između akutnog i kroničnoga tijeka PTSP-a, ali se navodi uvjet da smetnje traju duže od mjesec dana za postavljanje dijagnoze (Američka psihijatrijska udruga, 2013).

Reakcije na traumu se javljaju u nekoliko područja:

- emocionalnom (strah, tuga, očaj, ljutnja)
- misaonom (teškoće s pamćenjem i koncentracijom, poricanje događaja)
- tjelesnom (bolovi u trbuhu ili glavi, znojenje)
- ponašajnom (poteškoće u komunikaciji, agresiji, povlačenje u sebe).

Sve su te reakcije normalne reakcije na nenormalne okolnosti, no kada prijeđu određenu granicu nastaje patološka reakcija na traumu ili PTSP. Postoje individualne razlike u reakciji na traumu i trajanju oporavka. Ipak, nema jasne granice koja razdvaja „uobičajene“ stresore od traumatskih stresora (Pregrad, 1996). PTSP se može javiti sam ili, puno češće, u komorbiditetu s drugim psihijatrijskim poremećajima, pri

čemu se komorbiditet s najmanje jednim psihijatrijskim poremećajem javlja u 80% slučajeva (Brady, 1997). PTSP se najčešće javlja s velikim depresivnim poremećajem, anksioznim poremećajem, paničnim poremećajem, alkoholizmom, ovisnostima o psihoaktivnim tvarima i poremećajem ličnosti (Kozarić - Kovačić, Kocijan - Hercigonja, 2001), a često je povezan i s visokom stopom suicida.

Psihotrauma može biti prilika i poticaj za daljnji rast, ali može imati tjelesne i psihičke posljedice. Uz pandemiju COVID-a 19, Zagreb i sjeverne županije (oko 1,5 milijuna stanovnika RH) 22. ožujka pogodio je i snažan potres što je za mnoge bilo dodatno traumatično iskustvo. Otežano održavanje socijalnih kontakata, izbjegavanje fizičkih kontakata, gubitak ili prijetnja gubitkom radnog mjesta, egzistencijalna ugroženost, promijenjene životne okolnosti i promjena rutine i aktivnosti članova obitelji (posao i škola kod kuće) predstavljaju i važne socijalne rizične faktore za pojavu PTSP-a.

PTSP je u godinama nakon Domovinskog rata jedan od češćih razloga psihičkog liječenja. Važeće terapijske smjernice za PTSP uključuju edukaciju i psihosocijalnu podršku, psihoterapijsko liječenje i primjenu psihofarmakoloških metoda liječenja. Brojni se branitelji liječe godinama te zbog redukcije simptoma funkcioniraju bolje ili dobro. Neki su uključeni u socioterapijske grupe i redovito se ambulantno liječe radi komorbiditeta ili prevencije dugotrajnijeg bolničkog liječenja. Kod dijela tih bolesnika povremeno se javljaju recidivi, koji su provocirani daleko blažim traumatskim događajem nego što je bio onaj koji je prethodio razvoju PTSP-a (Folnegović, 2006).

Zbog toga je oboljelima od PTSP-a u ovoj situaciji zdravstvene krize potrebno posvetiti dodatnu pozornost. Kod braniteljske i stradalničke populacije koja se već dugo godina liječi zbog PTSP-a, pored ranije nabrojanih socijalnih rizičnih faktora, dodatni su rizični čimbenici za recidiv i ograničena dostupnost psihijatara i psihologa u zdravstvenom sustavu, kao i ograničena dostupnost uobičajenog psihosocijalnog i socioterapijskog suporta koji braniteljska i stradalnička populacija ima kroz usluge Centara za psihosocijalnu pomoć Ministarstva branitelja.

Dakle, dio populacije koji se liječi od PTSP-a doživio je krizu izazvanu pandemijom i potresom kao retraumatizaciju i reagira intenziviranjem simptoma ili recidivom. Preostalo stanovništvo koje je doživjelo ugrozu zarazom COVID-om 19 i potres kao traumatično iskustvo, ima veće predispozicije za razvoj PTSP-a zbog promijenjenih životnih okolnosti uvjetovanim mjerama zaštite od širenja koronavirusa.

Želimo skrenuti pozornost da su, uz osobe starije životne dobi i kronične bolesnike, naročito rizične skupine za razvoj PTSP-a u ovoj zdravstvenoj krizi djeca i žene. Posljednjih desetljeća povećalo se razumijevanje reakcija djece i mladih na traumatske događaje i jasan je njihov formativan utjecaj u djetinjstvu. Traumatska iskustva mijenjaju djetetovu unutrašnju sliku svijeta te oblikuju shvaćanje sebe i drugih, formiraju očekivanja od budućnosti koja imaju utjecaj i na aktualno ponašanje i na buduće doživljavanje djeteta i mlade osobe. Ključan ishod traumatskih iskustava je u djelovanju na očekivanja o svijetu i o sigurnosti života s drugima te na osjećaj osobnog integriteta (Profaca i Arambašić, 2009).

Osim u ratu, PTSP je češći kod osoba ženskog spola (Folnegović, 2010), a interesantan je podatak da je za vrijeme trajanja COVID-19 krize na Mreži telefona za psihološku pomoć HPK-HPD aktiviranoj polovicom ožujka 2020. pomoć potražilo 77% žena, uglavnom bez povijesti psihijatrijskog liječenja, koje su bile u izuzetno stresnim situacijama. Uz strah od zaraze i potres, kao stresore su navodile dodatnu opterećenost uz otežano obavljanje svakodnevnih kućanskih poslova (kupovina, nabavka lijekova i sl.), brigu o djeci i pomoć u online nastavi, brigu o starijim i bolesnim članovima kućanstva. Uz navedeno mnoge su kao izuzetno stresnu situaciju navodile i probleme u usklađivanju obaveza i cjelokupnog života obitelji uz osiguranje uvjeta za obavljanje radnih (poslovnih) zadataka kod kuće (statistički podaci HPK ožujak- travanj, 2020., Hrvatska psihološka komora).

Telefonsko savjetovanje i pružanje psihološke pomoći putem telefona u kriznoj situaciji izazvanoj pandemijom COVID-a 19 i potresom pokazao se efikasnim oblikom pružanja psihološke podrške. Učinak telefonskog savjetovanja u smislu pružanja psihološke prve pomoći, podrške, savjetovanja i ciljanih terapijskih intervencija gotovo da je istovjetan pružanju navedenih usluga u direktnom kontaktu „licem u lice“, a ima i svojih prednosti među kojima su ekonomičnost, dostupnost, manja anksioznost i veća otvorenost prilikom iznošenja problema u prvom kontaktu. poziva

Mnogim građanima na taj je način omogućena podrška vezana uz traumatsko iskustvo nekoliko sati ili dana nakon njega i edukacija o normalnim reakcijama vezanim za traumu, uz ohrabrivanje da se podijele emocionalne reakcije i iskustva vezana uz traumatski događaj (psihološki debriefing). Prema statističkim pokazateljima dnevnika poziva Mreže telefona za psihološku pomoć Hrvatske psihološke komore i Hrvatskog psihološkog društva, intervencije psihologa bile su usmjerene su na uspostavljanje osjećaja sigurnosti i kontrole nad situacijom i vlastitim

životom, emocionalno rasterećenje i na pružanje savjeta u rješavanju životnih problema vezanih za novonastalu situaciju te davanje savjeta i preporuka u konkretnim situacijama.

Retraumatizacija donosi viši rizik za simptome PTSP-a. Na svakodnevnoj razini narušava funkcioniranje osobe pri čemu se mogu javljati znakovi preplavljenosti emocijama straha, ljutnje, uznemirenosti i drugih, nametnuta sjećanja i potreba za prepričavanjem događaja, povlačenja, smetnji apetita i drugi znakovi traume. Problemi s mentalnim zdravljem u četiri do šest mjeseci nakon izlaska iz izolacije mogu se spriječiti pružanjem podrške pojedincima s ranjivim mentalnim zdravljem, pružanjem točnih informacija te osiguravanjem odgovarajućih resursa, u vidu hrane, smještaja i sl. (Jeong i sur., 2016). Izuzetno bolno i stresno iskustvo predstavljaju i događaji poput razvoda, egzistencijalne ugroženosti, elementarne nepogode, a efekti (re)traumatizacije su mnogostruki, utječu na društvo u cjelini i uključuju narušene odnose među ljudima, povećano korištenje droga, partnersko nasilje i druga rizična ponašanja ljudi (Kammerer i Mazelis, 2006).

PREPORUKE ZA SAVJETOVATELJE

- ✓ Osobama koje se liječe od PTSP-a važno je omogućiti da verbaliziraju svoje iskustvo - pitajte ih kako se osjećaju i što misle, u kojoj se mjeri osjećaju ugroženima i ranjivima.
- ✓ Prazne ulice, sirene hitne pomoći, prazne i zatvorene trgovine te kontrola kretanja za neke će biti okidači za nametajuća sjećanja na ratna događanja - slušajte ih, izrazite svoje razumijevanje i budite empatični.
- ✓ Pomognite im da svoja prethodna iskustva odvoje od događanja u sadašnjosti u kojoj mogu kontrolirati situaciju (što im se događa ovdje i sada).
- ✓ Pitajte ih što sada mogu učiniti za sebe da ostanu zdravi, da prebrode period izolacije (koju doživljavaju kao zatvor, kao logor, kao sklonište...) i da zaštite svoje bližnje.
- ✓ Pružite im informacije koje se odnose na vještine suočavanja s traumatskim događajem, na mogućnost primanja potpore iz okoline, te, ako je potrebno,

informaciju gdje mogu potražiti pomoć u sredini u kojoj žive ako im bude potrebna.

- ✓ Provjerite koje informacije imaju i kojim izvorima informacija vjeruju.
- ✓ Provjerite kako su organizirali aktivnosti tijekom dana - i za njih će biti korisne preporuke i savjeti koje dajemo ostalim građanima kako bi bolje funkcionirali u promijenjenim životnim okolnostima vezanim uz pridržavanje mjera zaštite od širenja zaraze.
- ✓ Osnažite ih podsjećanjem da su već bili u teškoj situaciji i da su sposobni nositi se s teškim situacijama u životu, da je ono što sada osjećaju normalno i očekivano.
- ✓ Provjerite tko im je najvažnija podrška u ovom trenutku. Imaju li je? Provjerite jesu li do sada tražili pomoć stručnjaka, psihologa ili psihijataru. Ako nisu, vjerojatno koriste priliku i provjeravaju mogu li imati koristi od obraćanja stručnjaku - nemojte ih iznevjeriti! Aktivno slušanje, strpljivost i susretljivost stvorit će odnos povjerenja . Moguće je da će nakon „probijanja leda“ biti prihvaćen vaš prijedlog za daljnjim terapijskim tretmanom.
- ✓ Provjerite imaju li problema s održavanjem apstinencije, abuzom alkohola ili



psiholoških supstanci? Jesu li već do sada bili uspješni u održavanju apstinencije, što im je pomoglo ili bilo od koristi? Imaju li mogućnost postupiti na isti način?

- ✓ Provjerite uzimaju li redovito terapiju koju im je preporučio psihijatar te jesu li u kontaktu sa svojim terapeutom.
- ✓ Provjerite je li u tijeku neki postupak kojim rješavaju neko svoje statusno pitanje, a čije je rješavanje odgođeno zbog izvanredne situacije izazvane pandemijom. Nezadovoljstvo zbog statusnih problema može biti povod pozivu i traženju pomoći.
- ✓ Obratite pozornost na simptome koji upućuju na visok rizik suicida osoba oboljelih od PTSP-a: depresivnost, osjećaj bezvrijednosti, bezizlaznosti, beznađa, gubitak smisla, anhedonija, disforičnost, osjećaj krivnje, agresivnost, precjenjivanje teškoća aktualne situacije, distorzija realiteta, gubitak vjere i povjerenja, gubitak vitalnih nagona, seksualni poremećaji, maritalni sukobi, konfliktnost, gubitak posla, zakazivanje u obiteljskim i prijateljskim odnosima, egzistencijalna ugroženost (prema Folnegović, 2006). Utvrdite li postojanje takvih simptoma osobu uputite na traženje psihijatrijske pomoći koja je uvijek dostupna 24 sata.
- ✓ U situaciji da osoba iskazuje suicidalne namjere nužno je kontaktirati 112/192 i zatražiti postupanje u skladu s predviđenim protokolima.

I na kraju, ne zaboravite da osoba kod koje je već dijagnosticiran PTSP može biti osoba koja je oboljela od COVID-a 19 ili osoba koja je bila u kontaktu s oboljelim osobom te joj je izrečena mjera izolacije/ samoizolacije. Time je povećana vjerojatnost restigmatizacije tih osoba u njihovoj okolini. Zbog čega okolina stigmatizirajuće reagira na oboljele od COVID-a, odnosno na traumatizirane osobe?

U odgovoru na ovo pitanje može nam poslužiti teoretski model Janoff-Bulmana (1985, 1989, 1992) koji objašnjava uvriježene kognitivne obrasce poimanja sebe, životnog okruženja i odnosa prema drugim ljudima prema kojem 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 (u ovoj situaciji osobe oboljele od COVID-19) doživljavaju kao potencijalnu prijetnju, kao „kliconoše opasne zaraze“, koja bi mogla narušiti umirujuće iluzije o vlastitoj neranjivost. Navedeno objašnjava reakcije ignoriranja, izbjegavanja ili izolacije (stavljanja u „karantenu“) traumatiziranih, odnosno oboljelih.

Braniteljska populacija koja je oboljela od PTSP-a već se nosi sa stigmatizacijom okoline zbog ratne traume, a dodatno može biti (re)stigmatizirana i zbog zaraze koronavirusom ili zbog opasnosti od njenog širenja. Izbjegavanje ponovne stigmatizacije kod oboljelih od PTSP-a može biti razlog za ignoriranje simptoma zaraze, odlaganje ili izbjegavanje odlaska liječniku, prikrivanje kontakata s oboljelom osobom i - razlog za poziv telefona za psihološku pomoć.

Literatura

1. Američka psihijatrijska udruga (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
2. Brady, K. T. (1997). Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 12-15.
3. Čuržik, D. (2019). Faktori rizika i kroničnog tijeka posttraumatskog stresnog poremećaja: pregled suvremenih spoznaja. *Socijalna psihijatrija*, 47(1), 51-85.
4. Folnegović Šmalc, V. (2006). Posttraumatski stresni poremećaj. Preuzeto 2.5.2020. s https://www.cybermed.hr/clanci/posttraumatski_stresni_poremecaj_ptsp
5. Folnegović Šmalc, V. (2006). Posttraumatski stresni poremećaj. *Medix*, 16(89/90), 134-136.
6. Janoff-Bulman, R. (1985). The Aftermath of Victimization: Rebuilding Shattered Assumptions. In: Figley C.R. (Ur.), *Trauma and Its Wake: The Study and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder*, 15-35. Brunner/ Mazel.
7. Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social cognition*, 7(2), 113-136.
8. Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. The Free Press.
9. Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y. J., Ki, M., Min, J. A., Cho, J., & Chae, J. H. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiology and Health*, 38, e2016048. <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>
10. Kammerer, N. i Mazelis, R. (2006, 24.-25. travnja). After the crisis initiative: Healing from trauma after disasters. Expert Panel Meeting. Preuzeto 2.5.2020. s <https://www.hsdl.org/?view&did=746662>
11. Kozarić-Kovačić, D. i Kocijan-Hercigonja, D. (2001). Assessment of post-traumatic stress disorder and comorbidity. *Military medicine*, 166(8), 677-680.
12. Pregrad, J. (1996). *Stres, trauma, oporavak*. Društvo za psihološku pomoć.
13. Profaca, B. i Arambašić, L. (2009). Traumatski događaji i trauma kod djece i mladih. *Klinička psihologija*, 2(1-2), 53-73.
14. Statistički podaci dnevnika poziva Mreže telefona za psihološku pomoć HPK-HPD, Hrvatska psihološka komora, 2020.

2.

Svi smo u istoj oluji, ali ne i u istom čamcu



Smjernice za podršku osobama s problemom ovisnosti u doba COVID-a 19

Zoran Zoričić i Živko Mišević

Osobe s problemom ovisnosti, najčešće o alkoholu, drogama, igrama na sreću, ili nekim drugim bihevioralnim ovisnostima, u narednom će se periodu na linije za psihološku pomoć pretežno javljati s dvije skupine pitanja. Prva je usmjerena na mogućnosti za podršku i pomoć kod same ovisnosti, najčešće apstinencijskog sindroma ili pak učestalijeg uzimanja sredstva, a druga vezano uz komorbidne poremećaje kod ovisnika, kao što su povišena anksioznost, osjećaj depresivnosti ili panične atake. Očekuju se i pitanja članova obitelji koji žive s ovisnicima kako im pomoći, najčešće kako ih motivirati da reduciraju uzimanje sredstva (ovisnici o alkoholu).

Zajednička činjenica za ovisnike o alkoholu i drogama jest fenomen postupnog porasta tolerancije, apstinencijskog sindroma ako se naglo značajnije reducira ili prestane s uzimanjem sredstva, te fenomen intoksikacije.

PROBLEMI POVEZANI S PIJENJEM ALKOHOLA

Ovisnici o alkoholu u pravilu rijetko sebe vide kao takve. Najčešće smatraju da piju prekomjerno, ali da mogu stati kada to zažele. Zatvaranjem ugostiteljskih objekata dio njih ostaje bez ritualnog mjesta konzumacije i podrške grupe s kojom pije te je gurnut u poziciju da pije vani ili pak u krugu obitelji, nabavljajući alkohol u trgovini. Pijući u krugu obitelji riskira rasplamsavanje prigovora od strane ukućana, što dovodi do kriznih situacija, kada ga se osuđuje, a nema mogućnosti upućivanja na liječenje, pošto je „hladan pogon“ bolnica uglavnom zatvoren.

U slučaju da sam ovisnik ili član obitelji zove i traži savjet kako reducirati pijenje, a pritom pokušati izbjeći apstinencijski sindrom, treba mu objasniti prirodu apstinencijskog sindroma, koji nastaje već 12 do 24 sata nakon uzimanja posljednje čašice. Najčešće se manifestira napetošću, nižim pragom tolerancije frustracije, svadljivošću i eksplozivnošću, zatim preznojavanjem, drhtanjem prstiju ili cijelog tijela, a u težim slučajevima razvoja delirijuma javljaju se i vidne halucinacije uz dezorijentaciju i psihomotorni nemir.

Ako klijent još nije započeo s redukcijom alkohola i samo se plaši navedenih komplikacija, najbolje mu je savjetovati da sam sebi prizna ili utvrdi količinu alkohola koju godinama uzima (tzv. „baždar“) te da postupno reducira količine, najviše do tri pića dnevno (1 piće je 0.25 l piva, 2 dcl razblaženog vina ili 0.3 dcl žestokog pića). Ova reducirana količina alkohola kroz dan trebala bi ga održati trijeznim te smanjiti intenzitet apstinencijskog sindroma.

Ako do apstinencijskog sindroma ipak dolazi, preporuka je prestanak konzumacije alkohola te uzimanje terapije anksiolitikom diazepamom (Normabel), u količini 3x5-20 mg. Za diferentniju terapiju, ako se radi o težem obliku apstinencijskog sindroma, treba preporučiti javljanje liječniku obiteljske medicine, koji će uz anksiolitik ordinirati i vitamine B1, B6 i B12, te eventualno preporučiti i hitnu hospitalizaciju. Naglašavamo kako je **preporuka o postupnoj redukciji pijenja, a ne naglom**

prestanku, u vrijeme pandemije najbolja u uvjetima nemogućnosti i izostanka specifične medicinske pomoći.

Važno je napomenuti da se u kasnijim stadijima alkoholizma javlja pad tolerancije na alkohol pa i male količine alkoholnih pića mogu izazvati promjene u ponašanju, a kod pokušaja apstinencije smanjiti apstinencijsku krizu kod takvih osoba u uvjetima nedostupnosti specifične stručne medicinske pomoći.

Ovisnici o alkoholu ulazit će u stanja povišene anksioznosti, bračne konflikte, *acting out* ponašanja, i tada će trebati telefonski s njima ili članovima obitelji uz psihoedukaciju (već navedenu) raditi i psihoterapijski suport. Sam suport savjetovatelj će obavljati sukladno vlastitom profesionalnom obrazovanju, koristeći psihoterapijsku školu kojom najbolje barata. Iz kliničkog iskustva najkorisnijim se pokazalo ukazivanje na primjerenu unutarbračnu komunikaciju, smirivanje agresije, najčešće verbalne, potom motivacija članova obitelji da nešto poduzmu, pošto sam ovisnik u pravilu to odbija. U ove svrhe mogu poslužiti tehnike iz okvira kognitivno bihevioralne terapije (ispravljanje kognitivnih distorzija), sistemske intervencije (strukturalne) i transakcijske intervencije (propitivanje ego stanja...).

Svaki bi razgovor trebalo pokušati završiti preporukom o javljanju na sveobuhvatni tretman ovisnosti o alkoholu u neku od specijaliziranih alkoholoških ambulanti (liječnici obiteljske medicine, Klinike i bolnice koje rade s ovisnicima o alkoholu, županijske Službe za tretman ovisnosti pri Zavodu za javno zdravstvo).

PROBLEMI POVEZANI S UPORABOM DROGA

Za razliku od ljudi s problemom ovisnosti o alkoholu, koji će govoriti o smanjenju ili prestanku količine uzimanja alkohola, kod ovisnika o opijatima, koji su na supstitucijskoj terapiji metadonom ili buprenorfinom, trebalo bi izbjeći pokušaje redukcije ili prestanka uzimanja supstitucijskog sredstva za vrijeme COVID 19 krize. Razlog tome je što bi tako dovodili sebe u stanje apstinencijskih kriza koje povećavaju rizik od intoksikacije, predoziranja, smrti ili pak, u povoljnijem slučaju, izazivaju autoagresiju ili češće heteroagresiju.

Stoga je osnovna poruka ovisniku **ustrajati na propisanoj supstitucijskoj terapiji**. Ako ovisnik zove da je ostao bez terapije za taj dan te da ima krizu koju ne može riješiti, potrebno je uputiti ga na neki od hitnih prijema. Ako je pak dobio terapiju za

nekoliko dana i unaprijed potrošio dio za narednih dan ili dva, preporuka je da reducira dozu do dobivanja sljedeće terapije te uzima diazepam. Treba naglasiti da djelatnici linije pomoći ne bi trebali ulaziti s ovisnikom o drogama u pitanje nadoknada „izgubljene“ terapije, jer u pravilu otvaraju vrata za njihovo manipulativno ponašanje.

Ovisnike je potrebno uputiti da se telefonom obrate nadležnoj županijskoj službi za bolesti ovisnosti, nadležnim specijalistima u KBC Sestre milosrdnice (tel. 3787 188) ili Službi za ovisnike grada Zagreba (tel. 3830 066). Bitno je znati te informirati pacijenta da je moguće, i možda najbolje, da njihov liječnik obiteljske medicine, ordinarijus, osobno nazove nekog od ovih stručnjaka ili ga informira putem e-maila (dostupne adrese na internetu) te da se tako dogovaraju za daljnju terapiju.

Što se tiče drugih psihoaktivnih sredstava, npr. reduciranje uzimanja kokaina, amfetamina ili kanabisa, njihovo reduciranje i apstinencijska kriza (najčešće psihološka, a rjeđe fizička) može se ublažiti diazepamom (10-60 mg dnevno).

Korisno je znati da se eventualno uzimanje droga, lakših ili težih, najlakše može potvrditi urinskim test trakama, koje se nabavljaju u ljekarni, i nisu izrazitije skupe. Navedeno je pitanje često među roditeljima zabrinutim za ponašanje svoje djece.

Za razliku od sedativnih droga (heroin, sedativi, hipnotici), stimulansi (kokain, amfetamini) s vremenom imaju tendenciju smanjenja tolerancije, što je važno znati zbog toga što i manje količine navedenih droga mogu uzrokovati znakove predoziranja i učinaka koje iznenade samog ovisnika o navedenim supstancama.

Apstinencijska kriza kod ovisnika o stimulansima očituje se kroz pojavu depresije sve do vrlo opasnih suicidalnih stanja. U terapiji se primjenjuju u prvom redu antidepresivi, a u suicidalnim stanjima je često nužno hospitalno liječenje. Stoga je i intervencije na kriznom telefonu potrebno usmjeriti na jačanje motivacije za prihvaćanje stručne pomoći.

PROBLEMI POVEZANI S IGRAMA NA SREĆU

Kod telefonske komunikacije s ljudima s problemom problemskog ili patološkog igranja na sreću, potrebno je očekivati da će se najčešće obraćati zbog osjećaja povišene anksioznosti i praznine, odnosno nakon eventualnih kriznih obiteljskih

situacija ili pak problema s kamatarima. U ovim slučajevima najbolja je intervencija psihoterapijski suport, sugestija o promjeni fokusa pažnje, odnosno zaokupljanje nekim drugim aktivnostima (npr. fizička djelatnost, čitanje literature, igranje šaha...) te savjet za javljanje nakon COVID-19 krize u specijalizirane ambulante (Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Klinika za psihijatriju Vrapče, Psihijatrijska bolnica Sveti Ivan u Jankomiru, udruga KLOK, županijske službe za ovisnosti pri Zavodu za javno zdravstvo).

Preporučena literatura

1. Kozjak, B. (2016). *Kockanje – od dokolice do socijalne patologije*. TIM press.
2. Sakoman, S. (2013). *Liječenje opijatskih ovisnika – Priručnik*. Referentni centar MZ za ovisnosti o drogama.
3. Zoričić, Z, Ivančić, I. i Matošić, A. (2006). Importance of the Club of Treated Alcoholics. *Alcoholism*, 42 (1), 35-42.
4. Zoričić, Z.(2018). *Ovisnosti: prevencija, liječenje i oporavak*. Školska knjiga.



Preporuke za telefonsko savjetovanje s djecom, roditeljima i učiteljima

Nada Kegalj

Iako nam je prekid klasične nastave došao iznenada, u svega nekoliko dana uspjeli smo organizirati i prihvatiti novi oblik nastave - na daljinu, koji zahtjeva veću uključenost svih: učenika, učitelja i roditelja. Izazovi i poteškoće ovise o sposobnosti prilagodbe novim okolnostima svakog od ovih aktera.

UČENICI

U telefonskom savjetovanju s učenicima potrebno je voditi računa da se ublaži uznemirenost djece. Djeca su zabrinuta za ukućane, za školski uspjeh, boje se bolesti, nedostaju im vršnjaci i izlazak iz kuće. Smanjenje zabrinutosti postićemo aktivnim i

empatijskim slušanjem, razgovorom o osjećajima i mislima te poučavanjem i davanjem informacija o cjelokupnoj situaciji. Važno je da djeca osjete razumijevanje, strpljenje i ohrabrenje. Sugestivna pitanja i pitanja koja započinju sa „zašto“ nisu primjerena ni s kim, a posebno ne s djetetom.

Ako ignoriramo ili pak precijenimo rizik, možemo izazvati još veći strah ili paniku. Usmjerimo razgovor na dobre i pozitivne informacije koje smo dobili od djeteta. Kako nam je urođeno da se više usmjerimo na negativna i zastrašujuća ponašanja, potrebno je usmjeriti razgovor na korisna ponašanja te iz onih negativnih iskoristiti samo izbjegavanje i uklanjanje opasnosti. Strategije samopomoći možemo koristiti kod starije djece, ali kod mlađih je svakako potrebna podrška ukućana.

Savjetovatelji svakako trebaju imati na umu da djeca znaju prepoznati osnovne emocije i ponašanja do kojih neke emocije dovode, ali ponekad ne znaju kako ih kontrolirati. Ako nam dijete navodi znojenje, kratki dah, lupanje srca, vrtoglavicu, drhtanje, bolove u želucu i slične tegobe, vjerujemo da ga je savladala panika te nije u stanju razumno donijeti odluku da smiri tijelo. Naše preporuke bi trebale biti usmjerene na disanje (voditi ga kroz uzdah i izdah), na opuštanje mišića, na usmjeravanje pažnje na nešto u prostoriji ili vani. U svakom slučaju potrebno je usmjeriti ga da se zabavi nečim te ga podržati da ostane u kontaktu s nekim od ukućana ako ga je strah preplavio u obavljanju svakodnevnih aktivnosti.

Što se tiče škole i nastave na daljinu, početna velika motivacija i zainteresiranost učenika s vremenom opada. Nedostatak samodiscipline kod nekih učenika može dovesti do slabijih rezultata. Motivacija za učenje najviše ovisi o slici koju učenik ima o samom sebi i svojim sposobnostima te koliko teškim procjenjuje zadatak s kojim se mora uloviti u koštac. Razgovor je potrebno voditi i usmjeravati prema tome da učenik bude što aktivniji (fizički i mentalno) u raznim aktivnostima, jer pasivnost dovodi do slabljenja motivacije, a time i pažnje. I na kraju ovog dijela, potrebno je naglasiti djeci da fizička izolacija nikako ne predstavlja socijalnu izolaciju. Poželjno je i potrebno da budu u stalnim kontaktima s prijateljima.

RODITELJI

U telefonskom savjetovanju s roditeljima potrebno je voditi računa da oni imaju dvostruke brige i zabrinutosti - brinu za svoju djecu, ali i za sebe i svoj posao. U roditeljskim brigama često prevladavaju nesigurnost i strah od budućnosti.

Pitanja roditelja mogu biti kako djetetu objasniti cjelokupnu situaciju, kako objasniti što je koronavirus, što epidemija, a što izolacija te koji su rizici bolesti. Potrebno je uputiti roditelja na način razgovora s djetetom ovisno o uzrastu. Prvi je korak otkriti koliko dijete već zna. Nije potrebno inzistirati na razgovoru ako dijete ne pokazuje poseban interes. Neka djeca će htjeti provesti duže vremena propitujući o svemu. Objašnjenja bi trebala biti kratka, jasna i primjerena uzrastu te smirena i uvjerljiva.

Moguće je sugerirati roditelju da zajedno s djecom gledaju informativne emisije te po potrebi filtriraju informacije. U svakom slučaju, potrebno je naglasiti roditeljima da se može dogoditi da dijete čuje neke informacije koje ne razumije te se može zabrinuti ako vidi odrasle uznemirene. Tada je posebno važno voditi računa o bujnoj mašti djeteta.

Roditelje je potrebno usmjeravati da prate djetetova raspoloženja - je li tužno, potišteno, razdražljivo...? Najbolji savjet roditeljima je da se igraju s djetetom ili pomognu pri učenju. Osjećaj kontrole nad zdravljem kod djece mogu razviti vodeći računa o higijeni sebe, igračaka, školskog pribora i prostora.

Što se škole i nastave na daljinu tiče, roditelji mogu pokazivati znakove umora, osjećaja nametnutog posla te nedostatak digitalnih kompetencija i metoda poučavanja. Potrebno im je sugerirati da ne rade zadatke umjesto djeteta već da mu pomognu u objašnjenju. Roditelje kojima nedostaju digitalne kompetencije korisno je usmjeriti na traženje podršku škole i učitelja.

Uloga savjetovatelja je pružiti roditeljima podršku, savjete i emocionalno rasterećenje u osnaživanju roditeljske uloge, istaknuti njihove pozitivne postupke i uvide te poticati na odgoj s ljubavlju i poštovanjem, postavljanjem razumnih pravila i vjerovanjem u dijete. Naše preporuke trebale bi biti usmjerene na govorenje (to je psihološko čišćenje), disanje, opuštanje, umirenje te usmjeravanje svih dobrih stvari koje je roditelj učinio.

UČITELJI

U telefonskom savjetovanju s učiteljima potrebno je voditi računa da su se učitelji iznenada našli u novoj situaciji. Klasična, redovita nastava je izuzetno strukturirana i u određenom vremenu. Nastava na daljinu to nije. Nastavnicima se vrlo često događa da im radni dan traje cijeli dan, bilo zbog komunikacije s učenicima i roditeljima, u stvaranju novih nastavnih sadržaja ili zbog učenja novih digitalnih alata. U virtualnoj nastavi učitelj je potpuno sam i osamljen. Nema pri ruci kolegu iz zbornice da ga pita u svezi poteškoće ili da se nekome glasno potuži. Poteškoće se javljaju uglavnom zbog prevelike odgovornosti. Mogu se pojaviti razni oblici sagorijevanja na poslu. Potrebno je da savjetovatelji vode računa o tome.

Učitelji se mogu požaliti na kronični umor, teškoće pri spavanju, bolove u glavi, leđima ili trbuhu. Njihova stanja mogu dovesti do teškoća u kontroli osjećaja, narušenosti koncentracije i promjena raspoloženja. Nadalje, teško je procijeniti koliko učenici mogu sami naučiti po zadanim obrascima.

Savjetovatelji bi trebali emocionalno rasteretiti učitelje upućujući ih na pauze i odmore pri radu te važnost dnevnih rutina, tjelesnog vježbanja i brige za sebe. Zabrinutost oko dovršetka nastavne godine te realizaciju programa rada treba svesti na minimum. Važno je da učitelji čuju da je nerealno očekivati potpunu realizaciju nastavnih sadržaja. Učiteljima je potrebno pružiti potvrdu da je njihovu akademsku podršku zamijenila neakademska podrška, naglašavajući da se time razvijaju neke druge vještine i kompetencije, koje možda nisu bile planirane, ali su važne. Kao i u savjetodavnom radu općenito, neophodne sastavnice savjetodavnog procesa s učiteljima su aktivno slušanje i razumijevanje.

Preporučena literatura

1. Arambašić, L. (2000). *Psihološke krizne intervencije*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
2. Arambašić, L. (2012). *Psihološka prva pomoć nakon kriznih događaja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. Hrvatska psihološka komora (2020). *Koronavirus i mentalno zdravlje*. Preuzeto 2.5.2020. s mrežne stranice: http://www.psiholoska-komora.hr/static/documents/HPK-Koronavirus_i_mentalno_zdravlje.pdf



IZA ZATVORENIH VRATA
Zaštita od nasilja kao prioritet u
pandemiji COVID-19



Nasilje u obitelji: Podrška i zaštita djeteta

Renata Ćorić Špoljar, Ella Selak Bagarić i Tea Brezinščak

Neupitno je da smo u vremenu u kojem živimo suočeni s brojnim stresogenim čimbenicima. Promjene i ograničenja kojima se nastoji umanjiti prijetnja zarazne bolesti zahtijevaju prilagodbu izmijenjenom načinu svakodnevnog života, funkcioniranja, rada, školovanja te socijalnog kontaktiranja, te dovode do osjećaja straha, neizvjesnosti i bespomoćnosti. Zdravstvena kriza praćena je ekonomskom nestabilnošću, čije znakove počinjemo uočavati, a koju istraživanja jasno povezuju s narušenošću mentalnog zdravlja, pa čak i povećanom stopom suicida (Parmar,

Stavropoulou i Ioannidis, 2016). Postojeći pritisak na psihi pojedinca, izoliranost od socijalne okoline i smanjen pristup stručnoj podršci čimbenici su koji u ovim okolnostima potenciraju i rizik od nasilja u obitelji (WHO, 2020), naročito u situacijama inače narušene dinamike obiteljskih odnosa. Brojna tijela stoga upozoravaju na potrebu za ulaganjem napora u prevenciju i učinkovitu zaštitu od nasilja u obitelji, a posebno nasilja nad djecom (UNICEF, 2020; Vijeće Europe, 2020a, 2020b, 2020c; Svjetska zdravstvena organizacija, 2020; The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, End Violence Against Children, UNICEF, WHO, COVID-1, 2020).

NASILJE U OBITELJI I COVID-19

Prema podacima američke nacionalne studije o partnerskom i seksualnom nasilju približno **1 od 4 žene** i **1 od 9 muškaraca** izvještava o doživljavanju seksualnog nasilja koje uključuje kontakt, fizičkog nasilja i/ili uhođenja od strane intimnog partnera te njihovim učincima, kao što su strah, ozljeda ili potreba za zaštitom (Smith i sur., 2017). Prema istom istraživanju, sa psihološkom agresijom u partnerskom odnosu tijekom života se suoči gotovo polovica žena (47%), ali i podjednak broj muškaraca (Smith i sur., 2017).

Istraživanja pokazuju da izloženost stresorima povećava vjerojatnost od počinjenja nasilja, posebice među osobama koje su bile izložene visokim razinama stresa tijekom djetinjstva (i.e. Gormley i Lopez, 2010; Roberts, McLaughlin, Conron i Koenen, 2011). Stoga ne čudi da nasilje ima tendenciju porasta tijekom različitih vrsta kriza (Parkinson i Zara, 2013). Primjerice, nakon uragana Katrina zabilježen je porast psihološke viktimizacije od 35% za žene i 17% za muškarce, dok su se stope tjelesnog nasilja nad ženama udvostručile (Schumacher i sur., 2010). Istovremeno, rizik od tjelesnog nasilja za muškarce ostao je nepromijenjen (Schumacher i sur., 2010).

U pozadini rastućih brojki interakcija je izloženosti psihološkim i ekonomskim stresorima, čimbenika povezanih s izolacijom, povećane sklonosti negativnim mehanizmima suočavanja poput prekomjernog konzumiranja alkohola (Catalá-Miñanai sur., 2017) te narušenosti mentalnog zdravlja koja se produbljuje s trajanjem krize. Među ostalima, povećanom riziku od počinjenja obiteljskog nasilja doprinose i one teškoće mentalnog zdravlja koja su prema dostupnim istraživanjima

najprevalentniji učinci aktualne pandemije - anksioznost, depresivnost i posttraumatski stresni poremećaj, (Breet, Seedat i Kagee, 2019; Oram, Trevillion, Khalifeh, Feder i Howard, 2014; Spencer i sur., 2019). Nadalje, prije pandemije, žrtve su u nekim situacijama mogle pobjeći od nasilne situacije ili tražiti zaštitu policije, a takve mogućnosti u krizi nisu lako dostupne. Mjere prevencije iz kojih žrtve borave kod kuće mogu natjerati žrtve da ostanu u opasnoj situaciji (APA, 2020).

Temeljem postojeće literature Peterman i sur. (2020) identificirali su mehanizme putem kojih pandemije povećavaju rizik od nasilja nad djecom i ženama, a koji među ostalima uključuju: ekonomsku nesigurnost i stres povezan sa siromaštvom, nestabilnost povezanu s katastrofama, socijalnu izoliranost, nemogućnost žena da napuste zlostavljajuće partnere te smanjenu dostupnost zdravstvenih usluga koje su često prvo mjesto gdje nasilje bude prepoznato i gdje budu poduzeti koraci s ciljem zaštite osobe.

Svjetska zdravstvena organizacija (2020) upozorava i na mogućnost iskorištavanja ograničenja zbog COVID-19 za dodatnu uspostavu kontrole nad partnerima/-icama, primjerice ograničavanjem pristupa uslugama psihosocijalne podrške te sredstvima za higijenu i čišćenje, ili širenjem dezinformacija o bolesti i stigmatiziranjem partnera. Također ističu da je zbog uvjeta pandemije moguće smanjenje dostupnosti različitih usluga, poput telefonskih linija, kriznih centara, skloništa, pravne pomoći i službi zaštite, dodatno smanjujući pristup pomoći.

DJECA I RIZIK OD NASILJA

Uslijed kriza u posebnom riziku su i djeca kao jedna od (i inače) najranjivijih skupina. U istraživanju Prevalencija zlostavljanja i zanemarivanja djece u Hrvatskoj pokazalo se kako je tijekom djetinjstva fizičko zlostavljanje doživjelo 15, 9% mladih. Emocionalno zlostavljanje je doživjelo 16,5% mladih, a seksualno zlostavljanje je doživjelo 13,7% mladih (Buljan Flander, 2007).

Istraživanja pokazuju da je porast razina stresa među roditeljima često i glavni prediktor fizičkog zlostavljanja i zanemarivanja djece. Roditelji u stresu vjerojatnije će reagirati agresivno ili nasilno na zahtjeve svog djeteta. Sustavi podrške na koje se mnogi roditelji oslanjaju, kao što su proširena obitelj, škola i vrtić, vjerske i druge zajednice i organizacije, u mnogim područjima više nisu dostupne zbog mjera

ostanka kod kuće. Sustav zaštite djece i institucije imaju ograničene resurse. Budući da djeca u jeku pandemije ne idu u školu, učitelji i stručnjaci nisu u mogućnosti prepoznati znakove zlostavljanja izvijestiti nadležne službe (SAMHSA, 2020).

Posljedice zlostavljanja i zanemarivanja djece

Brojna istraživanja povezuju zlostavljanje, zanemarivanje i svjedočenje nasilju u obitelji s brojnim kratkoročnim, ali i dugoročnim negativnim posljedicama po djecu, a govore u prilog značajnoj povezanosti između svih vrsta zlostavljanja i zanemarivanja, kao i svjedočenja nasilju u obitelji. Primjerice, prema Dong i sur. (2004) djeca koja svjedoče nasilju u obitelji 5,9 puta češće doživljavaju druge oblike emocionalnog zlostavljanja, 4,7 puta češće doživljavaju tjelesno zlostavljanje, 2,5 puta češće doživljavaju seksualno zlostavljanje i 4 puta češće budu emocionalno zanemarena. U većem broju radova se navodi da roditelji koji su nasilni prema partnerima i značajno češće zlostavljaju svoju djecu od nenasilnih supružnika.

Već godinama u radovima nalazimo podatke o povezanosti svjedočenja djeteta nasilju u obitelji s kasnijim internaliziranim i eksternaliziranim teškoćama, socijalnim funkcioniranjem, akademskim postignućem, a posljedice kod djece koja svjedoče nasilju pokazale su se jednake posljedicama tjelesno zlostavljane djece (Kitzmann i sur., 2003). Calvete i Orue (2013) proveli su istraživanje o tome kako izloženost obiteljskom nasilju dovodi do agresivnog ponašanja kod adolescenata. Rezultati su pokazali kako je izlaganje nasilju u obitelji više povezano s kasnijom agresivnošću, u odnosu na situaciju kada su djeca žrtve nasilja.

Djeca pak, iz svoje pozicije, nastoje razumjeti i riješiti sukobe roditelja. Pritom procjenjuju prijetnju za sebe kao i jesu li oni odgovorni za sukob. Percipirana prijetnja i samookrivljavanje izaziva kod djeteta osjećaje uznemirenosti, brigu, ljutnju, sram te osjećaj neuspjeha jer ne mogu riješiti roditeljski sukob (Lacković-Grgin, 2000). Dijete u takvim situacijama umjesto da razvija pozitivnu sliku o sebi i svijetu kao sigurnom mjestu, sebe doživljava kao nekoga tko ne vrijedi, a druge i svijet kao opasne i ugrožavajuće. Stoga izloženost sukobima u obitelji kod djece svih uzrasta s vremenom uzrokuje teškoće (na emocionalnom, ponašajnom, somatskom planu), a koje točno i koji mehanizmi tome posreduju ovisi o dobi i specifičnostima svakog

pojednog djeteta kao i cjelokupnog konteksta (čestina, sadržaj i intenzitet sukoba, razrješenje, međuodnosi, postojanje podrške u okolini...).

Kako možemo pomoći djetetu?

Svjesni smo da aktualna situacija u kojoj svi živimo obiluje stresogenim čimbenicima te povećava rizik za mentalno zdravlje svakog pojedinca. Upravo zbog navedenog je podrška, koju kao stručnjaci mentalnog zdravlja imamo priliku i možemo pružiti svakom članu obitelji koji nam se obrati, predstavlja zaštitni faktor u ovim kriznim vremenima.

Podrška u psihološkom smislu odnosi se na razgovor uz dominantno aktivno i brižno slušanje. Pritom je važno voditi računa o tome da komunikacijski obrasci mogu biti funkcionalni ovisno o tome poštujemo li određena pravila i dosljednost (što rezultira osjećajem sigurnosti) uz istovremeno poštivanje fleksibilnosti u obliku otvorenosti i prihvatanja (što omogućava doživljavanje podrške) ili o tome ne vodimo računa (Corey, 2004). Podrška uključuje:

- slušanje, bez moraliziranja i osuđivanja, uplitanja osobnih uvjerenja, i bez dociranja
- pokazivanje mirnoće i snage da se može čuti što se dogodilo (bez obzira radi li se o doživljenom ili počinjenom nasilju)
- davanje dozvole i vremena kako za emocije tako i da se kaže koliko je osoba koja se obraća spremna reći (dijete, adolescent, roditelj..)
- suosjećanje, brigu i prihvatanje
- praćenje tempa svakog pojedinca (dati dovoljno vremena, ali i pravovremeno reagirati, no bez pritiska)
- poticanje i ohrabrivanje na daljnji razgovor i traženje podrške/pomoći

Tijekom razgovora važna je **procjena potreba pojedinca** (nekome treba samo informacija, nekome smjernica, nekome netko da ga sasluša i razumije i pokaže zanimanje, nekome da sluša nekoga ili da ga se usmjeri na njegove snage), a zbog čega je svaki razgovor kao i inače svaki odnos drugačiji, jedinstven.

Pri razgovoru s djecom uz poštivanja mehanizama savjetovanja i pružanja podrške važno je:

- biti svjestan zašto je djeci teško povjeriti se o nasilju i zbog čega šute (strah i prijetnje, povjerenje, posljedice za obitelj i obiteljsku koheziju, zbunjenost, osjećaji srama i krivnje, stigma..)
- biti naročito svjestan postojanja različitih osjećaja vezanih za osobu u obitelji koja je nasilna (emocionalna bliskost)
- biti svjestan rizika od retraumatizacije uslijed neadekvatnih reakcija na razotkrivanje (članovi obitelji kao i stručnjaci)

Navedenom u prilog govori istraživanje u kojem se nalazi da proces razotkrivanja te reakcije članova obitelji i stručnjaka mogu pomoći u oporavku žrtve, ali i biti izvor sekundarne traumatizacije (Lovett, 2004). Zanimljivo je i istraživanje koje su proveli Gharaibeh i Oweis (2009) te identificirali pet čimbenika za ostanak žene u nasilnom odnosu (socijalno podrijetlo-povijest odrastanja u nasilnoj obitelji, nedostatak obiteljske potpore, financijska ovisnost, žrtvovanje za dobrobit djece, nepovoljne socijalne posljedice razvoda), a što govori ono što već znamo, da je "razotkrivanje proces... ne događaj" (Sorenson i Snow, 1991).

Stoga nas i dalje kao pomagače treba podsjetiti da pored promptnih reakcija u zaštiti djece kada imamo saznanja o izloženosti djeteta nasilju, ponekad treba puno strpljenja, podrške i osnaživanja da bi se stvorio temelj razotkrivanju koje će biti na putu oporavka.

KAKO POMOĆI NA RAZINI ZAJEDNICE?

Vijeće Europe (2020b), pozivajući se na Istanbulsku konvenciju, predlaže moguće mjere i intervencije vezane uz COVID-19 krizu. U tom smislu, naglasak je stavljen i na preventivne mjere, te se preporučuje da institucije poduzmu akcije vezane uz podizanje javne svijesti, poput objava za medije, kampanja putem televizije, radija ili društvenih mreža, s ciljem smanjenja rizika od nasilja nad ženama i djevojkama tijekom pandemije, te diseminacije informacije o dostupnoj pomoći žrtvama što je šire moguće.

Primjer takve kampanje je Kampanja "Iza Vrata", koju zajedničkim snagama predvode MUP, Poliklinika za zaštitu djece i agencija Degordian u Hrvatskoj tijekom faze „zatvorenih vrata“ odnosno karantene, a koja za cilj osvijestiti sve građane da prijavimo nasilje koje im se odvija u blizini. Mia, kako je nazvana djevojčica iza zatvorenih vrata u TV spotu i radio spotovima te vizualima diseminiranim putem društvenih mreža, djevojčica je koja se svakodnevno susreće s nasiljem u obitelji. Poruka kampanje je kako djetetova nesigurnost u vrijeme kada su vrata kućnog praga zatvorena, iziskuje i osobnu hrabrost i odgovornost svake osobe u njegovoj okolini. Kampanju su podržali gotovo svi mediji u Hrvatskoj. Kampanja "Iza Vrata" se kao primjer dobre prakse nalazi i na portalu Europske mreže za prevenciju kriminaliteta (EUCPN), EU Home Affairsa, Europolu a poljska organizacija Fundacja Dajemy Dzieciom Się prilagodila je kampanju govornom području te je pokrenula putem društvenih mreža, televizije i drugih kanala.

Također, Vijeće Europe (2020) naglašava i važnosti podizanja svijesti u kritičnim sektorima (zdravstvo, pravosuđe) o potencijalnom utjecaju mjera poput socijalnog distanciranja, zatvaranja ustanova te općenito ekonomskih i socijalnih posljedica krize na djecu i žene koje žive u nasilnim okruženjima, što uključuje i dodatnu edukaciju online platformama. Primjer toga je Edukacija za stručnjake na telefonskim linijama u COVID-19 krizi koju su organizirali Poliklinika za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba i Hrvatska psihološka komora u partnerstvu s Gradom Zagrebom. Gotovo 200 psihologa je u tri dana online edukacije educirano o specifičnostima pružanja stručne psihološke pomoći u aktualnoj pandemiji, pri čemu je provedeno i certificiranje stručnjaka, u svrhu osiguravanja kvalitete usluge savjetodavnih linija.

Literatura

1. Breet, E., Seedat, S. i Kagee, A. (2019). Posttraumatic stress disorder and depression in men and women who perpetrate intimate partner violence. *Journal of interpersonal violence*, 34(10), 2181- 2198.
2. Buljan Flander, G. (2007). Izloženost djece nasilju – Jesmo li nešto naučili? U:Kolesarić, V. (ur.), Psihologija i nasilje u suvremenom društvu. Osijek: Filozofski fakultet, 45-52.
3. Calvete, E., i Orue, I. (2013). Cognitive mechanisms of the transmission of violence: Exploring gender differences among adolescents exposed to family violence. *Journal of Family Violence*, 28(1), 73–84.
4. Catalá-Miñana, A., Lila, M., Oliver, A., Vivo, J. M., Galiana, L., & Gracia, E. (2017). Contextual factors related to alcohol abuse among intimate partner violence offenders. *Substance Use & Misuse*, 52(3), 294-302.
5. Corey, G. (2004). Teorija i praksa psihološkog savjetovanja i psihoterapije. Naklada Slap.
6. Dong, M. i sur. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect*, 28(7), 771-84.
7. Gormley, B. i Lopez, F. G. (2010). Psychological abuse perpetration in college dating relationships: Contributions of gender, stress, and adult attachment orientations. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(2), 204-218.
8. Gharaibeh, M. i Oweis, A. (2009). Why Do Jordanian Women Stay in an Abusive Relationship: Implications for Health and Social Well-Being. *Journal of Nursing Scholarship*. 41(4), 376-84.
9. Kitzmann, K.M. i sur. (2003). Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339-52.
10. Lacković-Grgin, K. (2000). Stres u djece i adolescenata. Naklada Slap.
11. Lovett, F. (2004). Can Justice Be Based on Consent?. *The Journal of Political Philosophy*, 12(1).
12. Oram, S., Trevillion, K., Khalifeh, H., Feder, G. i Howard, L. M. (2014). Systematic review and meta-analysis of psychiatric disorder and the perpetration of partner violence. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 23(4), 361-376.
13. Parkinson, D. i Zara, C. (2013). The hidden disaster: Domestic violence in the aftermath of natural disaster. *Australian Journal of Emergency Management*, 28(2), 28.

14. Parmar, D., Stavropoulou, C. i Ioannidis, J. P. (2016). Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *BMJ*, 354, i4588.
15. Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., Oertelt-Prigione, S., i van Gelder, N. (2020). Pandemics and violence against women and children. *Center for Global Development Working Paper*, 528.
16. Roberts, A. L., McLaughlin, K. A., Conron, K. J., i Koenen, K. C. (2011). Adulthood stressors, history of childhood adversity, and risk of perpetration of intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(2), 128-138.
17. Schumacher, J. A., Coffey, S. F., Norris, F. H., Tracy, M., Clements, K. i Galea, S. (2010). Intimate partner violence and Hurricane Katrina: predictors and associated mental health outcomes. *Violence and Victims*, 25(5), 588-603.
18. Smith, S. G., Basile, K. C., Gilbert, L. K., Merrick, M. T., Patel, N., Walling, M. i Jain, A. (2017). National intimate partner and sexual violence survey (NISVS): 2010-2012 state report. National Center for Injury Prevention and Control of the Centers for Disease Control and Prevention.
19. Spencer, C., Mallory, A. B., Cafferky, B. M., Kimmes, J. G., Beck, A. R. i Stith, S. M. (2019). Mental health factors and intimate partner violence perpetration and victimization: A meta-analysis. *Psychology of violence*, 9(1), 1.
20. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2020). Intimate Partner Violence and Child Abuse Considerations During COVID-19. Preuzeto 31.5.2020. s mrežne stranice: <https://www.nabh.org/wp-content/uploads/2020/04/social-distancing-domestic-violence.pdf>
21. Svjetska zdravstvena organizacija (2020). COVID-19 and violence against women: What the health sector/system can do. Preuzeto 31.5.2020. s mrežne stranice: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331699/WHO-SRH-20.04-eng.pdf?ua=1>
22. The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, End Violence Against Children, UNICEF, WHO (2020). COVID-19: Protecting Children from Violence, Abuse and Neglect in the Home. Preuzeto 31.5.2020. s mrežne stranice <https://www.unicef.org/media/68711/file/COVID-19-Protecting-children-from-violence-abuse-and-neglect-in-home-2020.pdf>
23. Vijeće Europe (2020a). Declaration of the Committee of the Parties to the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention) on the implementation of the Convention during the COVID-19 pandemic. Preuzeto 31.5.2020. s mrežne stranice:

<https://rm.coe.int/declaration-committee-of-the-parties-to-ic-covid-/16809e33c6n-cases-of-violence-against-women>

24. Vijeće Europe (2020b). Protecting and Empowering Children during the Covid-19 Pandemic. Preuzeto 31.5.2020. s mrežne stranice: <https://www.coe.int/en/web/children/covid-19>
25. Vijeće Europe (2020c). Statement by the Lanzarote Committee Chair and Vice-Chairperson on stepping up protection of children against sexual exploitation and abuse in times of the COVID-19 pandemic. Preuzeto 31.5.2020. s mrežne stranice: <https://rm.coe.int/covid-19-lc-statement-en-final/16809e17ae>



Prijavljivanje nasilja nad djecom kao preduvjet pravovremene reakcije sustava u zaštiti djece

Anita Matijević

Postupanja povodom dojava ili saznanja o izloženosti djece fizičkom, seksualnom zlostavljanju ili drugom ugrožavajućem ponašanju te dojave o trenutnoj izloženosti nasilju u obitelji, prioriteti su koji zahtijevaju žurno policijsko postupanje u poduzimanju mjera sprečavanja daljnjeg zlostavljanja i zaštite žrtava. Navedeno je osobito važno u ovim izvanrednim okolnostima kada djeca, osobito mlađa djeca, imaju značajno ograničene socijalne kontakte.

Djeca nisu birala obitelj u kojoj žive, nemaju značajnog utjecaja na odluke od važnosti za njihov život vezano uz način na koji provode svoje vrijeme, socijalne kontakte, uvjete stanovanja, kvalitetu prehrane, školovanje ili količinu ljubavi, podrške i zaštite koju dobivaju. Djeca ne mogu otići, ne mogu odlučiti: Ja više ne mogu trpjeti nasilje!

Kada roditelj zlostavlja dijete ili ne ispunjava svoju dužnost zaštite djeteta od bilo kojeg oblika zlostavljanja ili zanemarivanja i osiguranja uvjeta za optimalan rast i razvoj djeteta tu ulogu preuzima država kroz poduzimanje mjera obiteljsko pravne i kaznenopravne zaštite djece.

Preduvjet za poduzimanje mjera sprečavanja daljnjeg zlostavljanja i zaštite žrtava od strane policije je dojava sumnje u zlostavljanje. U tom smislu velika je odgovornost stručnjaka koji u svom radu doznaju ili posumnjaju u izloženost djeteta bilo kojoj vrsti nasilja, odnosno prepoznaju rizik, prijetnju za sigurnost djeteta ili ranjivih članova obitelji - da reagiraju i svoja saznanja ili sumnje pravovremeno dojave policiji. Odgovornost za sprečavanje nasilja imamo svi koji znamo za njega, osobito sada kada neke žrtve nemaju priliku same potražiti zaštitu.

Trebamo imati na umu različite razloge iz kojih same žrtve nisu sklone prijaviti izloženost nasilju policiji. Osobito kada se radi o djeci koja su zastrašena ili izmanipulirana od strane počinitelja. Djeca vole svoje roditelje, nerijetko vole i svoje zlostavljače, a zbog izostanka životnog iskustva ne znaju da su neka ponašanja kriva, društveno neprihvatljiva ili kažnjiva i da dijete ne bi smjelo biti izloženo aktivnostima ili ponašanjima koja nepovoljno utječu na njegov fizički, psihički ili emocionalni razvoj. Sve navedeno utječe na djetetovu motivaciju da razotkrije zlostavljanje. Prepoznavanje nasilja nad djecom i prijavljivanje policiji, državnom odvjetništvu ili centru za socijalnu skrb preduvjet je pravovremene reakcije sustava u zaštiti djeteta.

OBVEZA PRIJAVLJIVANJA KAŽNJIVIH RADNJI NA ŠTETU DJECE

Pitanje prijavljivanja saznanja o izloženosti djeteta bilo kojoj vrsti povrede prava djeteta nije samo pitanje profesionalnosti, etičkog kodeksa i ljudskosti, već je regulirano i nizom zakona i popisa. U nastavku ćemo istaknuti najvažnije.

Kaznenim zakonom u članku 302. propisano je da kazneno djelo Neprijavljivanje počinjenog kaznenog djela čini „tko zna da je počinjeno kazneno djelo za koje je

propisana kazna zatvora deset godina ili teža kazna pa to ne prijavi iako zna da bi takvom prijavom bilo omogućeno ili znatno olakšano otkrivanje djela ili počinitelja“, a za što će se kazniti kaznom zatvora do tri godine. Istom kaznom kaznit će se službena ili odgovorna osoba koja ne prijavi počinjenje kaznenog djela za koje je saznala obavljajući svoju dužnost, a radi se o kaznenom djelu za koje pokretanje kaznenog postupka nije prepušteno privatnoj tužbi ili progonu po prijedlogu.

Nadalje, **Zakon o kaznenom postupku** u članku 204. propisuje da je „svatko dužan prijaviti kazneno djelo za koje se postupak pokreće po službenoj dužnosti, koje mu je dojavljeno ili za koje je saznao“.

Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji dodatno u članku 7. propisuje: zdravstveni radnici, djelatnici u ustanovama socijalne skrbi, osobe zaposlene u odgojno-obrazovnim ustanovama, humanitarnim organizacijama ili organizacijama civilnog društva te sve druge stručne osobe koje u svom radu dolaze u kontakt sa žrtvama nasilja, dužni su prijaviti policiji ili državnom odvjetništvu počinjenje nasilja u obitelji za koje su saznali u obavljanju svojih poslova. Ako to ne učine kaznit će se novčanom kaznom u iznosi od najmanje 1000,00 kn do 10000,00 kn.

Isto tako, **Zakon o sudovima za mladež** u člancima 58. i 59. propisuje da nitko ne može biti oslobođen dužnosti svjedočenja o okolnostima potrebnim za ocjenjivanje psihičke razvijenosti maloljetnika, upoznavanje njegove ličnosti i prilika u kojima živi te da su tijela koja sudjeluju u postupku prema maloljetniku, i druga tijela i ustanove od kojih se traže obavijesti, izvješća i mišljenja, dužna najhitnije postupiti kako bi se postupak prema maloljetniku što prije završio.

Obveza stručnjaka da prijave svoja saznanja o kaznenom djelu propisana su i **Zakonom o liječništvu, Zakonom o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi** (čl. 70) te **Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama**. Policijski službenici su tijekom provođenja kriminalističkih istraživanja u prethodnom postupku ovlašteni od zdravstvenih ustanova i liječnika zatražiti medicinsku dokumentaciju, u cilju prikupljanja saznanja o okolnostima vezanim uz određeno kazneno djelo, prekršaj ili štetni događaj počinjen na štetu djece ili maloljetnika. Navedena je dokumentacija od iznimnog značaja za vođenje potencijalno predstojećeg kaznenog postupka (Zakon o policijskim poslovima i ovlastima, Zakon o kaznenom postupku).

Odredbama čl. 21. st 3. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN 76/14) propisano je da se javnim interesom ili interesom koji preteže nad interesom čuvanja tajne smatra zaštita javnog zdravlja i sigurnosti na temelju posebnog zakona.

Nadalje, na istovjetan način se takav poseban propis, a to je u ovom slučaju Zakon o policijskim poslovima i ovlastima, primjenjuje i u odnosu na odredbe članka 21. Zakona o liječništvu kada se govori o liječničkoj tajni i obavezi čuvanja liječničke tajne od strane zdravstvenih djelatnika.

Isto tako, potrebno je istaknuti i odredbe čl.22. Zakona o liječništvu, u kojima je propisana obveza liječnika da kada tijekom obavljanja liječničke djelatnosti posumnja da je smrt ili tjelesna ozljeda nastupila nasilnim putem, o istome odmah obavijesti policiju ili državno odvjetništvo. Također, sukladno odredbama navedenog članka, liječnik je prijavu obavezan podnijeti i kada posumnja da je malodobnoj ili nemoćnoj osobi zdravstveno stanje ozbiljno ugroženo zapuštanjem ili zlostavljanjem.

Također u **Protokolu o postupanju u slučaju zanemarivanja i zlostavljanja djece**, kojeg je u studenom 2014. godine donijela Vlada Republike Hrvatske, jasno je propisano da su zdravstvene ustanove, centri za socijalnu skrb i odgojno obrazovne ustanove, na traženje policije, državnog odvjetništva ili suda, dužne odmah dostaviti cjelokupnu dokumentaciju koja je značajna za razjašnjavanje i dokazivanje kaznenih djela. Ono što je također bitno za istaknuti je da policija prikupljene obavijesti, uključujući i informacije sadržane u dostavljenoj medicinskoj dokumentaciji, dostavlja isključivo pravosudnim tijelima za potrebe provođenja kaznenih postupaka, uz puno poštivanje odredaba o tajnosti postupka.

ŠTO JE KAŽNJIVO?

S djetetom mlađim od 15 godina kažnjivo je:

- ✓ ostvarivanje bilo kakvog spolnog kontakta (spolni odnos, bludne radnje), neovisno o pristanku djeteta, izuzev dragovoljnih spolnih kontakata između djece čija razlika u dobi ne prelazi 3 godine
- ✓ nagovaranje djeteta putem interneta na susret s punoljetnom osobom u namjeri ostvarivanja seksualnog kontakta
- ✓ činjenje spolnih radnji namijenjenih zadovoljavanju vlastite ili tuđe pohote pred djetetom
- ✓ prikazivanje, poklanjanje ili na drugi način činjenje dostupnim pornografskih sadržaja ili predmeta, putem računalnog sustava ili na drugi način.

S djetetom mlađim od 18 godina kažnjivo je:

- ✓ ako osoba kojoj je dijete povjereno na čuvanje i odgoj ostvari spolnu aktivnost s djetetom
- ✓ mamljenje, vrbovanje, nagovaranje djeteta na pružanje spolnih usluga ili korištenje istih
- ✓ mamljenje, poticanje djeteta na sudjelovanje u snimanju spolno eksplicitnog ponašanja te organiziranje ili omogućavanje snimanja takvih sadržaja
- ✓ snimanje, pribavljanje, prosljeđivanje, prikazivanje, pokazivanje, posjedovanje, pristupanje fotografijama ili snimkama koje prikazuju djecu u seksualnim aktivnostima ili intimne dijelove tijela djeteta mlađeg od 18 godina
- ✓ mamljenje ili poticanje djeteta na sudjelovanje u pornografskim predstavama te gledanje pornografskih predstava u kojima sudjeluju djeca uživo ili putem komunikacijskih kanala
- ✓ zanemarivanje dužnosti podizanja, odgoja i obrazovanja djeteta
- ✓ zlostavljanje djeteta ili prisiljavanje na rad neadekvatan dobi djeteta ili druga po dijete štetna ponašanja
- ✓ neovlaštena objava djetetove fotografije ili iznošenje podataka o djetetu, a što je kod djeteta izazvalo uznemirenost ili porugu vršnjaka
- ✓ izvanbračni život osobe mlađe od 16 godina s punoljetnom osobom
- ✓ povreda dužnosti uzdržavanja djeteta
- ✓ onemogućavanje djeteta da sukladno odluci nadležnog tijela živi s roditeljem ili onemogućavanje ostvarivanja kontakata između djeteta i roditelja
- ✓ nasilje u obitelji
- ✓ uhođenje i praćenje
- ✓ prijetnje kakvim zlom radi strašenja ili uznemiravanja
- ✓ tjelesno ozljeđivanje i druga ponašanja kojima se ugrožava sigurnost i dobrobit djece.

Kaznena djela na štetu djece mogu se počiniti i kada počinitelj nije ostvario neposredni fizički kontakt, a prijaviti i kada nisu poznati podaci o počinitelju.

STANJE I KRETANJE

Načelno ne bilježimo ukupan porast kažnjivih radnji s elementima nasilja u obitelji. Naime u prva tri mjeseca prošle godine evidentirano je 3119 počinitelja prekršaja nasilja u obitelji, dok je u istom razdoblju 2020. godine evidentirano ukupno 2466 počinitelja. Bilježimo porast broja kaznenih djela Nasilje u obitelji (444 kaznenih djela u prva četiri mjeseca ove godine, u odnosu na 298 kaznenih djela u istom razdoblju prošle godine). Međutim, moguće je da se zapravo ne radi o ukupnom porastu nasilja, već da je veći broj prijava kaznenih djela rezultat naših napora u senzibilizaciji i edukaciji policije u prepoznavanju te pravilnoj kvalifikaciji određenih ponašanja kroz kazneno pravnu umjesto prekršajno pravnu reakciju, čime u konačnici počiniteljima i žrtvama šaljemo jasnu poruku o stavu države prema nasilju u obitelji.

Nastavlja se trend većeg broja kaznenih prijava, odnosno kaznenih djela Povreda djetetovih prava, dok u prvom tromjesečju ove godine bilježimo pad broja kaznenih djela spolnog zlostavljanja i iskorištavanja djece. Upravo u ovom području kriminaliteta očekujemo porast broja kaznenih djela koja se na štetu djece čine putem suvremenih tehnologija korištenjem interneta.

Tablica 1. Usporedba broja kaznenih djela na štetu djece

KAZNENO DJELO	RAZDOBLJE			
	2018.	2019.	1-4. mj. 2019.	1-4. mj. 2020.
Povreda djetetovih prava	1 096	1 661	448	717
Spolno zlostavljanje i iskorištavanje djece	488	702	358	142
Nasilje u obitelji	623	1 139	298	444

Na porast broja kaznenih djela Povreda djetetovih prava opisano člankom 177. Kaznenog zakona, kao najučestalijeg kaznenog djela koje se čini na štetu djece,

utječe i prepoznavanje različitih oblika zanemarivanja i drugih načina grubih povreda djetetova prava.

Obilježja ovog kaznenog djela mogu se osim kroz zlostavljanje i zanemarivanje osnovnih djetetovih potreba ostvariti i kroz:

- nedostatak potpore, ljubavi, poštivanja i sigurnosti
- nedovoljan nadzor nad djetetom (dijete živi u nesigurnom okruženju, izloženo opasnostima kao što su neosigurani prozori, vožnja na poljoprivrednim strojevima bez zaštitnih mjera, obijesna vožnja roditelja, korištenje pirotehnike, dostupnost lijekova i/ili sredstava za čišćenje, oružja, slobodan pristup alkoholu)
- ostavljanje djeteta u ugrožavajućim situacijama (npr. zatvoreno u vozilu na visokim temperaturama)
- nedostatak poticanja i postavljanja određenih zahtjeva ili izostanak postavljanja jasnih granica dozvoljenog ponašanja (najbolji interes djeteta)
- izostanak pomoći i podrške u školovanju
- popustljivost u slučaju neopravdanih izostanka iz škole, konzumacije alkohola i droga, te drugih oblika asocijalnog ponašanja
- uskraćivanje ili odugovlačenje s pružanjem liječničke, psihološke ili psihijatrijske pomoći ako je takva pomoć potrebna
- manipulacija djecom u partnerskim konfliktima, medijska eksponiranost djece u postizanju roditeljskih ciljeva
- nerazumno ograničavanje i sputavanje djeteta u slobodnim aktivnostima
- izloženosti psihičkim šokovima prouzročenih strašenjem, učestalim vrijeđanjem i ponižavanjem, nasilnim ispadima pripitog roditelja, fizičkim zlostavljanjem drugog roditelja pred djetetom.

Važno je istaknuti da nisu sva ponašanja koja mogu imati obilježja zanemarivanja djeteta rezultat roditeljske nebrige ili namjere da se djetetu nanese šteta. Stoga stručnjaci trebaju prepoznati i razlikovati ponašanja roditelja kojima je, zbog nedostatka roditeljskih kompetencija, potrebna pomoć u okviru mjera obiteljsko pravne zaštite djece, od ponašanja koja zahtijevaju kaznenopravnu reakciju i sankciju.

Zlostavljanje iza zatvorenih vrata ne odnosi se samo na nasilje u obitelji, već i seksualno zlostavljanje i iskorištavanje te druge oblike nasilja. Digitalni svijet djeci nudi neograničene mogućnosti za učenje i povezivanje, međutim djeca su u nekontroliranom digitalnom okruženju izložena i štetnim sadržaju, kao što je izlaganje dobi neprimjereno seksualiziranim prizorima, prizorima ekstremnog nasilja te promicanju rizičnih ponašanja.

SADRŽAJ PRIJAVE

Stručnjaci koji u svom radu dođu do saznanja o zlostavljanju djeteta ili drugim oblicima kažnjivih radnji na štetu djeteta, svoja saznanja trebaju žurno prijaviti policiji ili centru za socijalnu skrb. Prijava saznanja o zlostavljanju djeteta koja se upućuje prema policiji, kada god je to moguće, trebala bi dati odgovore na sljedeća pitanja:

ŠTO SE DOGODILO?	• obilježja kažnjive radnje koju je počinitelj ostvario svojim ponašanjem - na koji način, kojim radnjama, gdje, kada i kojim sredstvom
TKO JE ŽRTVA?	• dostupni podaci o žrtvi
TKO JE POČINITELJ?	• koje su informacije o njegovu identitetu poznate, je li bilo više sudionika u izvršenju
IMA LI DRUGIH ŽRTAVA?	• postoje li podaci o drugim osobama prema kojima je izvršena kažnjiva radnja
IMA LI SVJEDOKA?	• podaci o osobama koje su neposredno ili posredno svjedočile događanjima
IMA LI TRAGOVA?	• postoje li podaci o tragovima na žrtvi, mjestu događaja ili drugom mjestu na kojem se mogu pronaći dokazi

Naravno da u većini situacija stručnjaci neće raspolagati odgovorima na sva pitanja, ali je važno ne zaboraviti navesti odgovore na ova pitanja ako o tome postoje saznanja.

KANALI PRIJAVE

Stručnjaci svoja saznanja mogu prijaviti usmeno, pismeno, putem elektronske pošte ili osobnim dolaskom u službene prostorije policije. Pismeno se prijava dostavlja putem dopisa ili poruke elektronske pošte policijskoj postaji ili policijskoj upravi. Adrese, brojevi telefona, telefaksa i adrese elektroničke pošte mogu se pronaći na web stranicama pojedine policijske uprave.

Žrtve, građani te stručnjaci koji su do saznanja došli u privatnom životu, izvan obavljanja svojih poslova prijavu mogu podnijeti on line putem aplikacije Red Button koja se nalazi na službenoj web stranici Ministarstva unutarnjih poslova.

Naime, policija potiče građane da svoja saznanja o zlostavljanju djece i nasilju u obitelji, osim pozivima prema broju 192, prijavljuju i putem informacijsko komunikacijskih kanala, prije svega *online* aplikacije Red Button. *Online* se može prijaviti izloženost/saznanje o seksualnom zlostavljanju i iskorištavanju djeteta putem interneta, seksualno zlostavljanje i iskorištavanje djece u neposrednom kontaktu s počiniteljem, ali i bilo koje drugo kažnjivo ponašanje počinjeno na štetu djeteta: obiteljsko nasilje, fizičko zlostavljanje, zanemarivanje ili drugo po djetete ugrožavajuće ponašanje. Organizacije, ustanove i stručnjaci koji se bave zaštitom djece poveznicu mogu postaviti na svojim web stranicama kako bi prijava zlostavljanja bila što dostupnija, prije svega djeci žrtvama.

Kada je potrebno prijavu podnijeti odmah, telefonskim pozivom

Telefonskim pozivom prema broju 192 potrebno je dojaviti saznanje o kaznenom djelu čije izvršenje je u tijeku, neposredno je počinjeno ili postoje saznanja da prijeti ozbiljna izravna opasnost da će biti počinjeno. Prije svega, prijavu je potrebno podnijeti odmah:

- kada se radi o težem kaznenom djelu, osobito spolnog zlostavljanja ili napada na život i tijelo
- kada postoji bojazan da će dijete biti izloženo daljnjoj viktimizaciji ili da će se utjecati na djetetov iskaz
- kada se na djetetu nalaze tragovi koje je potrebno fiksirati ili postoji opasnost da će odgodom prijave biti sakriveni ili uništeni dokazi.



U postupku protiv počinitelja kaznenog djela iz kaznenopravne zaštite djece (čl. 113. Zakona o sudovima za mladež) mjesno je nadležan sud djetetova prebivališta, a sud izvršenja djela ako bi se pred tim sudom lakše proveo postupak.

Prijava se u praksi podnosi policijskoj upravi prema prebivalištu djeteta žrtve, sjedištu rada stručnjaka koji prijavu podnosi, mjestu izvršenja kaznenog djela, međutim može se podnijeti i bilo kojoj drugoj policijskoj upravi/postaji koja će poduzeti hitne mjere i radnje te dogovoriti daljnje nadležno postupanje policije.

ŠTO NAKON PRIJAVE POLICIJI

Nakon prijave ili saznanja o moguće počinjenom kaznenom djelu policija će provesti kriminalističko istraživanje radi pronalaska počinitelja, prikupiti potrebne dokaze i druge važne podatke, poduzeti mjere vezane uz sigurnost i zaštitu žrtve te o svemu utvrđenom obavijestiti državno odvjetništvo. U pravilu kriminalističko istraživanje će provesti policijski službenici za mladež, a razgovor s djetetom žrtvom posebno osposobljeni policijski službenici za mladež koji su završili trening Istražni razgovor s

djetetom na principima postizanja najboljih dokaza (PEACE model). U okviru kriminalističkog istraživanja policija može prikupljati obavijesti i od građana koji imaju određena saznanja od značaja za izvide kaznenog djela.

Ako su ispunjeni zakonski uvjeti uhitit će počinitelja i dovesti ga sudu i/ili predložiti izricanje mjera opreza kojima mu se zabranjuje komunikacija sa žrtvom. Policija će izvršiti procjenu pojedinačnih potreba žrtve, žrtvu će usmeno i pismeno upoznati s pravima koja joj pripadaju kao žrtvi kaznenog djela. Policija će djetetu i njegovom roditelju/staratelju uručiti popis udruga i službi koje pružaju pomoć i podršku žrtvama i uputiti da im se obrati kako bi dobili potrebnu pomoć.

Na web stranici Ministarstva unutarnjih poslova objavljene su različite informacije o zlostavljanju djece, seksualnom iskorištavanju, posljedicama nasilja u obitelji, obvezama i procedurama postupanja policije, zaštitnim mjerama i drugim savjetima koji mogu biti od koristi i stručnjacima u radu s djecom žrtvama kaznenih djela.

MEĐUSEKTORSKA SURADNJA

Za uspješnost zaštite, pomoći i podrške djetetu žrtvi važno je jačati među sektorsku suradnju na sljedećim principima: **pravovremenost reakcije i razmjene jasnih informacija, osobna odgovornost i dostupnost, fleksibilnost, suradljivost i povjerenje.** Zajedničke edukacije između ostaloga imaju posebnu važnost zbog uspostavljanja osobnih kontakata koji olakšavaju buduću suradnju. Kada stručnjaci ostvare međusobni kontakt, razmijene brojeve telefona, u zajedničkim postupanjima i suradnji jačaju povjerenje i uvažavaju svoje različite kompetencije i uloge, pozitivni ishodi njihova postupanja u slučaju povrede djetetovih prava se bitno povećavaju.



Ostvarivanje prava i usmjeravanje na resurse u zajednici

Tamara Gojković

Povod za traženje psihološke podrške u situaciji zdravstvene krize može biti povezan s obilježjima sadašnje, za sve potpuno nove, situacije. Jednako tako on može biti potaknut drugim stresorima, koji i inače opterećuju život neke osobe, ali ih ona sada vidi kao izrazitije, nove ili nema podršku koju bi imala u uobičajenim uvjetima života. Ponekad će tako osobe koje se obrate savjetodavnoj liniji željeti podijeliti i saznanja o nasilju ili zlostavljanju, ili pak tražiti informacije vezano uz svoju aktualnu potrebu ili potrebu nekoga sebi bliskoga. U nekim od tih situacija, s obzirom na osobne i stručne kompetencije, bit ćete spremni dati točnu informaciju, dok ćete u drugima osobu informirati i usmjeriti na neki od resursa u zajednici. Dužina puta

potrebna od traženja do zadovoljavanja potrebe osobe koja vam se obratila ovisit će o širini vaše informiranosti. Vaša kvalitetna informiranost može značajno doprinijeti brzini zaštite osobe u potrebi.

IZVORI PODRŠKE U ZAJEDNICI

U demokratskim društvima, pomoć i podršku moguće je realizirati unutar triju sektora; **javnog, privatnog i građanskog**. Unutar svakoga sektora nalaze se mnogobrojne organizacije, među kojima zasigurno postoji i ona koja će osobi koja vam se obratila pružiti uslugu za kojom traga. Samo neki od javnih resursa zdravstvene su ustanove, ustanove socijalne skrbi, predškolske, osnovnoškolske i srednjoškolske ustanove, zatim ministarstva, pravosudna tijela kao i kulturne, sportske i mnoge druge.

U radu kojem ste se priključili očekivano je da ćete osobe koje vam se obrate povremeno upućivati na **Centre za socijalnu skrb (CZSS)**, koji su jedne od ključnih ustanova socijalne skrbi, a lako su dostupne svim građanima. Organizirane su na području jedne ili više općina ili gradova na području iste županije, odnosno za područje grada Zagreba. Centar za socijalnu skrb može imati jednu ili više podružnica. Ukupan broj Centara, zajedno s podružnicama, veći je od stotinu.

Osoba koja se obrati CZSS može očekivati informacije o mogućnostima rješavanja problema, kao i stručnu podršku i pomoć. Rad centara za socijalnu skrb usmjeren je na najranjivije skupine, od kojih su neke maloljetna djeca bez roditelja, maloljetna djeca bez odgovarajuće roditeljske skrbi, djeca s teškoćama u razvoju, problemima u ponašanju, osobe s invaliditetom, starije i nemoćne osobe, osobe lišene poslovne sposobnosti, žrtve obiteljskog nasilja, obitelji pod rizikom, siromašne no i sve druge osobe koje se nađu u situaciji socijalne ugroženosti.

Jedno od temeljnih načela socijalnog rada je supsidijarnost, kojom su prava i usluge u sustavu socijalne skrbi zajamčene svim osobama koje ne mogu sebi ili članovima svoje obitelji osigurati zadovoljavanje osnovnih životnih potreba. Kako bi pojedinac ili obitelj realizirao to pravo potrebno je da zadovoljava kriterije propisane Zakonom o socijalnoj skrbi. Upravo je zato važno zadržati se na informaciji upućenoj osobi koja se obratila, suzdržavajući se od jamčenja da će pojedino pravo biti ostvareno, budući da nam nisu dostupne informacije prema kojima bismo mogli stajati iza tih tvrdnji.

Prava koja je moguće ostvariti u sustavu socijalne skrbi jesu:

- zajamčena minimalna naknada
- naknada za troškove stanovanja
- pravo na troškove ogrjeva
- naknada za osobne potrebe korisnika smještaja
- jednokratne naknade
- naknade u vezi s obrazovanjem
- osobna invalidnina
- doplatak za pomoć i njegu
- status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja
- naknada do zaposlenja naknada za ugroženog kupca energenata
- socijalne usluge.

“Socijalne usluge obuhvaćaju aktivnosti, mjere i programe koji su namijenjeni sprečavanju, prepoznavanju i rješavanju problema i poteškoća pojedinaca i obitelji te poboljšanju kvalitete života u zajednici” (Zakon o socijalnoj skrbi). Uz CZSS socijalne usluge pružaju i drugi poslužitelji, koji mogu biti druge ustanove socijalne skrbi, organizacije civilnog društva i druge, o čemu će osoba koja je pristupila CZSS dobiti informaciju pri pružanju prve socijalne usluge.

Uz navedeno, pri Centrima se provodi savjetovanje i pomaganje, kao i obiteljska medijacija. Obiteljska medijacija specifičan je postupak rješavanja obiteljskog sukoba uz pomoć educiranog medijatora. Socijalne usluge su i pomoć u kući, psihosocijalna podrška, rana intervencija, pomoć pri uključivanju u programe odgoja i redovitog obrazovanja (integracija), boravak, smještaj i organizirano stanovanje. U hitnim i kriznim situacijama, socijalne usluge dostupne su i izvan radnog vremena Centara, kada policija kontaktira dežurnog socijalnog radnika. Informaciju o načinu rada, a zbog proglašene epidemije koronavirusa, pronaći ćete na mrežnim stranicama svakog od Centara.

Nazivan trećim, nevladinim sektorom, sektor civilnog društva već je spomenut kao pružatelj socijalnih usluga. Čine ga organizacije građana udružene u volonterske organizacije koje su usmjerene na neku od ciljanih skupina. Jedna od njih, Hrvatski Crveni križ, najstarija je i najveća humanitarna organizacija. Samo neki od njihovih programa su socijalne samoposluge, pučke kuhinje te podjela odjeće i obuće.

IZVORI PODRŠKE SPECIFIČNI ZA PANDEMIJU COVID-19

U situaciji zdravstvene krize, uz do sada nam poznate potrebe, suočeni smo i s novim potrebama građana.

- Za sva pitanja vezana uz koronavirus građani se mogu obratiti na broj pozivnog centra 113.
- Odgovore na pitanja o radnim odnosima u okolnostima proglašene epidemije, građani mogu pronaći na stranicama Ministarstva rada i mirovinskoga sustava
- Građani pogođeni potresom mogu se obratiti na besplatnu telefonsku liniju 0800 8805, a informacije potražiti na službenim stranicama grada Zagreba.

Aktualizirana su i neka od ranije nam poznata pitanja, ujedno o pravu djeteta na oba roditelja te pojačanom riziku od nasilja u obitelji, zlostavljanja i zanemarivanja djece zbog pojačanih mjera izolacije radi suzbijanja epidemije, a vezano uz koja preporuke i priopćenja građani mogu pronaći na stranicama Ministarstva za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku.

Na web stranicama Poliklinike za zaštitu djece i mladih grada Zagreba možete pronaći više informacija o:

- Kampanji "Iza Vrata" koju zajedničkim snagama predvode Ministarstvo unutarnjih poslova, Poliklinika za zaštitu djece i mladih grada Zagreba te agencija Degordian, a s ciljem osvještavanja građana da prijave nasilje koje se odvija u njihovoj blizini.
- Postupcima pri otkrivanju zlostavljanja djece u priručniku „25 pitanja (i odgovora)“



PREŽIVJETI I NAPREDOVATI

**Temelji oporavka i rasta
klijenata i pomagača**



Izgradnja otpornosti: Prilika koja ne smije biti propuštena

Gordana Buljan Flander, Tea Brezinščak i Ella Selak Bagarić

Iskustvo rada s djecom i odraslima koji su doživjeli traumu ispunjeno je nizom izazova, ali i brojnim uvidima. Jedna od velikih lekcija poniranja u svijet traume je osvještavanje kapaciteta za oporavak, otpornosti te posttraumatskog rasta. U pružanju podrške našim klijentima na putu prema oporavku nerijetko smo iznenađeni njihovom unutarnjom snagom. Svjedoci smo, u radu i u svakodnevnom životu, da neki pojedinci uspijevaju u relativno kratkom periodu prevladati značajne životne izazove te pokazati iznimni kapacitet za oporavak ili čak i osobni rast. S druge strane,

životna putanja nekih pojedinaca nakon suočavanja sa stresom i traumom biva značajno promijenjena u negativnom smjeru.

Niz godina psihologijska su istraživanja nastojala identificirati što se nalazi u pozadini razlika između ove dvije skupine ljudi, odnosno, što doprinosi potencijalu za prilagodbu ljudi pri suočavanju sa životnim teškoćama. Danas znamo da se zapravo radi o spletu različitih bioloških, psiholoških i okolinskih obilježja – od gena sve do društvenih čimbenika (Feder, Torres, Southwick i Charney, 2019; Herrman, Stewart, Diaz-Granados, Berger, Jackson i Yuen, 2011), objedinjenih pod nazivom **otpornost**.

Naša znanja o otpornosti u ovom su nam trenutku iznimno vrijedna. Aktualna zdravstvena kriza s kojom smo suočeni i financijska kriza u nastajanju predstavljaju iznimne izvore stresa i neizvjesnosti, za koje ne znamo koliko će trajati, a koji stavljaju na test naše psihološke resurse i mehanizme suočavanja. Posebno je vrijedna spoznaja da se pojedini aspekti otpornosti mogu mijenjati kroz život i da otpornost možemo unaprijediti, a upravo su ovi aspekti i smjernice za njihovo osnaživanje tema kojoj smo odlučili posvetiti poseban prostor.

ŠTO JE OTPORNOST

Kao koncept otpornost je kroz povijest promatrana na niz različitih načina, a njene su se definicije mijenjale s produbljivanjem njenog razumijevanja. Početak usmjeravanja znanstvene pažnje na koncept otpornosti označila su istraživanja koja su ukazala da među djecom, koja su odrastala u iznimno narušenim uvjetima, postoje mnoga koja uspijevaju prevladati sve izazove i odrasti u stabilne i uspješne pojedince (Bonanno, 2012; Luthar, Cicchetti i Becker, 2000; Masten, 2014). Suvremena istraživanja napravila su iskorak prema istraživanju otpornosti kroz cijeli životni vijek, uključivanju šireg raspona životnih teškoća u samu definiciju, identificiranju izvora otpornosti unutar i izvan pojedinca (od gena sve do društvene razine) te shvaćanju otpornosti kao dinamičnog procesa (Luthar i sur., 2000).

Iako ne postoji jedinstvena, opće prihvaćena definicija otpornosti, različite suvremene definicije dijele određene zajedničke elemente, među kojima se ističu:

- 1) postojanje **značajnih teškoća ili prijetnji** s kojima je pojedinac suočen
- 2) postizanje **pozitivne prilagodbe**

(Američko psihologijsko udruženje, 2014; Feder i sur., 2019; Luthar i sur., 2000; Newman, 2005; Tabibnia i Radecki, 2018; Zautra, Hall i Murray, 2010)

Različiti autori otpornost promatraju kao osobinu (npr. Hu, Zhang i Wang, 2015), kapacitet (npr. Masten, 2014), proces ili ishod. Primjerice, Američko psihologijsko udruženje (2014, str. 1) otpornost definira kao „proces dobre prilagodbe pri suočavanju s teškoćama, traumom, tragedijom, prijetnjama ili značajnim izvorima stresa“. Zautra i sur. (2010, str. 4), koji otpornost vide kao „ishod uspješne prilagodbe na teškoće“, naglašavaju njena dva temeljna aspekta: *oporavak* (koliko brzo se ljudi mogu vratiti na raniju razinu funkcioniranja i potpuno se oporaviti od izazova) i *održivost* (kapacitet nastavljanja dalje pri suočavanju s teškoćama).

Uobičajena magija

Ann S. Masten, doktorica psihologije i profesorica na Sveučilištu u Minnesoti, poznata po svom doprinosu spoznajama koje danas imamo o otpornosti, u svojoj knjizi istoimenog naziva otpornost naziva „uobičajenom magijom“ (2015). Naime, istraživanja pokazuju da otpornost zapravo nije rijetkost, niti otporni pojedinci posjeduju neke jedinstvene i iznimne kvalitete. Otpornost proizlazi iz naših uobičajenih sustava koji olakšavaju prilagodbu, kao što je dobro funkcioniranje mozga, bliski odnosi, prilike za uspjeh ili vjera u sebe (Masten, 2015).

Temeljem sustavnog pregleda literature, Liebenberg, Joubert i Foucault (2017) zaključuju da istraživanja provedena između 2005. i 2017. godine ukazuju na otpornost kao:

- a) proces koji uključuje interakciju pojedinca i njegove okoline
- b) ovisan o osobnim obilježjima, ali i odnosnim i kontekstualnim resursima iz okoline
- c) koji se odvija u kontekstu akutnog i/ili kroničnog stresa

Promatrajući otpornost u širem smislu, kao koncept koji nije primjenjiv isključivo na pojedinca, nego i na niz drugih sustava, Masten (2014, str. 6) je definira kao „kapacitet dinamičnog sustava da se uspješno prilagodi na poremećaj koji prijeti funkciji, održivosti ili razvoju sustava“. Ova perspektiva na otpornost čini je

primjenjivom u različitim kontekstima, kao što su obitelj, zajednica, gospodarstvo, šuma ili globalna klima (Masten, 2014). Iako će naš fokus biti otpornost na razini pojedinca, važno je istaknuti da posljednjih godina postoji sve veći broj istraživanja koja se bave konceptom otpornost na razini zajednice (npr. Thornley, Ball, Signal, Lawson-Te Aho i Rawson, 2015).

Ponešto drugačiji, ali i dalje blizak pogled na koncept otpornosti, nudi Bonanno, koji ga temeljem istraživanja oporavka nakon izloženosti potencijalno traumatskim događajima, definira usko i specifično kao stabilnu putanju zdravog psihološkog i tjelesnog funkcioniranja nakon izloženosti *potencijalno traumatskom događaju* (Bonanno, 2004; Bonanno, 2005; Bonanno, Westphal i Mancini, 2011; Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick i Yehuda, 2014).

Otpornost prepoznaje kao jednu od četiri prototipne putanje nakon izloženosti potencijalno traumatskom događaju, uz:

- **oporavak** – obrazac ishoda koji uključuje povišenje razine simptoma i narušenosti funkcioniranja nakon izloženost potencijalno traumatskom događaju i postupno vraćanje na uobičajenu razinu funkcioniranja
- **kroničnu uznemirenost** – obrazac ishoda koji uključuje nagli porast razine simptoma i narušenosti funkcioniranja koji perzistira dulje vrijeme nakon izloženosti potencijalno traumatskom događaju
- **odgođene reakcije** – putanja koja uključuje umjerenu do visoku razinu simptoma neposredno nakon izloženosti potencijalno traumatskom događaju i postupno pogoršanje stanja

Za razliku od putanje oporavka, putanju otpornosti karakterizira blaža neravnoteža neposredno nakon izloženosti, odnosno prolazni i blagi simptomi i narušenost funkcioniranja, nakon koje se osobe brzo vraćaju uobičajenom funkcioniranju (Bonanno, 2004; Bonanno, 2005; Bonanno, Westphal i Mancini, 2011).

Unatoč prijedporima u definiranju i operacionalizaciji otpornosti, koje nadilaze okvire ovoga poglavlja, iz perspektive stručnjaka mentalnog zdravlja otpornost je fenomen koji nam se sam prezentira. Ono što prepoznajemo u našoj praksi, možda najbolje odgovara opasci Masten i Obradović (2008) koje pod kišobran otpornosti smještaju tri različita fenomena:

- 1) postizanje bolje prilagodbe od očekivanog među pojedincima s izraženim rizicima

- 2) nastavak uspješnog funkcioniranja u uvjetima visoke opterećenosti stresom
- 3) povratak ili dostizanje učinkovitog funkcioniranja nakon izloženosti traumatskim ili drugim izrazito nepovoljnim okolnostima

Jeste li otporni?

Umjesto kao osobina koju posjedujemo ili ne posjedujemo, kapacitet za otpornost danas se opisuje kao *kontinuum* (Southwick i sur., 2014), koji je specifičan za različita područja i razdoblja života. Pojedinci mogu iskazivati različit kapacitet otpornosti u različitim područjima života, kao što su primjerice poslovni izazovi, gubitak partnera ili suočavanje s katastrofom, kao i kroz tijek vremena (Masten, 2013; Newman, 2005;

MOŽEMO LI JAČATI OTPORNOST?

Možemo li svojim djelovanjem ojačati naš kapacitet za otpornost ili smo osuđeni na karte koje su nam dodijeljene rođenjem? Suvremena istraživanja otpornosti snažno podupiru prvu od ovih teza (Brassington i Lomas, 2020; Joyce i sur., 2018; Leppin i sur., 2014; Macedo i sur., 2014; Robertson, Cooper, Sarkar i Curran, 2015; Tabibnia i Radecki, 2018; Vanhove, Herian, Perez, Harms i Lester, 2015).

Primjerice, sistematičnim pregledom 33 studije provedene na pripadnicima rizičnih zanimanja (npr. vojska, medicina, vatrogasci i policija), koje su ukupno obuhvatile 10 741 sudionika, pokazala je da otpornost možemo jačati usmjerenim intervencijama (Brassington i Lomas, 2020), a metaanaliza Joyce i sur. (2018) uz utvrđivanje umjerenog učinka treninga otpornosti, potvrdila je učinkovitost strategija temeljenih na usredotočenoj svjesnosti i kognitivno bihevioralne terapije.

Trening otpornosti pokazao se manje učinkovitim u populacijama s ranijim iskustvom traume ili onima koje već iskazuju njene negativne posljedice (Brassington i Lomas, 2020), dok Newman (2005) ističe da je proces jačanja otpornosti zahtjevniji za osobe s izraženim psihologijskim poremećajima. Navedeno ne znači da ovi pojedinci ne mogu profitirati od jačanja, međutim, važno je pronaći strategiju koja će pojedinoj osobi najbolje odgovarati, odnosno, imati na umu da je proces jačanja

otpornosti duboko individualan (Newman, 2005). Primjerice, on je ovisan o postojećim resursima na koje se osoba može osloniti u tom procesu, kao što su snage, vještine ili resursi dostupnima u okolini. Stoga je važno odabrati ponašanja, navike ili obrasce razmišljanja na koja se osoba želi usmjeriti, kao i prilagoditi sam pristup.

Američko psihologijsko udruženje (Newman, 2005) snažno promiče ulogu psihologa u razvijanju otpornosti javnosti te je u posljednjih 20 godina usmjerila svoje napore na osmišljavanje niza materijala i kampanji. Ovaj zaokret u smjeru intenzivnog djelovanja prema osnaživanju otpornosti potaknut je terorističkim napadima 9. rujna 2001. Kvalitativna istraživanja čiji je cilj bio ispitati emocionalni doživljaj pogođenih osoba otkrila su da se stres i nesigurnost izazvan tim događajima od onog izazvanog ranijim životnim krizama zapravo ne razlikuje kvalitativno, već samo u intenzitetu i trajanju (Newman, 2005). Ispitanici su također navodili da ne osjećaju potrebu da nauče „živjeti s“ kroničnim osjećajem stresa, već potrebu da se vrate uobičajenom načinu funkcioniranja, odnosno, kako navodi Newman (2005) „da budu otporni“.

IZVORI OTPORNOSTI

Otpornost se danas shvaća kao multidimenzionalni konstrukt (Newman, 2005; Seligowski, Hill, King, Wingo i Ressler, 2020), koji objedinjuje niz utjecaja na razini pojedinca i njegove okoline. Posljednjih godina, napredak u shvaćanju koncepta otpornosti intenziviran je znanstveno-tehnološkim napretkom, koji je omogućio dublje razumijevanje bioloških aspekata otpornosti (Feder i sur., 2019). Čimbenike koji doprinose otpornosti možemo podijeliti u tri opće prihvaćene skupine: osobna obilježja, odnosni resursi i kontekstualni resursi (Liebenberg i sur., 2017).

OSOBA OBILJEŽJA

Osobna obilježja koja doprinose većem kapacitetu za otpornost uključuju pojedine stabilne osobine, ali i niz sposobnosti i vještine koje je moguće osnaživati osobnim djelovanjem i kroz podršku okoline. Individualni čimbenici između ostalog uključuju:

- inteligenciju
- izvršne funkcije

- kognitivnu fleksibilnost
- vještine rješavanja problema
- temperament
- pozitivni afekt
- smisao za humor
- učinkovitu samokontrolu ili samoregulaciju
- optimizam
- samopouzdanje
- samoučinkovitost
- unutarnji lokus kontrole
- kreativno razmišljanje
- vjeru i duhovnost
- određene osobine ličnosti (manje izraženi neuroticizam, izraženija savjesnost, ugodnost, otvorenosti i ekstraverzija).

(Bhattacharyya, Jena i Pradhan, 2019; Cherry i sur., 2018; Edwards, Catling i Parry, 2016; Fayyad i sur., 2017; Gallagher, Long, Richardson i D'Souza, 2019; Kleiman i sur., 2017; Liebenberg i sur., 2017; Martínez-Martí i Ruch, 2017; Obradović, 2016; Oshio, Taku, Hirano i Saeed, 2018; Pathak i Lata, 2018; Santoni, 2017; Williams, Suchy i Rau, 2009; Yule, Houston i Grych, 2019)

ODNOSI

Istraživanja otpornosti u dječjoj, ali i odrasloj dobi, sustavno upućuju na važnost stabilnih i podržavajućih odnosa s drugima, uključujući obiteljske, partnerske i prijateljske odnose, kao i odnose s nastavnicima kod djece (Darling Rasmussen i sur., 2019; Edwards i sur., 2016; Eisman, Stoddard, Heinze, Caldwell i Zimmerman, 2015; Hirai i sur., 2020; Liebenberg i sur., 2017; Malkoç i Yalçın, 2015; Martínez-Martí i Ruch, 2017; Sippel, Pietrzak, Charney, Mayes i Southwick, 2015; Tiet, Huizinga i Byrnes, 2010; Yule i sur., 2019; Zhao i sur., 2019).

KONTEKSTUALNI RESURSI

Prema Liebenberg i sur. (2017) za otpornost su važni i resursi koje pojedinac crpi iz svoje okoline, a koji nisu vezani uz odnose, kao što su primjerice: dostupnost skrbi o tjelesnom i mentalnom zdravlju, dostupnost usluga formalnog i neformalnog obrazovanja, sigurno mjesto za život, kohezija zajednice u kojoj pojedinac obitava i slično.

U nastavku poglavlja ćemo se intenzivnije baviti čimbenicima na koje kao stručnjaci mentalnog zdravlja možemo utjecati, s ciljem jačanja otpornosti i ublažavanja dugoročnih posljedica aktualne zdravstvene krize i nadolazeće financijske nestabilnosti na mentalno zdravlje pojedinaca.

KAKO POTICATI OTPORNOST?

Promjene izazvane pandemijom u kojoj se nalazimo, kao i njene posljedice na financijsku stabilnost i stope nasilja u obitelji s kojima ćemo se tek suočiti u punom opsegu, izvor su iznimnog stresa za brojnu djecu i odrasle. U rukama stručnjaka mentalnog zdravlja ovoga su trenutka tri odgovornosti:

1. PREVENCIJA - nastojati ublažiti posljedice krize na mentalno zdravlje djece i odraslih,
2. INTERVENCIJA - pružiti primjerenu podršku djeci i odraslima čije je mentalno zdravlje narušeno, te
3. BRIGA O SEBI - brinuti o vlastitim potrebama i mentalnom zdravlju.

Neovisno o području kojem smo ovog trenutka najposvećeniji, poticanje otpornosti u aktualnoj je situaciji ključan aspekt našeg djelovanja. Ekspanzija u području istraživanja otpornosti posljednjih godina omogućila nam je dublje razumijevanje otpornosti, posebice njene neurobiološke podloge, identificirala aspekte otpornosti na koje možemo utjecati osmišljenim intervencijama te obilježja intervencija koje omogućuju njihovu učinkovitost. Ove spoznaje omogućile su razvijanje različitih modela otpornosti kao što su trodijelni model psihološke otpornosti (de Terte, Stephens i Huddleston, 2014), model adolescentne otpornosti (Haase, 2004) ili model mentalnog zdravlja u katastrofama Sveučilišta Johns Hopkins (Kaminsky, McCabe,

Langlieb i Everly, 2007), koji nam u ovom trenutku mogu pružiti smjernice za oblikovanje intervencija u pružanju podrške.

U nastavku ćemo navesti smjernice za jačanje otpornosti u jeku COVID-19 pandemije i nakon nje temeljene na pregledu istraživanja koja su povezala različite strategije za jačanje otpornosti s njihovim mjerljivim učincima na neurobiološkoj razini autora Tabibnia i Radeckog (2018). Temeljem navedenog Tabibnia i Radecki (2018) identificirali su dvije strategije djelovanja s ciljem osnaživanja pojedinaca i razvijanja njihove otpornosti: bihevioralne intervencije (usmjerene na mijenjanje ponašanja i navika) te kognitivne intervencije (usmjerene na mijenjanje kognitivnih, odnosno lingvističkih obrazaca).

JAČANJE OTPORNOSTI MIJENJANJEM NAVIKA

Potičite aktivno suočavanje, samoučinkovitost i osjećaj kontrole nad situacijom

U situaciji u kojoj se nalazimo mnoge su stvari izvan naše kontrole, ali ne i sve. Istraživanja pokazuju da čak i kada stresor nije pod našom kontrolom, osjećaj kontrole i uvjerenje u vlastitu samoučinkovitost doprinose otpornosti. Usmjeravanje na ono što možemo kontrolirati i aktivno suočavanje s tim stresorima može pomoći smanjiti intenzitet ukupno doživljenog stresa. Primjerice, možemo primjenjivati ponašanja kojima se štitimo od zaraze te smanjiti količinu vremena koju provodimo informirajući se ili razgovarajući s drugima o samom virusu. Možemo strukturirati naš dan te s obitelji aktivno odabrati kako želimo provesti naše slobodno vrijeme ili uložiti trud u razvijanje neke nove vještine koja nam može pomoći u suočavanju.

Potičite brigu o tjelesnoj dobrobiti

Tjelesno zdravlje od velike je važnosti za emocionalnu dobrobit i otpornost. Istovremeno, izloženost stresu često je povezana s narušavanjem rutina kojima brinemo o tjelesnoj dobrobiti, kao i kvalitete i količine sna, čiji je manjak sam po sebi stresor i može ugroziti emocionalnu dobrobit (Tabibnia i Radecki, 2018). U aktualnoj situaciji briga o tjelesnoj dobrobiti pod dodatnim je pritiskom promjena vezanih uz epidemiološke mjere, koje ograničavaju mogućnost kretanja na otvorenom,

smanjuju dostupnost usluga povezanih s tjelesnim aktivnostima te mogu dovesti do stresom izazvanih promjena obrazaca hranjenja.

Osvijestite osobi njene obrasce brige o sebi, posebno u stresnim trenucima, i njihovu važnost u suočavanju sa stresom. Potičite zdrav(ij)e navike hranjenja, uključivanje tjelesne aktivnosti koja osobi odgovara u dnevne rutine ili boravak u prirodi. Identificirajte moguće prepreke u promjeni neadaptivnih navika te istražite kako ih prevladati. Potičite navike koje pomažu ostvariti primjerenu količinu sna, koja za odrasle iznosi najmanje 7 sati (Američka akademija medicine spavanja i Društvo za istraživanje spavanja, 2015), kao što su:

- ograničavanje upotrebe psihoaktivnih tvari (kofein, nikotin, alkohol i druge), posebno u popodnevним satima (Bartel, Gradisar i Williamson, 2015; Clark i Landolt, 2017; Garcia i Salloum, 2015)
- izbjegavanje dnevnog spavanja - iako istraživanja ne potvrđuju negativne učinke dnevnog spavanja na kvalitetu noćnog sna u općoj populaciji, osobe koje pate od teškoća spavanja mogu imati koristi od njegovog ograničavanja i izbjegavanja sna u kasnim popodnevним satima (Irish, Kline, Gunn, Buysse i Hall, 2015)



- suzdržavanje od korištenja elektroničkih uređaja prije spavanja (Bartel, Gradisar i Williamson, 2015; Chinoy, Duffy i Czeisler, 2018; Orzech, Grandner, Roane i Carskadon, 2016; Šmotek, Fárková, Manková i Kopřivová, 2020)
- uključivanje tehnika relaksacije prije spavanja (Debellemanniere i sur., 2018; Liu i sur., 2020; Özkan i Rathfisch, 2018; Yona i Dahlia, 2020)
- uključivanje provođenja vremena na otvorenom i tjelesne aktivnosti (posebno one aerobne) u dnevni raspored (Lederman i sur., 2019; Stothard i sur., 2017; Wunsch, Kasten i Fuchs, 2017)
- umjerena i uravnotežena prehrana (Chaput i sur., 2014).

Povezanost i podrška

Socijalna podrška jedna je od najistraživanijih komponentni otpornosti, čiji je doprinos tjelesnom i emocionalnom zdravlju jasno zabilježen. Mjere fizičkog distanciranja kojima kao društvo pokušavamo usporiti tijek pandemije u potpunosti su izmijenile način na koji ispunjavamo temeljnu ljudsku potrebu za bliskošću i povezanošću.

Naš kontakt s drugima je u značajnoj se mjeri odvija putem digitalnih tehnologija, a čak i kontakt licem u lice odvija se uz značajna ograničenja. Pandemija nas je suočila s izoliranošću od drugih tijekom karantene ili perioda samoizolacije oboljelih ili onih za koje se sumnja da bi mogli biti zaraženi. Unatoč aktualnom popuštanju mjera, u čiju dugotrajnost ne možemo biti potpuno sigurni, naši obrasci ponašanja i dalje su promijenjeni. Dokle god COVID-19 bude aktivan, naše „novo normalno“ uključivat će oprez, izbjegavanje tjelesnog kontakta, tjelesnu udaljenost i primjenu posebnih mjera, poput maski, koje nam uskraćuju socijalne znakove sugovornika. Paradoksalno, kontakt s drugima licem u lice koji nam inače može donijeti smirenost, sada je istovremeno mnogima izvor tjeskobe vezane uz rizik zaraze.

Pri jačanju osjećaja povezanosti, bliskosti i prihvaćenosti, u ovim je trenucima važno poznavati i poštovati mijenjajuće preporuke vezane uz naše tjelesno zdravlje. S klijentima istražite njihovu društvenu mrežu i identificirajte izvore podrške. Ako je potrebno, istražite kako je mogu proširiti, imajući na umu da je od količine odnosa važnija njihova značajnost i bliskost. Posebnu pažnju ovoj temi posvetite s klijentima koji su inače izolirani, kao što su često starije osobe ili osobe koje pate od određenih

psihičkih tegoba. U kontaktu putem digitalnih tehnologija potičite klijente da teže što cjelovitijem kontaktu i uključe ton ili video prijenos kad god je to moguće.

Zahvalnost

Brojna istraživanja potvrđuju povezanost njegovanja zahvalnosti s emocionalnom dobrobiti. Pružite podršku klijentima u osvještavanju onih sitnica (i velikih stvari) na kojima su zahvalni. Potaknite ih na praksu pisanja dnevnika zahvalnosti ili izražavanja svoje zahvalnosti u odnosima s drugima, izravno ili putem poruka.

JAČANJE OTPORNOSTI MIJENJANJEM OBRAZACA RAZMIŠLJANJA

Pružite podršku u jačanju strategija suočavanja s emocijama

U situaciji snažnog i dugotrajnog stresa, izazvanog okolnostima s kakvima se prvi puta susrećemo i za koje ne posjedujemo već razvijene strategije djelovanja, posebno je važno usmjeriti pažnju na razvijanje učinkovitih strategija suočavanja s emocijama. Osvijestite klijentu njegove obrasce suočavanja s emocijama te zamke njihovog potiskivanja i izbjegavanja. Pružite podršku u prihvatanju vlastitih emocija, imenovanju pojedinih emocija i njihovom izražavanju, privatno (primjerice, na papiru) ili dijeljenjem s bliskom osobom.

U neizvjesnim i emocionalno teškim situacijama ljudi su skloni nesvjesno slijediti određeni obrazac misli, premda ih to može dovesti do stresnih zaključaka i dodatno pojačati brigu i neizvjesnost. Navedeni obrasci nisu rijetki i oslanjaju se na činjenicu da svaka osoba ima specifičan okvir sagledavanja životnih događaja i situacija. Poteškoće nastaju zbog toga što slijeđenje takvih načina mišljenja često mijenja način na koji se ponašamo i kako osjećamo.

Ako vježbom promijenimo naš obrazac misli koji nas vodi do uznemirujućih zaključaka, uspjeh ćemo djelovati i na naše ponašanje i emocije u određenoj situaciji. Kako bi ljudima bilo lakše, važno je usmjeriti ih i da iskoriste svoj potencijal (znanje i prethodno iskustvo) i pokušaju sagledati situaciju kroz drugačiji okvir – pozitivniji i realističniji. Razvijajte vještinu ponovne kognitivne procjene (engl.

cognitive reappraisal), odnosno preokviravanja ili reinterpretiranja okolnosti koje nas opterećuju, s ciljem ublažavanja njihovog emocionalnog učinka.

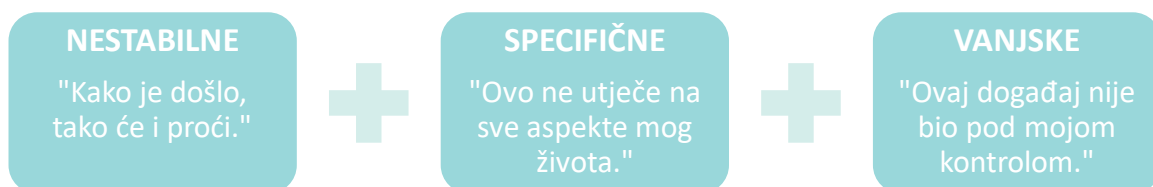
Primjer promjene obrazaca razmišljanja o pandemiji:

1. „Ova kriza me je potpuno financijski uništila, ostat ću bez posla!“
2. „I do sada u životu sam se uspješno snalazio u kriznim situacijama, a u ovoj nisam sam. Pratit ću mjere pomoći koje se objavljuju i usmjeriti se na ono što mogu i što je u mojoj moći.“

Potičite optimistični stil objašnjavanja (Seligman, 1988, prema Tabibnia i Radecki, 2018), odnosno sklonost interpretiranja negativne životnih okolnosti privremenih, ograničenih na specifične okolnosti i uzrokovanih vanjskim čimbenicima. Primjerice, možemo podržati stav klijenta da će i ovo proći i pomoći mu u identificiranju onih aspekata svakodnevice na koje ona pandemija nije negativno utjecala i koji su pod njegovom kontrolom.

PODSJETNIK

Osoba s **optimističnim** stilom objašnjavanja
uzroke negativnih događaja tumači kao:



Osoba s **pesimističnim** stilom objašnjavanja
uzroke negativnih događaja tumači kao:



Grafički prikaz 1. Optimistični i pesimistični stil objašnjavanja (Seligman, 1988, prema Tabibnia i Radecki, 2018)

Potaknite prakticiranje usredotočene svjesnosti

Usredotočena svjesnost (engl. *mindfulness*) definira se kao „svjesnost koja nastaje iz namjerne prisutnosti na otvoren, topao i brižan način“ (Shapiro i Carlson, str. 10). Tehnika je korisna za suočavanje sa stresom jer se na osjećaje i misli gleda bez prosuđivanja i impulzivnosti, što omogućuje da se stresne situacije prihvate kao izazov, a ne kao prijetnje (Kabat-Zinn, 1994; prema Boričević Maršanić i sur., 2015). Nadalje, usredotočena svjesnost pomaže u smanjenju anksioznosti, depresije, agresivnosti, somatskih problema te poboljšava samopouzdanje i socijalne vještine (Boričević Maršanić i sur., 2015).

Prividna bespomoćnost sadašnjeg trenutka u suočavanju s pandemijom mnoge od nas ispunjava tjeskobom zbog onoga što bismo mogli izgubiti ili u nama pokreće proces tugovanja zbog onoga što smo imali, a sada nemamo. Naše misli bježe u prošlost ili budućnost. Osvijestite važnost usmjeravanja na sadašnji trenutak te podučite klijente tehnikama usredotočene svjesnosti i načinu na koji ih mogu uspješno primjenjivati.



Oslonite se na znanja iz kognitivno bihevioralne terapije

U pružanju podrške tijekom COVID-19 pandemije kognitivno bihevioralna terapija nameće se kao izbor iz više razloga. Prvi je njena učinkovitost u ublažavanju teškoća iz anksioznog kruga, koje su u istraživanjima psiholoških učinaka COVID-19 pandemije zabilježene kao najraširenije (molimo vidjeti Poglavlje 1), dok se drugi odnosi na njenu učinkovitost kao strategije jačanja otpornosti (npr. Joyce i sur., 2018).

U pružanju podrške u prevladavanju teškoća izazvanih pandemijom i njenim posljedicama u odgovaranju na potrebe klijenata dostupan nam je niz intervencija iz područja kognitivno bihevioralne terapije, kao što su one usmjerene na suočavanje s uznemirujućim mislima, smanjenje emocionalne uznemirenosti ili njeno toleriranje.

Primjer primjene intervencija iz ovog okvira u svrhu poticanja otpornosti prilagodba je modela kognitivno bihevioralne terapije temeljene na snagama autorica Padesky i Mooney (2012), koji sadrži četiri koraka: 1) potragu za snagama, 2) konstruiranje osobnog modela otpornosti, 3) primjena osobnog modela otpornosti na životne nedaće i 4) prakticiranje otpornosti. Padesky i Mooney (2012) pri tom napominju da model ne može zamijeniti druge pristupe u tretmanu prisutnih teškoća, ali da može biti primjenjivan kao njihova nadopuna ili samostalno s klijentima koji žele unaprijediti otpornost.

ONO ŠTO ZNAMO

Vrijeme u kojem živimo ispunjeno je neizvjesnošću. Svakodnevno smo suočeni s nizom pitanja na koje nemamo odgovor, a mnoge su stvari potpuno izvan naše kontrole. Ne znamo koliko će ovo trajati, ne znamo što nas još očekuje kao društvo i zajednicu, ne znamo što budućnost nosi nama i našim obiteljima. No, u tri stvari možemo biti sigurni. Prvo, znamo što nas čini snažnima u jeku krize. Drugo, znamo da svojim namjernim djelovanjem možemo postati još snažnijima. I treće, možda najvažnije, znamo da je taj proces u našim rukama.

Literatura

1. Američka akademija medicine spavanja i Društvo za istraživanje spavanja (2015). Recommended amount of sleep for a healthy adult: a joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Sleep*, 38(6), 843-844.
2. Američko psihologijsko udruženje (2014). *The Road to Resilience*. 2014; Washington, DC: American Psychological Association.
3. Bartel, K. A., Gradisar, M. i Williamson, P. (2015). Protective and risk factors for adolescent sleep: a meta-analytic review. *Sleep medicine reviews*, 21, 72-85.
4. Bhattacharyya, P., Jena, L. K. i Pradhan, S. (2019). Resilience as a Mediator Between Workplace Humour and Well-being at Work: An Enquiry on the Healthcare Professionals. *Journal of Health Management*, 21(1), 160-176.
5. Bonanno G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely adverse events?. *American Psychologist*, 59, 20–28.
6. Bonanno G.A. (2005). Resilience in the face of loss and potential trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 135–38
7. Bonanno, G. A., Westphal, M. i Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 511-535.
8. Boričević Maršanić, V., Paradžik, L., Zečević, I. i Karapetrić-Bolfan, L. (2015). Usredotočena svjesnost–mindfulness: primjena u djece i adolescenata. *Socijalna psihijatrija*, 43(3), 142-150.
9. Brassington, K. i Lomas, T. (2020). Can resilience training improve well-being for people in high-risk occupations? A systematic review through a multidimensional lens. *The Journal of Positive Psychology*, 1-20.
10. Chaput, J. P. (2014). Sleep patterns, diet quality and energy balance. *Physiology & behavior*, 134, 86-91.
11. Chang, A. M., Aeschbach, D., Duffy, J. F. i Czeisler, C. A. (2015). Evening use of light-emitting eReaders negatively affects sleep, circadian timing, and next-morning alertness. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(4), 1232-1237.
12. Cherry, K. E., Sampson, L., Galea, S., Marks, L. D., Stanko, K. E., Nezat, P. F. i Boudoin, K. H. (2018). Spirituality, humor, and resilience after natural and technological disasters. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(5), 492-501.

13. Chinoy, E. D., Duffy, J. F. i Czeisler, C. A. (2018). Unrestricted evening use of light-emitting tablet computers delays self-selected bedtime and disrupts circadian timing and alertness. *Physiological Reports*, 6(10).
14. Clark, I. i Landolt, H. P. (2017). Coffee, caffeine, and sleep: A systematic review of epidemiological studies and randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 31, 70-78.
15. Darling Rasmussen, P., Storebø, O. J., Løkkeholt, T., Voss, L. G., Shmueli-Goetz, Y., Bojesen, A. B., ... i Bilenberg, N. (2019). Attachment as a core feature of resilience: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Reports*, 122(4), 1259-1296.
16. Debellemanniere, E., Gomez-Merino, D., Erblang, M., Dorey, R., Genot, M., Perreaut-Pierre, E., ... i Rabat, A. (2018). Using relaxation techniques to improve sleep during naps. *Industrial health*, 56(3), 220-227.
17. de Terte, I., Stephens, C. i Huddleston, L. (2014). The development of a three part model of psychological resilience. *Stress and Health*, 30(5), 416-424.
18. Edwards, T., Catling, J. C. i Parry, E. (2016). Identifying Predictors of Resilience in Students. *Psychology Teaching Review*, 22(1), 26-34.
19. Eisman, A. B., Stoddard, S. A., Heinze, J., Caldwell, C. H. i Zimmerman, M. A. (2015). Depressive symptoms, social support, and violence exposure among urban youth: A longitudinal study of resilience. *Developmental Psychology*, 51(9), 1307.
20. Fayyad, J., Cordahi-Tabet, C., Yeretian, J., Salamoun, M., Najm, C., i Karam, E. G. (2017). Resilience-promoting factors in war-exposed adolescents: an epidemiologic study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(2), 191-200.
21. Feder, A., Torres, S. F., Southwick, S. M. i Charney, D. S. (2019). The Biology of Human Resilience: Opportunities for Enhancing Resilience across the Lifespan. *Biological psychiatry*, 86, 443-453.
22. Gallagher, M. W., Long, L. J., Richardson, A., & D'Souza, J. M. (2019). Resilience and coping in cancer survivors: The unique effects of optimism and mastery. *Cognitive Therapy and Research*, 43(1), 32-44.
23. Garcia, A. N. i Salloum, I. M. (2015). Polysomnographic sleep disturbances in nicotine, caffeine, alcohol, cocaine, opioid, and cannabis use: a focused review. *The American Journal on Addictions*, 24(7), 590-598.
24. Haase, J. E. (2004). The adolescent resilience model as a guide to interventions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(5), 289-299.

25. Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., i Yuen, T. (2011). What is resilience?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258-265.
26. Hirai, M., Charak, R., Seligman, L. D., Hovey, J. D., Ruiz, J. M. i Smith, T. W. (2020). An association between perceived social support and posttraumatic stress symptom severity among women with lifetime sexual victimization: the serial mediating role of resilience and coping. *Violence against women*, 1077801219892645.
27. Hu, T., Zhang, D. i Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27.
28. Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S. J., Bryant, R. A. i Harvey, S. B. (2018). Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ open*, 8(6).
29. Kaminsky, M., McCabe, O. L., Langlieb, A. M. i Everly Jr, G. S. (2007). An evidence-informed model of human resistance, resilience, and recovery: The Johns Hopkins' outcome-driven paradigm for disaster mental health services. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 7(1), 1.
30. Kleiman, E. M., Chiara, A. M., Liu, R. T., Jager-Hyman, S. G., Choi, J. Y., & Alloy, L. B. (2017). Optimism and well-being: A prospective multi-method and multi-dimensional examination of optimism as a resilience factor following the occurrence of stressful life events. *Cognition and Emotion*, 31(2), 269-283.
31. Irish, L. A., Kline, C. E., Gunn, H. E., Buysse, D. J., & Hall, M. H. (2015). The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence. *Sleep medicine reviews*, 22, 23-36.
32. Lederman, O., Ward, P. B., Firth, J., Maloney, C., Carney, R., Vancampfort, D., ... & Rosenbaum, S. (2019). Does exercise improve sleep quality in individuals with mental illness? A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 109, 96-106.
33. Leppin, A. L., Bora, P. R., Tilburt, J. C., Gionfriddo, M. R., Zeballos-Palacios, C., Duloher, M. M., ... i Montori, V. M. (2014). The efficacy of resiliency training programs: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *PloS one*, 9(10).
34. Liebenberg, L., Joubert, N. i Foucault, M. L. (2017). *Understanding Core Resilience Elements and Indicators. A Comprehensive Review of the Literature*. Ottawa: Public Health Agency of Canada.
35. Liu, K., Chen, Y., Wu, D., Lin, R., Wang, Z. i Pan, L. (2020). Effects of progressive muscle relaxation on anxiety and sleep quality in patients with COVID-19. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 101132.

36. Luthar, S. S., Cicchetti, D. i Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
37. Macedo, T., Wilhelm, L., Gonçalves, R., Coutinho, E. S. F., Vilete, L., Figueira, I. i Ventura, P. (2014). Building resilience for future adversity: a systematic review of interventions in non-clinical samples of adults. *BMC psychiatry*, 14(1), 227.
38. Malkoç, A. i Yalçın, I. (2015). Relationships among Resilience, Social Support, Coping, and Psychological Well-Being among University Students. *Turkish Psychological Counseling & Guidance Journal*, 5(43).
39. Martínez-Martí, M. L. i Ruch, W. (2017). Character strengths predict resilience over and above positive affect, self-efficacy, optimism, social support, self-esteem, and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 12(2), 110-119.
40. Masten, A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 85(1), 6-20.
41. Masten, A. S. (2015). *Ordinary Magic: Resilience in Development*. Guilford Publications.
42. Masten, A. S. i Obradovic, J. (2008). Disaster preparation and recovery: Lessons from research on resilience in human development. *Ecology and Society*, 13(1).
43. Newman, R. (2005). APA's resilience initiative. *Professional psychology: Research and practice*, 36(3), 227.
44. Obradović, J. (2016). Physiological responsivity and executive functioning: Implications for adaptation and resilience in early childhood. *Child Development Perspectives*, 10(1), 65-70.
45. Orzech, K. M., Grandner, M. A., Roane, B. M., & Carskadon, M. A. (2016). Digital media use in the 2 h before bedtime is associated with sleep variables in university students. *Computers in human behavior*, 55, 43-50.
46. Oshio, A., Taku, K., Hirano, M. i Saeed, G. (2018). Resilience and Big Five personality traits: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 127, 54-60.
47. Özkan, S. A., & Rathfisch, G. (2018). The effect of relaxation exercises on sleep quality in pregnant women in the third trimester: A randomized controlled trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 32, 79-84.
48. Padesky, C. A. i Mooney, K. A. (2012). Strengths-based cognitive-behavioural therapy: A four-step model to build resilience. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(4), 283-290.
49. Pathak, R. i Lata, S. (2018). Optimism in Relation to Resilience and Perceived Stress. *Journal of Psychosocial Research*, 13(2).

50. Robertson, I. T., Cooper, C. L., Sarkar, M. i Curran, T. (2015). Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 88(3), 533-562.
51. Santoni, S. L. (2017). *The Link Between Early Life Stress and Depressive Illness: The Mediating Role of Coping, Cognitive Flexibility, and Resilience* (Doktorska disertacija, Carleton University).
52. Seligowski, A. V., Hill, S. B., King, C. D., Wingo, A. P. i Ressler, K. J. (2020). Understanding resilience: biological approaches in at-risk populations. In *Stress Resilience* (pp. 133-148). Academic Press.
53. Shapiro, S. L. i Carlson, L. E. (2009). *The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions*. American Psychological Association.
54. Sippel, L. M., Pietrzak, R. H., Charney, D. S., Mayes, L. C. i Southwick, S. M. (2015). How does social support enhance resilience in the trauma-exposed individual?. *Ecology and Society*, 20(4).
55. Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C. i Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25338.
56. Stothard, E. R., McHill, A. W., Depner, C. M., Birks, B. R., Moehlman, T. M., Ritchie, H. K., ... i Wright Jr, K. P. (2017). Circadian entrainment to the natural light-dark cycle across seasons and the weekend. *Current Biology*, 27(4), 508-513.
57. Šmotek, M., Fárková, E., Manková, D., & Kopřivová, J. (2020). Evening and night exposure to screens of media devices and its association with subjectively perceived sleep: Should "light hygiene" be given more attention?. *Sleep Health*. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2019.11.007>
58. Tabibnia, G. i Radecki, D. (2018). Resilience training that can change the brain. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 70(1), 59.
59. Thornley, L., Ball, J., Signal, L., Lawson-Te Aho, K. i Rawson, E. (2015). Building community resilience: learning from the Canterbury earthquakes. *Kotuitui: New Zealand Journal of Social Sciences Online*, 10(1), 23-35.
60. Tiet, Q. Q., Huizinga, D. i Byrnes, H. F. (2010). Predictors of resilience among inner city youths. *Journal of Child and Family Studies*, 19(3), 360-378.
61. Vanhove, A. J., Herian, M. N., Perez, A. L., Harms, P. D. i Lester, P. B. (2016). Can resilience be developed at work? A meta-analytic review of resilience-building

programme effectiveness. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 89(2), 278-307.

62. Williams, P. G., Suchy, Y. i Rau, H. K. (2009). Individual differences in executive functioning: Implications for stress regulation. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(2), 126-140.
63. Wunsch, K., Kasten, N., & Fuchs, R. (2017). The effect of physical activity on sleep quality, well-being, and affect in academic stress periods. *Nature and science of sleep*, 9, 117.
64. Yona, S. i Dahlia, D. (2020). Effect of progressive muscle relaxation on sleep quality among patients with chronic diseases: a literature review. *Belitung Nursing Journal*, 6(2), 30-34.
65. Yule, K., Houston, J. i Grych, J. (2019). Resilience in children exposed to violence: a meta-analysis of protective factors across ecological contexts. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22(3), 406-431.
66. Zautra, A. J., Hall, J. S. i Murray, K. E. (2010). Resilience: A new definition of health for people and communities. U Reich, J.W., Zautra, A.J. i Hall, J.S. (Ur.), *Handbook of Adult Resilience* (str. 3-29). The Guilford Press.
67. Zhao, X., Zhang, D., Wu, M., Yang, Y., Xie, H., Li, Y., ... i Su, Y. (2018). Loneliness and depression symptoms among the elderly in nursing homes: A moderated mediation model of resilience and social support. *Psychiatry Research*, 268, 143-151.



Briga o sebi: sekundarna traumatizacija i sekundarna otpornost

Bruna Profaca

Stres je prisutan u svim životnim ulogama i situacijama, on je naprosto dio života. I dok svakodnevno kao stručnjaci mentalnog zdravlja podržavamo druge u brizi o sebi, često uočavamo kako je svijest o stresnim aspektima posla nedovoljno prisutna kod ljudi različitih zanimanja. Kako je s osobama koje se bave pomagačkim zanimanjima, kako je sa stručnjacima mentalnog zdravlja? Koliko njih (nas) dopušta sebi misliti o stresu i brinuti se o sebi?

Govoreći o stresorima koji dovode do profesionalnog stresa razlikujemo vanjske i unutarnje izvore stresa. **Vanjski izvori stresa** su radni uvjeti, obilježja posla, organizacija rada i međuljudski odnosi. **Unutarnji izvori stresa** su česta nerealna očekivanja od posla, potreba za stalnom kontrolom, pretjerana vezanost za posao i

potreba da se preuzima cjelokupna odgovornost, pretjerana identifikacija s poslom, neprepuštanje dijelova posla drugima, ali i pretjerana upornost i rigidnost u postizanju nekog cilja.

VANJSKI IZVORI STRESA	UNUTARNJI IZVORI STRESA
• radni uvjeti • obilježja posla • organizacija rada • međuljudski odnosi • rizici za zdravlje i život u radnoj sredini	• nerealna očekivanja od posla • potreba za stalnom kontrolom • pretjerana vezanost za posao • potreba da se preuzima cjelokupna odgovornost • pretjerana identifikacija s poslom • pretjerana upornost i rigidnost

Grafički prikaz 1. Izvori profesionalnog stresa

Profesionalni stres se definira kao nesuglasje između zahtjeva radnog mjesta i okoline spram naših mogućnosti, želja i očekivanja da tim zahtjevima udovoljimo (Ajduković i Ajduković, 1996). Važno je znati da izvori stresa na poslu najčešće djeluju prikriveno i dugotrajno, a njihov je učinak rizičan i za mentalno i za tjelesno zdravlje.

Krajnja posljedica profesionalnog stresa (tj. dugotrajne, kronične izloženosti izvorima stresa) jest **sindrom psihološkog izgaranja na poslu**. Očituje se kroz tri aspekta – kao tjelesno, emocionalno i mentalno iscrpljenje. Pojedinaac ga doživljava kao stanje iscrpljenosti, razdražljivosti, frustriranosti, kao osjećaj bespomoćnosti i beznađa, cinizma, gubitka interesa, doživljava smanjenog osobnog postignuća i slično, a kod stručnjaka koji rade s drugim ljudima dovodi i do negativne percepcije klijenata, odnosno korisnika (Ajduković i Ajduković, 1996).

Osobe pomagačkih zanimanja sklonije su sindromu psihološkog izgaranja na poslu, a osobito su podložni oni koje opažamo kao perfekcionista, koje idealiziraju posao, imaju visoka očekivanja i podložni su autoritetima. Vanjski uvjeti koji pogoduju sindromu izgaranja na poslu kod onih koji se bave pomagačkim zanimanjima su:

- preveliki zahtjevi

- loša organizacija rada
- nedostatno znanje i vještine
- nepostojanje podrške.

Posljedice psihološkog izgaranja na poslu vidljive su tako i u drugim područjima života pojedinca (u privatnom životu) i to kao izražena netrpeljivost prema drugima, svađe, povlačenje od bliskih ljudi te se osoba tada i u tim aspektima svog života osjeća izolirano.

Općenito, možemo reći da postoje četiri faze psihološkog izgaranja na poslu (Ajduković i Ajduković, 1996; Ljubotina i Družić, 1996):

1. PRVA FAZA - obilježavaju je entuzijazam i početni idealizam, visoka očekivanja, a osoba u ovoj fazi nerijetko zaista ima i visoka postignuća
2. DRUGA FAZA - javljaju se tjelesni i psihički umor te početno nezadovoljstvo poslom, a pojedinac si još uvijek može pomoći usmjeravanjem na brigu o sebi
3. TREĆA FAZA - karakterizira je frustracija, povlačenje, negativizam i izolacija od drugih
4. ČETVRTA FAZA - dolazi do gubitka interesa i apatije, stanja kronične frustracije uz gubitak samopouzdanja, emocionalnih teškoća, nesposobnosti komunikacije i suradnje s kolegama i općenito narušenih međuljudskih odnosa, a za oporavak osoba obično treba i stručnu pomoć.

Zahtjevnost pomagačkih zanimanja, što uključuje i stručnjake mentalnog zdravlja, povezana je sa svakodnevnim neposrednim kontaktima s ranjivim osobama i njihovim specifičnim potrebama, ali i sa zahtjevima sustava. Također, valja se podsjetiti da pomagači u svom radu ne koriste samo svoja stručna znanja i vještine, već i njihove psihičke mehanizme, među kojima su dominantni empatija i identifikacija (Arambašić, 1996). Stoga stručnjaci koji su u čestom kontaktu s ljudima u krizi mogu doživljavati tjeskobu, depresivnost, ljutnju i bespomoćnost. Zaokupljeni su sadržajima koje čuju od klijenta pa krajnja posljedica može biti i sekundarni posttraumatski stresni poremećaj (Figley, 2002; Kanel, 2007; sve prema Arambašić 2012). U takvim okolnostima samopomoć nije dovoljna, već je od izuzetnog značaja da stručnjaci imaju prilike za dodatnom edukacijom supervizijom, konzultacijom i podrškom (Arambašić, 2012).

Posljedica takvih procesa na pomagača može biti **posredna ili sekundarna trauma**. Sekundarna trauma označava traumu koja se sastoji od događaja koje klijenti opisuju svojim pomagačima, a ti događaji onda posredno djeluju traumatizirajuće i na same pomagače (Arambašić, 1996). Posredna traumatizacija je proces tijekom kojeg se unutarne iskustvo profesionalca/pomagača negativno transformira kroz empatični angažman u susretu s traumom klijenta (Killian, 2008).

Pokazalo se da stručnjaci mentalnog zdravlja nakon rada s klijentom koji ima stresna/traumatska iskustava i sami govore o stresnim reakcijama povezanim s poslom (tjelesna simptomatologija, promjene raspoloženja, poteškoće sa spavanjem, distraktibilnost i poteškoće koncentracije). Kao strategije samopomoći nakon takvih iskustava navode superviziju, vježbanje, brigu o sebi i vrijeme s obitelji. Oni među njima koji su zadovoljni svojim kapacitetom suosjećanja s klijentima percipiraju bolju socijalnu podršku, manji broj sati rade i navode unutarnji lokus kontrole.

Umor od suosjećanja kod sebe češće opažaju one osobe koje se doživljavaju bespomoćnima, imaju više radnih zadataka i pritisak broja klijenata, manju samosvijest i raniju povijest traumatskog iskustva (Killian, 2008). Osim navedenog, na posrednu traumu utječe i stupanj osobne otpornosti gdje postoje velike individualne razlike te prethodne krize (osobne ili u zajednici), koje na pojedinca i dalje imaju učinak.

Uz posrednu traumu vezuje se i već spomenuti termin **umor od suosjećanja** (Figley, 2002, prema Puhovski i Ćosić Pregrad, 2020), koji se opisuje kao stanje



emocionalne, mentalne i fizičke iscrpljenosti nastale uslijed kontinuirane izloženosti patnji klijenata, kad kod stručnjaka može doći do otupjelosti za situaciju, emocionalnog udaljavanja i smanjenog kapaciteta za empatiju.

Kako stručnjaci mentalnog zdravlja u takvim okolnostima mogu brinuti o sebi?

- Obratite pažnju na svoje reakcije - stres, razdražljivost ili umor. Tijelo će vam reći kako ste i trebate li predah, odnosno odmak. Time ćete steći svijest o tome što se zbiva.
- Obratite pažnju na situacije u kojima ste pod stresom i u kojima ste preplavljeni. To je dobar putokaz za promjenu.
- Obratite pažnju na to koliko koristite vremena za odmor. Pitajte bliske osobe kako vas vide u posljednje vrijeme.
- Pokušajte razmisliti o novoj strukturi svog vremena i svog dana.
- Obratite pažnju na rečenice koje govorite sebi kad planirate ili imate neke zadatke (samogovor). Koliko su te rečenice poticajne, a koliko su pesimistične i samoograničavajuće ili pak negativno usmjerene?
- Koristite ono što vam inače pomaže kad ste pod stresom, kad vam je teško ili kad ste umorni. Vi sebe poznajete.
- Koristite tehnike za otpuštanje napetosti (radite ono što volite, tjelesna aktivnost, ples ili šetnja) i tehnike za opuštanje (disanje, relaksacija, odmor). Potrebno je i otpuštanje i opuštanje!
- Obratite pažnju na disanje - koristite metode relaksacije kojima i drugima pomažete.
- Održavajte zdrave navike. Ne zaboravljajte jesti, piti, odmarati se.
- Potražite podršku među kolegama i članovima obitelji.
- Razmislite o konzultaciji s iskusnijim kolegama, podijelite odgovornost s nadređenima ili potražite superviziju.
- Prisjetite se ranijih situacija u kojima ste bili zadovoljni s poslom ili s nekim radnim zadatkom čijom ste realizacijom bili zadovoljni.
- Preispitujte svoje stavove vezano za posao i svoj rad.
- U aktualnoj situaciji krize u kojoj sada radite ne požurujte se i idite dan po dan, korak po korak.

POSTOJI LI I DRUGI POGLED NA OVU TEMU?

Većina istraživanja koja se bave mentalnim zdravljem pomagača usmjerava se isključivo na negativni utjecaj rada s traumatiziranim osobama na stručnjake. Takav pristup ne prepoznaje otpornost klijenata i osoba kojima stručnjaci mentalnog zdravlja pružaju pomoć i njihove kapacitete da prebrode teška iskustva. Jesu li mogući i pozitivni učinci rada s traumatiziranim osobama na stručnjake mentalnog zdravlja? Je li termin sekundarna traumatizacija dovoljan da opiše sve procese i iskustva koja se događaju između stručnjaka mentalnog zdravlja i njihovih traumatiziranih klijenata? Je li fenomen otpornosti kojeg prepoznamo kod naših klijenata moguće prepoznati i kod profesionalaca?

Pojedine kvalitativne studije uz negativan, naglašavaju i pozitivan utjecaj koji proizlazi iz terapijskog angažmana s traumatiziranim osobama (Steed and Downing, 1998; Iliffe and Steed, 2000). Ovi autori naglašavaju nedostatnost pojma *sekundarna trauma* za obuhvaćanje svih aspekata terapeutovih iskustava i naglašavaju važnost razmatranja mogućih pozitivnih učinaka rada s traumatiziranim ljudima.

Termin **posredne, sekundarne otpornosti** (eng. *vicarious resilience*) prvi uvodi Engstrom 2004. godine (Engstrom, Hernandez and Gangsai 2007; 2008). Pokazalo se da su psihoterapeuti koji su radili sa žrtvama mučenja i političkog nasilja pozitivno reagirali na otpornost svojih klijenata. Pozitivne promjene koje su opažali bile su (Hernandez Wolfe, Gangsei, Engstrom, 2007; Hernandez Wolfe, Killian, Engstrom, Gangsei, 2014):

- jasnije opažanje slobode u vlastitom životu
- manje izraženo prihvatanje stvari "zdravo za gotovo"
- razmatranje vlastitih problema u perspektivi i promjena u viđenju
- doživljaj veće snage i životne motivacije
- doživljaj nade
- usmjeravanje na pozitivne stvari u vlastitom životu
- mogućnost da se vide i bolje strane nečeg što je ranije viđeno isključivo kao negativno.

Ono što navedeni autori naglašavaju jest drukčija podudarnost klijenata i terapeuta. Kao i njihovi klijenti, i terapeuti osciliraju između pozitivnih i negativnih reakcija te govore o izazovu rada na sličan način kao što njihovi klijenti govore o tome kako su

prevladali događaj. Naglašavaju da, kako klijent počinje smještati traumu u životno iskustvo, tako i terapeut sagledava klijenta šire i ne definira ga kroz traumatsko iskustvo.

Posredna/sekundarna otpornost razvija se uslijed zrcaljenja otpornosti klijenata. Osim navedenih procesa, izlaganje tuđim patnjama i razumijevanje kako traume tako i njenih posljedica, ali i oporavka, može poduprijeti društveno zastupanje i altruistično ponašanje kod stručnjaka mentalnog zdravlja, što prepoznajemo u aktivizmu izvan kliničkog ili tretmanskog konteksta kod mnogih profesionalaca.

U kontekstu takvih spoznaja, Petrov (2015) stručnjacima predlaže način procjene nakon izloženosti kritičnom događaju u radu s klijentom. S obzirom na mogućnost razvoja ili sekundarne traumatizacije ili sekundarne otpornosti, Petrov takvu procjenu vidi kao način samopomoći. Predlaže nakon slučaja kod kojeg postoji rizik od sekundarne traumatizacije procijeniti:

- ✓ *Što se dogodilo i zašto?*
- ✓ *Kako događaj utječe na vas?*
- ✓ *Što ste naučili iz događaja?*
- ✓ *Što vam daje snage za dalje?*
- ✓ *Od kojih aktivnosti vidite najviše dobrobiti?*
- ✓ *Je li vaš pristup promijenjen nakon događaja, u kojem smjeru?*
- ✓ *Kako vidite sebe nakon svega? Kako vidite klijenta?*
- ✓ *Mogu li vas i kako podržati kolege ubuduće ako se jave slični slučajevi?*

Većina autora koji razmatraju ovaj koncept smatra da razvoju sekundarne otpornosti kod stručnjaka mentalnog zdravlja doprinosi priroda i širina povezanosti s rastom kojeg opažamo kod klijenta, povezanost i s njegovom boli i s njegovom otpornošću, potom empatična povezanost s klijentom te osobni kapacitet za empatiju (Hernandez Wolfe, Killian, Engstrom, Gangsei, 2014; Hernandez Wolfe, Gangsei, Engstrom, 2007).

UMJESTO ZAKLJUČKA

Kao i kod razmatranja otpornosti kod klijenta, sekundarnu otpornost važno je promatrati kao dimenziju koja je moguća, ali ne i jedina očekivana, i nikada unaprijed ne pretpostavljati postojanje otpornosti kod stručnjaka mentalnog zdravlja. Spoznaja o sekundarnoj traumatizaciji i sekundarnoj otpornosti u kliničkoj praksi, savjetodavnom i tretmanskom radu osobito je važna za one stručnjake koji rade s traumatiziranim pojedincima, radi pune i cjelovite pažnje za njihove potrebe. Uz sekundarnu traumatizaciju, važno je obratiti pažnju na koncept sekundarne otpornosti u sklopu edukacije stručnjaka, ali kod diskusije slučaja, supervizije te njegovati svjesnost o višestrukom i složenom utjecaju pomagačkog rada na osobni život.

Literatura

1. Ajduković, M. i Ajduković, D. (1996). *Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača*. Društvo za psihološku pomoć.
2. Arambašić, L. (1996). Trauma. U: J. Pregrad (ur.), *Stres, trauma, oporavak*. Društvo za psihološku pomoć.
3. Arambašić, L. (2012). *Psihološka prva pomoć nakon kriznih događaja*. Naklada Slap
4. Hernandez Wolfe, P., Gangsei, D. i Engstrom, D. (2007). Vicarious Resilience: A New Concept in Work With Those Who Survive Trauma. *Family Process*, 46(2), 229-241.
5. Hernandez Wolfe, P., Killian, K.D., Engstrom, D. i Gangsei, D. (2014). Vicarious Resilience, Vicarious Trauma, and Awareness of Equity in Trauma Work. *Journal of Humanistic Psychology*, 55(2), 153-172
6. Iliffe, G. i Steed, L. G. (2000). Exploring the counselor's experience of working with perpetrators and survivors of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(4), 393-412.
7. Killan D. Kyle (2008). Helpin Till It Hurts? A Multimethod Study of Compassion Fatigue, Burnout and Self-Care in Clinicians Working With Trauma Survivors. *Traumatology*, 14(2), str. 32-44.
8. Ljubotina, D. i Družić, O. (1996). Sindrom izgaranja na poslu kod pomagača i čimbenici koji utječu na stupanj izgaranja. *Ljetopis socijalnog rada*, 3(1), 51-64.
9. Petrov, S. (2015). "Living on the Edge": The Role of Critical Incidents on the Development of "Secondary Resilience" in Physicians. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 17(4), 714-716.
10. Puhovski, S. i Ćosić Pregrad, I. (2020). Mentalno zdravlje liječnika tijekom pandemije virusa COVID-19. *Liječničke novine*, 50-51.
11. Steed, L. G. i Downing, R. (1998). A phenomenological study of vicarious traumatization amongst psychologists and professional counsellors working in the field of sexual abuse/assault. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2(2).



U KORAK S NOVIM SPOZNAJAMA

Preporučeni izvori

Kako bismo podržali čitatelje ovog priručnika u žurnom, cjelovitom i učinkovitom odgovaranju na psihološke potrebe građana, na sljedećim smo stranicama objedinili neke od dostupnih resursa relevantnih organizacija. Svi navedeni resursi u trenutku izdavanja priručnika su dostupni *online* i besplatni. Uredništvo priručnika ne preuzima odgovornost za njihovu dugoročnu dostupnost niti potpunu odgovornost za njihov sadržaj.

COVID-19

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2020). *Koronavirus – najnovije preporuke*. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-zarazne-bolesti/koronavirus-najnovije-preporuke/>

Vlada Republike Hrvatske (2020). *Službena stranica Vlade za pravodobne i točne informacije o koronavirusu Vlade Republike Hrvatske*. Dostupno na: <https://www.koronavirus.hr/>

World Health Organization (2020). *Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic*. Dostupno na: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA TIJEKOM COVID-19 PANDEMIJE

Bagarić, Š., Bektić, J., Brečić, P., Bilić, V., Britvić, D., Buzina, N., Eterović, M., Ivandić, M., Jendričko, T., Koić, E., Kovač, M., Kušan Jukić, M., Marčinko, D., Martić-Biočina, S., Mihaljević-Peleš, A., Mužinić Marinić, L., Radić, K., Repovečki, S., Savić, A., ...Vidović, D. (2020). Zaštita mentalnog zdravlja u krizi: stres, tjeskoba, strah - postupci osnaživanja i samopomoći postupak umirenja uznemirenih osoba. *Medix*, 26 (140). Dostupno na: <https://www.medix.hr/index.php?p=pdf&pdf=zastita-mentalnog-zdravlja-u-krizi-stres-tjeskoba-strah-postupci-osnazivanja-i-samopomoci-postupak-umirenja-uznemirenih-osoba>

Bubić, A. (2020). *Kako se nositi sa situacijom prouzrokovanom pandemijom koronavirusne bolesti (COVID-19)? Psihološki aspekti kriznih situacija i savjeti za lakše nošenje s njima.* Dostupno na:

<http://www.nakladaslap.com/public/docs/knjige/ostanidoma-covid-19.pdf>

Clay, R. (2020). *COVID-19 isn't just a danger to older people's physical health.* Dostupno na: <https://www.apa.org/news/apa/2020/03/covid-19-danger-physical-health>

Hrvatska psihološka komora (2020). *Koronavirus i mentalno zdravlje.* Dostupno na: http://www.psiholoska-komora.hr/static/documents/HPK-Koronavirus_i_mentalno_zdravlje.pdf

Inter-Agency Standing Committee (2020). *Interim Briefing Note Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak.* Dostupno na: <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing>

Klinika za psihijatriju Vrapče, Referentni centar Ministarstva zdravstva za psihosocijalne metode, Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju Hrvatskog liječničkog zbora, Služba za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti NZJZ „Dr. Andrija Štampar“ i Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2020). *Program očuvanja mentalnog zdravlja borbom protiv negativnih utjecaja tjeskobe i stresa.* Dostupno na: <http://www.stampar.hr/hr/program-ocuvanja-mentalnog-zdravlja-borbom-protiv-negativnih-utjecaja-tjeskobe-i-stresa>

World Health Organization (2020). *Mental Health and Psychosocial Considerations during the COVID-19 Outbreak.* Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1-eng.pdf>

PRUŽANJE PSIHOLOŠKE I PSIHOTERAPIJSKE PODRŠKE NA DALJINU

American Psychological Association (2020). *Guidelines for the Practice of Telepsychology.* Dostupno na:

<https://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology>

American Psychological Association (2020). *How to Protect Your Patients and Your Practice*. Dostupno na: <https://www.apaservices.org/practice/news/covid19-psychology-services-protection.pdf>

American Psychological Association (2020). *Ethical Guidance for the COVID-19 Era*. Dostupno na: <https://www.apa.org/ethics/covid-19-guidance>

European Association for Psychotherapy (2020). *Interim Advice For Conducting Psychotherapy Online In Response To The Covid-19 Pandemic*. Dostupno na: http://news.europsyche.org/eap_member_information_20_covid-19/eaponlineguidance.pdf

European Federation of Psychologist' Associations (2006). *The provision of psychological services via the internet and other non-direct means*. Dostupno na: <http://ethics.efpa.eu/guidelines/>

COVID-19 PANDEMIJA I LJUDSKA PRAVA

Council of Europe (2020). *Declaration of the Committee of the Parties to the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention) on the implementation of the Convention during the COVID-19 pandemic*. Dostupno na: <https://rm.coe.int/declaration-committee-of-the-parties-to-ic-covid-/16809e33c6n-cases-of-violence-against-women>

Council of Europe (2020). *Protecting and Empowering Children during the Covid-19 Pandemic*. Dostupno na: <https://www.coe.int/en/web/children/covid-19>

Council of Europe (2020). *Statement by the Lanzarote Committee Chair and Vice-Chairperson on stepping up protection of children against sexual exploitation and abuse in times of the COVID-19 pandemic*. Dostupno na: <https://rm.coe.int/covid-19-lc-statement-en-final/16809e17ae>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration(2020). *Intimate Partner Violence and Child Abuse Considerations During COVID-19*. Dostupno na: <https://www.nabh.org/wp-content/uploads/2020/04/social-distancing-domestic-violence.pdf>

UNICEF, World Health Organization i International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2020). *Social Stigma associated with COVID-19*. Dostupno na: <https://www.unicef.org/documents/social-stigma-associated-coronavirus-disease-covid-19>

World Health Organization (2020). *COVID-19 and violence against women: What the health sector/system can do*. Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331699/WHO-SRH-20.04-eng.pdf?ua=1>

World Health Organization (2020). *Preparedness, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) for refugees and migrants in non-camp settings*. Dostupno na: [https://www.who.int/publications-detail/preparedness-prevention-and-control-of-coronavirus-disease-\(covid-19\)-for-refugees-and-migrants-in-non-camp-settings](https://www.who.int/publications-detail/preparedness-prevention-and-control-of-coronavirus-disease-(covid-19)-for-refugees-and-migrants-in-non-camp-settings)

PODRŠKA DJECI

Boričević Maršanić, V., Roje Đapić, M. i Buljan Flander, G. (2020). *Lekcije iz suočavanja sa stresom: Stres i mozak*. Dostupno na: <https://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno/novosti/lekcije-iz-suocavanja-sa-stresom-1-stres-i-mozak/>

Boričević Maršanić, V., Roje Đapić, M. i Buljan Flander, G. (2020). *Lekcije iz suočavanja sa stresom: Kako pomoći djetetu da se nosi sa stresom*. Dostupno na: <https://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno/novosti/lekcije-iz-suocavanja-sa-stresom-2-kako-pomoci-djetetu-da-se-nosi-sa-stresom/>

Profaca, B. (2020). *Neka su djeca ranjivija: Kakva im podrška treba u vrijeme zdravstvene krize?*. Dostupno na: <https://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno/novosti/neka-su-djeca-ranjivija-kakva-im-podrška-treba-u-vrijeme-zdravstvene-krize/>

Profaca, B. (2020). *Neka su djeca ranjivija: Podrška djeci rastavljenih roditelja u vrijeme zdravstvene krize*. Dostupno na: <https://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno/novosti/neka-su-djeca-ranjivija-2-podrška-djeci-rastavljenih-roditelja-u-vrijeme-zdravstvene-krize/>

Profaca, B. (2020). *Neka su djeca ranjivija: Podrška djeci s ranijim traumatskim iskustvima u vremenu krize*. Dostupno na: <https://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno/novosti/neka-su-djeca-ranjivija-3-podrska-djeci-s-ranijim-traumatskim-iskustvima-u-vremenu-krize/>

Save the Children (2020). *Save the Children Psychological First Aid Training Manual for Child Practitioners*. Dostupno na: <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/save-children-psychological-first-aid-training-manual-child-practitioners>

UNICEF, World Health Organization i International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2020). *Interim Guidance for COVID-19 Prevention and Control in Schools*. Dostupno na: <https://www.unicef.org/reports/key-messages-and-actions-coronavirus-disease-covid-19-prevention-and-control-schools>

ZBIRKE RESURSA

American Psychological Association (2020). *APA COVID-19 Information and Resources*. Dostupno na: <https://www.apa.org/topics/covid-19>

American Psychological Association (2020). *COVID-19: Free Articles from APA Journals*. Dostupno na: <https://www.apa.org/pubs/highlights/covid-19-articles>

American Psychological Association (2020). *Self-care Resources for Psychologists*. Dostupno na: <https://www.apa.org/monitor/2014/04/self-care>

COVID Trauma Response Working Group (2020). *External Resources*. Dostupno na: <https://www.traumagroup.org/>

European Federation of Psychologists' Associations (2020). *EFPA Psychologists' Support Hub about COVID-19 Crisis*. Dostupno na: https://efpa.magzmaker.com/covid_19

PsychHub (2020). *COVID-19 Mental Health Resource Hub*. Dostupno na: <https://psychhub.com/covid-19/>



O autorima

Prof. dr. sc. Gordana Buljan Flander je klinička psihologinja, stalna sudska vještakinja psihoterapeutkinja i ravnateljica Poliklinike za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba, ustanove specijalizirane za rad s traumatiziranom djecom i njihovim obiteljima. 1997. godine osnovala je Hrabri telefon, liniju za zlostavljanu i zanemarenu djecu, 2002. pokrenula je inicijativu za osnivanje Poliklinike za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba, koja je još uvijek jedina specijalizirana zdravstvena ustanova za rad sa traumatiziranom, zlostavljansom i zanemarenom djecom u ovom dijelu Europe. Primila je mnogo važnih nagrada za svoj rad, primjerice nagradu Međunarodnog društva za prevenciju zlostavljanja i zanemarivanja djece (ISPCAN) za multidisciplinarni tim Poliklinike, nagradu Grada Zagreba (2011.) za najveća postignuća i rezultate u teorijskom i praktičnom radu u području psihosocijalne i zdravstvene zaštite, a Ministarstvo za demografiju, obitelj, mladež i socijalnu politiku 2018. godine prepoznalo je i nagradilo njezin svestran rad i uspjeh nagradom za životno djelo za rad u promicanju dječjih prava. Osim što radi izravno s djecom i obiteljima, aktivno i kontinuirano radi i u znanstvenom području, redovita je profesorica, predaje na više fakulteta, autorica i koautorica je više znanstvenih knjiga, priručnika, znanstvenih i stručnih radova te drugih publikacija. Gotovo 40 godina radi s djecom, a bila je i među prvim stručnjacima u Hrvatskoj koji su prepoznali važnost problema zlostavljanja i zanemarivanja djece. Kao ekspertkinja Vijeca Europe, konzultantica Unicefa i eksperkinja u europskim projektima zaštite djece educira stručnjake raznih profila u regiji i Europi.

Andreja Bogdan klinička je psihologinja, zaposlena na odjelu Psihijatrijske djelatnosti Županijske bolnice Čakovec. Više od 30 godina se bavi dijagnostikom i terapijom osoba oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja, onkoloških i psihijatrijskih pacijenata. Vanjski je suradnik i dugogodišnji voditelj Centra za psihosocijalnu pomoć Međimurske županije, a od 1995. godine voditelj je grupne psihoterapije za branitelje. Voditelj je i Kluba liječenih onkoloških pacijenata (Klobook), organizator edukacija i stručnih skupova među kojima je i Psihošpancir, koji se unatrag pet godina održava u Varaždinu i Čakovcu. Viši je predavač na Sveučilištu Sjever SC

Varaždin i Međimurskom veleučilištu u Čakovcu. Sudski je vještak iz područja kliničke psihologije te mentor vježbenicima i studentima psihologije. Objavila je više stručnih i znanstvenih radova te je aktivna sudionica brojnih stručnih skupova. Članica je strukovnih organizacija, predsjednica Društva psihologa Varaždin te dugogodišnja predsjednica/ zamjenica predsjednice Stručnog razreda za klinički psihologiju Hrvatske psihološke komore (HPK), kao i članica Upravnog odbora Hrvatske psihološke komore i članica Povjerenstva za psihoterapiju, a od 2017. godine obnaša dužnost predsjednice Komore. U krizi izazvanoj COVID-19 inicijator je aktiviranja Mreže za telefonsku pomoć HPK – HPD i urednica online priručnika Koronavirus i mentalno zdravlje: psihološki aspekti, savjeti i preporuke, koji je u dva mjeseca preuzelo više od 14 000 građana i stručnjaka.

Doc. prim. dr. sc. Vlatka Boričević Maršanić, dr. med. je liječnik, specijalist psihijatrije i subspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije, primarijus, viši znanstveni suradnik, docentica na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu i gost predavač na više kolegija Sveučilišta u Zagrebu. Autor i koautor je više članka objavljenih u CC časopisima, koautor jednog sveučilišnog udžbenika i jedne knjige, recenzent u domaćim i inozemnim časopisima, članica organizacijskih i znanstvenih odbora međunarodnih i domaćih kongresa i konferencija.

Tea Brezinščak, mag. psych., psihologinja je u području zaštite djece i jačanja mentalnog zdravlja djece i mladih. Zaposlena u Poliklinici za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba, svakodnevno se suočava s učincima traumatskih događaja, ali i svjedoči iznimnim pričama o oporavku, otpornosti i posttraumatskom rastu. Educirana je među ostalim u kognitivno bihevioralnoj terapiji, terapiji igrom i više pripadajućih psihoterapijskih pravaca usmjerenih na traumu, a završila je i naprednu edukaciju za provedbu forenzičnog intervjua sa zlostavljanom i zanemarenom djecom. Bila je međunarodna konzultantica UNICEF-a u razvoju aplikacije za zaštitu djece od nasilja na internetu i članica ekspertne skupine na međunarodnom projektu PROMISE, usmjerenom na promicanje djeci prilagođenih multidisciplinarnih i intersektorskih usluga. Niz godina je aktivna u nevladinoj organizaciji Hrabri telefon, u kojoj je danas članica edukacijskog tima. Koautorica je nekoliko znanstvenih članaka i knjiga, među kojima i jednog sveučilišnog udžbenika. Aktivno sudjeluje na znanstvenim i stručnim skupovima iz područja razvojne i kliničke psihologije.



Mirna Čagalj Farkas, mag.psych., zaposlena je u Poliklinici za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba, zdravstvenoj ustanovi koja je primarno usmjerena na rad s traumatiziranom djecom i njihovim obiteljima. Radi i kao vanjski suradnik na kolegiju Psihologijski praktikum II na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Trenutno je na drugom stupnju edukacije iz bihevioralno-kognitivnih terapija. Educirana je i ima iskustvo rada u području telefonskog i elektroničkog savjetovanja.

Dr. sc. Renata Ćorić Špoljar, klinička psihologinja, od 2003. je zaposlena je u Poliklinici za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba te trenutno izvršava funkciju voditeljice Odjela za dijagnostiku i tretman. Završila je studij psihologije na Filozofskom fakultetu u Zagrebu te poslijediplomski doktorski studij na Studijskom centru socijalnog rada Pravnog fakulteta u Zagrebu. Završila je drugi stupanj edukacije iz bihevioralno-kognitivnih terapija uz položeni ispit te brojne edukacije s područja dijagnostičkog i tretmanskog rada s djecom. Uz kontinuiran klinički rad, od 2009. godine radi na poslovima stalnog sudskog vještaka za područje psihologije. Dodatno je educirana u području rada s psiho-traumatiziranom djecom, mindfulness tehnika, forenzičnog intervjua i proširene forenzične evaluacije, kao i u radu s djecom otuđenom od roditelja te radu s obitelji temeljenog na privrženosti. Kao dio tima Poliklinike za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba sudjelovala je u organizaciji i provedbi nekoliko znanstvenih istraživanja o zlostavljanju i zanemarivanju djece te stručnih seminara s područja nasilja prema i među djecom za stručne suradnike osnovnih i srednjih škola te stručnjake u socijalnoj skrbi. Kao konzultant UNICEF-a je sudjelovala u edukaciji stručnih suradnika suda o svjedočenju djece žrtava i svjedoka. Kao vanjski suradnik u naslovnom suradničkom zvanju asistenta na studiju Psihologije Filozofskog fakulteta u Osijeku sudjelovala je u izvođenju nastave na kolegijima "Psihologija nasilja i zlostavljanja" te "Dječja i adolescentna forenzična psihologija". Od 2008.godine je mentor studentske prakse studentima psihologije i psiholozima vježbenicima. Aktivno i pasivno je sudjelovala na većem broju domaćih i međunarodnih stručnih i znanstvenih skupova.

Tamara Gojković, dipl. socijalna radnica, univ. spec. iur., u Poliklinici za zaštitu djece i mladih grada Zagreba zaposlena je od njezina otvaranja, 2002.godine. Slijedeći osnovnu svrhu Poliklinike no i osobni interes u tome području, stručno se usavršavala u pomoći djeci (i njihovim obiteljima) sa različitim traumatskim iskustvima. Završetkom

Sveučilišnog interdisciplinarnog poslijediplomskog studija Prava djece Sveučilišta u Zagrebu stekla je naziv sveučilišnog specijalista prava djece.

Nada Kegalj je diplomirani psiholog-profesor, psihoterapeut, medijator te debatni voditelj i sudac. Članica je Tima za psihološke krizne intervencije Republike Hrvatske. Zaposlena je u OŠ Podmurvice u Rijeci kao stručna suradnica-savjetnica. Mentorica je na stručnim ispitima za pripravnike psihologe pri Agenciji za odgoj i obrazovanje. Njezini posebni interesi u radu su razvijanje strategija učenja i poučavanja, razvoj govorničkih vještina i rad s darovitom djecom. S obzirom na veliko radno iskustvo često održava predavanja i radionice s temama iz školske prakse. Aktivno sudjeluje u nekoliko državnih i međunarodnih projekata. Tijekom nedavne krize, aktivno je uključena u pružanje psihološke pomoći u Mreži HPK-HPD i MZO građanima i posebno djeci.

Anita Matijević, voditeljica je Odjela maloljetničke delinkvencije i kriminaliteta na štetu mladeži i obitelji u Ravnateljstvu policije, diplomirala na Pravnom fakultetu u Zagrebu, Studiju socijalnog rada. Tijekom profesionalne karijere koordinirala operativne akcije te provodila međunarodna i nacionalna kriminalistička istraživanja iz domene kaznenopravne zaštite djece, većinom vezana uz kaznena djela seksualnog iskorištavanja i zlostavljanja djece. Članica radnih skupina čiji rad je usmjeren na izradu zakonodavnog okvira, suzbijanje i prevenciju nasilja u obitelji i zaštitu djece. Autorica/koautorica stručnih članaka, zbornika, priručnika, znanstvenih istraživanja, sudjeluje na domaćim i međunarodnim konferencijama i stručnim skupovima izlaganjima vezanim uz kriminalitet na štetu djece i nasilje u obitelji. Kao predstavница policije sudjelovala u radu hrvatskih delegacija pred tijelima Ujedinjenih naroda, Vijeća Europe i Europske komisije. O radu policije u području seksualnog zlostavljanja djece te drugih oblika zlostavljanja mladih te maloljetničke delinkvencije kao gost predavač izlaže studentima socijalnog rada, prava, socijalne pedagogije, psihologije i novinarstva na fakultetima Sveučilišta u Zagrebu. Sudjeluje u edukaciji, stručnom usavršavanju i treninzima policijskih službenika u području maloljetničke delinkvencije i kriminaliteta na štetu mladeži i obitelji na Policijskoj akademiji. Certificirana edukatorica za obavljanje razgovora s djecom žrtvama na principima postizanja najboljih dokaza.



Dr. sc. Igor Mikloušić, psiholog, 2007.-2019. godine je bio zaposlen kao znanstveni novak, a kasnije i viši asistent na Institutu društvenih znanosti Ivo Pilar. Završio je znanstveni poslijediplomski studij Psihologije na Filozofskom fakultetu u Zagrebu, te je doktorirao 2014. godine, a 2018. izabire se u zvanje znanstvenog suradnika. Dobitnik je stipendije British Scholarship Trust-a te 2011. te provodi tri mjeseca na Centre for Anthropology and Mind, Instituta za kognitivnu i evolucijsku antropologiju, Sveučilišta u Oxfordu, Velika Britanija, radeći na projektu „Ritual, Community and Conflict“ pod supervizijom prof. dr. Harvey Whitehousea. Sudjeluje na mnogobrojnim domaćim i međunarodnim znanstvenim i komercijalnim projektima. Između ostalog, od 2013., jedan je od glavnih istraživača projekta “Ritual, Memory, and Intergroup Relations among Croatian War Veterans“, pod vodstvom Institute of Cognitive and Evolutionary Anthropology (ICEA) Sveučilišta u Oxfordu. Od 2014. do 2016. godine jedan je od glavnih istraživača na projektu “Istraživanje psihosocijalnih čimbenika koji utječu na osnaživanje i podizanje kvalitete života hrvatskih branitelja“. Član je stručne skupine pri Ministarstvu branitelja za izradu smjernica u sklopu projekta „Psihosocijalna prilagodba hrvatskih branitelja“. Recenzent je za jedan domaći i dva međunarodna časopisa te član pet međunarodnih znanstvenih asocijacija. Gost urednik je posebnog izdanja časopisa Periodicum Biologorum. Uz to, 2014. i 2016. bio je u organizacijskom odboru World Conference of Personality, te 2012. suorganizator European Association of Personality Psychology Expert Meetinga. Od 2008. do 2012. godine sudjeluje u nastavi Hrvatskih studija Sveučilišta u Zagrebu te održava i pozvana predavanja iz Evolucijske psihologije na Prirodoslovno matematičkom fakultetu i Filozofskom fakultetu, Sveučilišta u Zagrebu, te na Zagrebačkoj školi Ekonomije i Managementa. Uz znanstvenu produkciju, predano je radio i na popularizaciji znanosti, posebice popularizaciji i shvaćanju psihologije te osnovnih principa i načela evolucijske psihologije. Jedan je i od začetnika popularno znanstvenog skupa „Simpozij o snazi evolucijske misli“. Za svoje doprinose popularizaciji znanosti 2019. je nagrađen Državnom nagradom za znanost za popularizaciju znanosti.

Živko Mišević, dr. med., specijalist je psihijatar, subspecijalist za alkoholizam i druge ovisnosti, psihoterapeut obiteljske sistemske terapije, voditelj psihijatrijskog odjela Županijske bolnice u Čakovcu. Predsjednik je Povjerenstva za unutarnji nadzor Županijske bolnice Čakovec. Stručni suradnik u Centru za izvanbolničko liječenje i prevenciju ovisnosti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo Međimurske županije.

Dugogodišnji je sudski vještak za područje psihijatrije. Uz 30 godišnji rad u kliničkoj praksi bio je angažiran u brojnim aktivnostima Hrvatske liječničke komore i Hrvatskog liječničkog zbora. Bio je član Povjerenstva za stručni rad i nadzor Hrvatske liječničke komore i član Povjerenstva za izradu specijalizacije iz psihijatrije. Bio je dugogodišnji član Povjerenstva za zdravlje i Povjerenstva za droge Međimurske županije. Sudionik brojnih stručnih kongresa i simpozija iz područja psihijatrije i adiktologije, kao predavač i član organizacijskih odbora.

Doc. dr. sc. Bruna Profaca klinička je psihologinja. Studirala je, magistrirala i doktorirala na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. U nastavno zvanje naslovne docentice u području društvenih znanosti izabrana je 2017. godine na Pravnom fakultetu u Zagrebu (Studijski centar socijalnog rada). Po završetku studija niz godina je radila kao predškolska psihologinja te kao suradnica i edukatorica u projektima nevladinog sektora. Od 2002. godine zaposlena je u Poliklinici za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba, ustanovi koja je primarno usmjerena na rad s traumatiziranom djecom i njihovim obiteljima, gdje je 15 godina obnašala dužnost voditeljice Odjela dijagnostike i tretmana. U kliničkom i stručno-znanstvenom radu u središtu interesa su joj područje stresa, traume, krize i gubitaka u dječjoj i adolescentnoj dobi, roditeljstvo i roditeljski stres, rad s roditeljima u konfliktonom razvodu i njihovom djecom, psihodijagnostički, tretmanski i savjetodavni rad s djecom i roditeljima i dr. Sudjeluje u nastavi i mentorskom radu na diplomskim i poslijediplomskim studijima na više fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (Poslijediplomski specijalistički studij kliničke psihologije na Filozofskom fakultetu u Zagrebu, Poslijediplomski specijalistički i doktorski studij Studijskog centra socijalnog rada Pravnog fakulteta u Zagrebu, Diplomski studij Rani i predškolski odgoj Učiteljskog fakulteta u Zagrebu), a gost predavač je na Sveučilištu u Ljubljani (Slovenija) i Zenici (BiH). Kontinuirano sudjeluje u edukacijama stručnjaka koji rade s djecom i obiteljima u sustavu zdravstva, socijalne skrbi, obrazovanja, pravosuđa i u civilnom sektoru u Hrvatskoj i u inozemstvu. Objavila je niz znanstvenih i stručnih radova, poglavlja u knjigama te izlagala na više od 40 stručnih i znanstvenih skupova u zemlji i inozemstvu. Godine 2003. dobila je nagradu Hrvatskog psihološkog društva „Marko Marulić“ za osobito vrijedan doprinos primijenjenoj psihologiji.

Ella Selak Bagarić mag.psych., doktorand, zaposlena je u Poliklinici za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba, zdravstvenoj ustanovi koja je primarno usmjerena na rad s



traumatiziranom djecom i njihovim obiteljima. Educirana je iz integrativne psihoterapije, KBT fokusirane na traumu, forenzičnog intervjua, rada s obiteljima u visoko konfliktnim razvodima brakova, obiteljskoj terapiji, mindfulnessa i drugih terapijskih tehnika. Aktivna je i u znanstvenom i predavačkom području; kao edukator je radila u regiji na misijama EU komisije, predavač je na specijalističkom studiju Prava djece, specijalističkom tečaju Policijske akademije te je gost na više kolegija fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Mentor je kliničke prakse studentima psihologije i integrativne psihoterapije, edukator za više neprofitnih organizacija koje djeluju u području zaštite ljudskih prava, te je izlagala i bila članica organizacijskih i znanstvenih odbora međunarodnih i domaćih kongresa. Koautor je u dva sveučilišna i jednom srednjoškolskom udžbeniku. Aktivno surađuje i s medijima na podizanju javne svijesti o problemima prava i zaštite djece. Aktualno je i članica kriznog stožera Poliklinike te zagrebačkog Povjerenstva za mentalno zdravlje djece i mladih tijekom i nakon Covid-19 krize i potresa.

Dr. sc. Inge Vlašić – Cicvarić klinička je psihologinja, doktorica kliničkih medicinskih znanosti s više od 30 godina kliničkog iskustva. Završila je niz stručnih usavršavanja iz područja zaštite mentalnog zdravlja te stekla naslov konzultanta za mentalno zdravlje djece i adolescenata. Od 1985. godine zaposlena je u KBC Rijeka gdje radi na Klinici za pedijatriju, a od 2006. godine u Centru za kliničku, zdravstvenu i organizacijsku psihologiju, gdje je od 2006. do 2015. godine obnašala funkciju pročelnice Centra, a od 2015. do 2019. zamjenice pročelnice. Dugi niz godina sudjeluje u izvođenju dodiplomske i poslijediplomske sveučilišne nastave za studente Medicinskog fakulteta i Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, kao i stručnih studija na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci. Mentor je studentske prakse iz kliničke psihologije kao i vježbeničkog staža psihologa, te članica Ispitnog povjerenstva za stručni ispit psihologa. Preko 10 godina aktivno sudjeluje u djelovanju Stručnog razreda za kliničku psihologiju Hrvatske psihološke komore. Od njegova osnutka 1995. godine do 2012. godine sudjelovala u radu Centra za psihosocijalnu pomoć stradalnicima rata Primorsko-goranske županije. Sudjelovala kao jedan od inicijatora u organizaciji osnivanja Udruge za pomoć zlostavljanoj i zanemarivanoj djeci grada Rijeke „Tić“, gdje je od 1996. do 1998. obnašala funkciju dopredsjednika kao i u organizaciji i osnivanju Udruge za pomoć oboljelima od anoreksije i bulimije i od njena osnutka 2001. godine dva uzastopna mandata po dvije godine obnašala ulogu predsjednika Stručnog savjeta Udruge. Aktivno sudjeluje na međunarodnim

znanstvenim skupovima te brojnim domaćim znanstvenim i stručnim skupovima iz područja pedijatrije, psihologije, neuropedijatrije itd. te sudjeluje u domaćim i međunarodnim projektima. U kliničkom radu kao i u kontinuiranom angažmanu u znanstveno istraživačkom radu u njenim se širokim interesima kao dominantan ističe područje psihosocijalnih aspekata kronično bolesnog djeteta i njegove obitelji. Tijekom krize vezano za pandemiju COVID-19 aktivno je uključena u pružanje psihološke podrške na telefonskim linijama za psihološku pomoć Hrvatske psihološke komore te linije za psihološku podršku KBC-a Rijeka.

Dr. sc. Herman Vukušić, dr. med., spec. psihijatar, diplomirao je i završio poslijediplomski studij na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. Objavio je veći broj stručnih i znanstvenih radova iz područja medicine stresa i menadžmenta, te je aktivam kao predavač na skupovima u zemlji i inozemstvu. Član je međunarodne Akademije za menadžment, američke Akademije eksperata za traumatski stres i stručni je konzultant Europske komisije. Predsjednik je Hrvatskog društva za medicinu stresa i Centra za duhovnu medicinu. Obnašao je i dužnost pomoćnika ministrice obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti u vladi RH.

Prof. dr. sc. Zoran Zoričić, spec. psihijatar, subspec. alkoholizma i drugih ovisnosti, psihoterapeut, diplomirao je na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu a potom magistrirao 2002. s temom „Utjecaj alkohola na agresivnost pacijenata s PTSP-om“, te doktorirao 2004. godine s temom „Korelacija depresije i agresije u pacijenata ovisnika o alkoholu“. Vodeći je stručnjak s područja ovisnosti u zemlji, subspecijalist je za bolesti ovisnosti, predstojnik Zavoda za alkoholizam i druge ovisnosti na Klinici za psihijatriju KBC-a Sestre Milosrdnice, voditelj Referentnog centra MZ za ovisnosti, redoviti profesor Stomatološkog fakulteta i Više medicinske škole, voditelj Kolegija za bolesti ovisnosti Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta, predavač na doktorskom studiju Kineziološkog fakulteta. Predsjednik je Hrvatskog društva za ovisnosti pri Hrvatskom liječničkom zboru i Hrvatskog saveza klubova liječenih alkoholičara, kojeg je kroz zadnjih deset godina revitalizirao. Predsjednik je svjetskog udruženja klubova liječenih alkoholičara, koji rade po metodi Hudolin. Utemeljitelj je i voditelj unazad deset godina „Ljetne alkohološke škole“, vodećeg znanstveno-stručnog simpozija s međunarodnim učešćem u RH, a dao je značajan doprinos i u organiziranju nekoliko međunarodnih Alpe-Adria kongresa o bolestima ovisnosti. Kodirektor je međunarodne specijalističke škole o ovisnostima u Kotoru, Crna Gora, koja se odvija



pod pokroviteljstvom „Europskog centra za mir i razvoj organizacije Ujedinjenih naroda.“ Član je brojnih stručnih tijela u zemlji, te višekratno pozvani gost predavač u više zemalja okruženja. Napisao je kao autor ili koautor tri stručne knjige i stotinjak znanstveno-stručnih radova. Osnivač je psihosocioterapijskih grupa KLOK-a, oglednog modela za tretman patoloških kockara.

Knjiga daje uvid u najnovije znanstvene i stručne spoznaje, potekle iz svjetskih istraživanja, ali i kliničkih bilježaka onih koji u dane karantene nisu bili u sigurnosti svojih domova, već na prvoj liniji pružanja psihološke pomoći.

doc. dr. sc. Vjekoslav Jeleč

Pisana je znanstveno utemeljeno i argumentirano, ali isto tako pitko i zanimljivo, po ugledu na najsuvremenije udžbenike iz ovog područja. Ova je knjiga opsežno i sveobuhvatno djelo koje je napisano vrlo temeljito, kritički i promišljeno.

prof. prim. dr. sc. Igor Filipčić

Ova knjiga ostaje trajni trag znanja o mogućnostima telemedicine i psihološkog savjetovanja u kriznim vremenima, koji će sasvim sigurno osigurati prednost u radu i nakon COVID-19 krize, zbog čega čvrsto vjerujem u njenu vrijednost kao potencijalnog udžbenika za psihologe i druge stručnjake mentalnog zdravlja u budućnosti.

prof. dr. sc. Predrag Zarevski



**POLIKLINIKA ZA ZAŠTITU
DJECE I MLADIH GRADA ZAGREBA**